

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XII

№ 3

2006

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г. Х. Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; кандидат медицинских наук Е. В. Денисова (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жузжанов; профессор Н. Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А. Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В. В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г. А. Макарова; доктор медицинских наук С. А. Нурмагамбетова; А. Н. Рамм (редактор); кандидат медицинских наук Ю. А. Россинский; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; кандидат медицинских наук А. И. Толстикова; профессор А. А. Чуркин

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н. А. Бохан (Томск); профессор М. Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М. Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж. А. Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В. Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р. Г. Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н. А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г. М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И. Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Х. А. Сагын (Астана); доктор медицинских наук, профессор В. В. Соложенкин (Бишкек); кандидат медицинских наук Л. А. Степанова (Томск); М. З. Таргакова (Алматы); профессор, доктор медицинских наук Н. К. Хамзина (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39
E-mail: press@rncenter.kz**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Катков А. Л.

Полюс психического здоровья – проблемы идентификации. 2 часть.

7-20

ПСИХИАТРИЯ

Алтынбеков С. А., Бултacheев Ж. Ж.

Методологические основы, инструментарии и характеристика объекта наблюдения в Приаралье

21-24

Бултacheев Ж. Ж., Мартюшов А. Н., Сабенов Б. С.

Анализ объективности, валидности и доказательности проведенных обследований в Приаралье

25-29

Джарбусынова Б. Б.

Комплексные характеристики подгруппы с эндогенными (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года

29-42

Джолдыгулов Г. А.

Перспективы изучения подростковых депрессий с нарушениями поведения (на основании данных литературы)

42-51

Шайхысламова Н. К., Бекенова Н. М., Темиргалиев А. О., Миронова Е. Н.

Лечение и психопрофилактика расстройств социального поведения у подростков

51-54

НАРКОЛОГИЯ

Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К.

Взаимосвязь эмоциональных расстройств с процессами принятия факта неизлечимой болезни, закономерно ведущей к смерти, у больных опийной наркоманией с позитивным ВИЧ статусом

55-57

Каражанова А. С.

Сказкотерапия в программах медико-социальной реабилитации детей, злоупотребляющих токсическими веществами

57-59

Молчанов С. Н.

Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью

59-65

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т.

Типология психологических стадий принятия факта неизлечимой болезни закономерно ведущей к смерти у больных наркоманией инфицированных ВИЧ

65-70

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т.

Этапы принятия болезни, закономерно ведущей к смерти, как психотерапевтическая мишень у больных наркоманией с сопутствующим ВИЧ/СПИДом

70-73

Том XII

№ 3

2006 год

выходит
4 раза в год

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Бултачеев Ж. Ж.

Распространенность основных синдромов психических расстройств в популяции населения, в зависимости от половой принадлежности проживающего в Приаралье

74-76

Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б.

Комплексные характеристики подгруппы с невротическими, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства по материалам эпидемиологического исследования 2003 года

76-91

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Джарбусынова Б. Б.

Основные характеристики подгруппы прочих психических и поведенческих расстройств по материалам эпидемиологического исследования 2003 года

92-93

Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б.

Комплексные характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом по материалам эпидемиологического исследования 2003 года

93-106

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Алтынбеков С. А., Бултачеев Ж. Ж.

Общие сведения об экологической катастрофе районов Приаралья в Республике Казахстан

107-110

Шарапатова К. Г.

Сравнительная характеристика образа жизни и уровня здоровья подростков с поведенческими факторами риска (на примере Павлодарской области)

110-113

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Джарбусынова Б. Б.

Клинико-эпидемиологические и социальные аспекты проблемы психического здоровья (аналитический обзор литературы)

114-144

Резюме

145-151

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

**RPSE
«Republican Research–
and-Practical Center
of Medical-Social Drug
Addiction Problems»**

**Volume XII
№ 3
2006
Published 4 times
in a year**

EDITORIAL ARTICLES

- Katkov A. L.*
Pole of mental health - problems of identification. Part 2. 7-20

PSYCHIATRY

- Altynbekov S. A., Bultacheev Z. Z.*
Methodological bases, tools and the characteristic of object of supervision in Aral 21-24
- Bultacheev Z. Z., Martjushov A. N., Sabenov B. S.*
The analysis of objectivity, validity and evidence of carried out inspections in Aral 25-29
- Dzharbusynova B. B.*
Complex characteristics of a subgroup with endogenous (schizophrenia and delirium) disorders on materials of epidemiological research in 2003 29-42
- Dzholdygulov G. A.*
Prospects of studying of adolescent depressions with behavior disorders (on the basis of the literature) 42-51
- Shajhyslamova N. K., Bekenova N. M. Temirgaliev A. O., Mironova E. N.*
Treatment and prevention of social behavior disorders at adolescents 51-54

ADDICTOLOGY

- Eskalieva A. T., Rossinskiy Y. A., Musabekova Z. K.*
Interrelations of emotional disorders with processes of acceptance of the fact of incurable illness, naturally leading to death, at patients with opioid dependence and positive HIV status 55-57
- Karazhanova A. S.*
Tale therapy in programs of medico-social rehabilitation of children abusing toxic substances 57-59
- Molchanov S. N.*
Features of formation of remission at persons with opioid dependence 59-65
- Rossinskiy Y. A., Musabekova Z. K., Eskalieva A. T.*
Typology of psychological stages of acceptance of the fact of incurable illness naturally leading to death at patients with drug dependence and positive HIV status 65-70
- Rossinskiy Y. A., Musabekova Z. K., Eskalieva A. T.*
Stages of acceptance of illness, naturally leading to death, as a psychotherapeutic target at patients with drug dependence and positive HIV status 70-73

BORDERLINE PATHOLOGY

Bultacheev Z. Z.

Prevalence of the basic syndromes of mental disorders in
the population living in Aral, according to sex

74-76

Katkov A. L., Dzharbusynova B. B.

Complex characteristics of a subgroup with neurotic,
including the disorders connected to stress, and somatic
disorders on materials of epidemiological research in 2003

76-91

BORDERLINE DISORDERS

Dzharbusynova B. B.

The basic characteristics of a subgroup of other mental
and behavioral disorders on materials of epidemiological
research in 2003

92-93

Katkov A. L., Dzharbusynova B. B.

Complex characteristics of a subgroup with psychological
discomfort on materials of epidemiological research in 2003

93-106

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

Altynbekov S. A., Bultacheev Z. Z.

The general data on ecological accident in Aral areas in
Republic of Kazakhstan

107-110

Sharapatova K. G.

The comparative characteristic of life style and level of
health of adolescents with behavioral risk factors (by the
example of the Pavlodar region)

110-113

INFORMATION, REVIEWS

Dzharbusynova B. B.

Clinical-epidemiological and social aspects of problem of
mental health (analytical review of the literature)

114-144

Summary

145-151

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ (продолжение)

А. Л. Катков

5. Ресурсные инстанции и устойчивые ресурсные статусы субъекта – методология поиска и достижения

Как нами уже отмечалось, наиболее сложной, неоднозначной и требующей специального обсуждения, в перечне свойств, определяющих качественные характеристики категории психического здоровья, является свойство ресурсной достаточности индивида. При этом ясно, что рассматриваемая группа креативно-пластических ресурсов, предполагающая активное вовлечение глубинных инстанций психики, отнюдь не равнозначна определенным биологическим свойствам или стереотипным психологическим знаниям – умениям – навыкам. Полноценная идентификация данной основополагающей характеристики феномена качества психического, с нашей точки зрения, возможна лишь с применением новой методологии научного мышления, которую мы обозначили как кольцевой научный архетип.

5.1 Концептуальные положения теории кольцевого научного архетипа

В предыдущих разделах настоящего сообщения неоднократно обращалось внимание на то обстоятельство, что узкодисциплинарные подходы, как и сам стиль линейного мышления, присущий элементаристскому научному архетипу, абсолютно неадекватны особенностям рассматриваемой сферы психического здоровья. В частности, использование элементаристских мыслительных стереотипов исключает возможность репрезентации феноменов психического во всей их полноте и парадоксальной сложности, без чего невозможно выведение феноменологии психического и психологического здоровья.

Но, кроме того, поверхностный рационализм, как было показано в соответствующих исследовательских фрагментах (раздел 3 настоящей статьи), сам по себе является препятствием к формированию широкого доступа к креативно-пластическим ресурсным инстанциям психического.

Соответственно, круг взаимозависимых факторов, определяющих уровень психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды не получает должного завершения. Данное обстоятельство вовсе не такое безобидное, как это может показаться на первый взгляд, поскольку именно ресурсный «голод» является основной причиной, запускающей триггер поискового поведения индивида в пространстве, где наиболее привлекательными оказываются возможности прямого доступа к бессознательному – употребление психоактивных веществ, религиозный экстаз, псевдо-братские

отношения и силовое покровительство преступных, террористических группировок и т.д.

Между тем, современные образовательные и другие развивающие технологии в явной или скрытой форме направлены на укоренение рациональной системы координат, как единствено-возможной или, в лучшем случае, доминирующей. Тем самым вопросы взаимодействия осознаваемой личности с суперресурсными инстанциями психического отдаются на откуп разного рода конфессиям гуманистического или провакационно-экстремистского толка, либо неким мистическим практикам, гуманитарная и развивающая ценность которых сомнительна.

Сложившаяся ситуация, на наш взгляд, достаточно однозначно свидетельствует о том, что до настоящего времени научно-практические направления, имеющие отношение к психической деятельности человека, были лишены возможности доступа к своему главному «предмету» - суперресурсным инстанциям психического, обозначаемым как «неосознанное, бессознательное, подсознательное, предсознательное, сверхсознательное и т.д.». Сама стилистика данных «ускользающих» терминов указывает лишь на то, что в хорошо знакомой нам действительности (отражаемой или, правильнее сказать, формируемой функцией сознания) подобные категории отсутствуют. Что же касается других более традиционных обозначений данных суперресурсных инстанций («душа», «дух», «Бог»), то по меткому выражению Гераклита: «душа обожает прятаться». Современной науке к этому трудно что-либо добавить. Поэтому-то в хит-параде ресурсных доступов, вот уже два тысячелетия лидирует знаменитый рефрен: «я я дам вам то, чего не видит глаз, не слышит ухо, не коснулась рука и то, что не вошло в сердце человека».

Такого рода рецепты срабатывают, однако, не всегда. Призванная выполнять функции ресурсного доступа, иррациональная система координат постоянно апеллирует к чудесам дней давно минувших, но не дает никаких свидетельств действенного присутствия интересующих нас инстанций в настоящем. Такое положение дел все менее устраивает искушенного и требующего доказательств, современного человека.

В данной ситуации, феномен веры (как общей концепции ресурсных инстанций), практика молитвы (как основной технологии ресурсного доступа) довольно часто вырождаются в процедуру оформления кредита доверия тому или иному

конфессиональному адепту и ничего незначащего ритуала, как свидетельства принадлежности к избранной «команде». Что же касается возможностей развития или встречной конструктивной трансформации иррационального подхода к проблеме репрезентации суперресурсных инстанций, то они безжалостно отсекаются. Ибо религиозные догматы, а также, соответствующим образом интерпретируемый, спонтанный опыт трансперсональных переживаний – есть тот единственный фундамент, на котором выстраиваются разнообразные конфессиональные конструкции (но кто же будет рубить сук, на котором сидит, напротив, его нужно всемерно укреплять!). Отсюда непримиримость и конфликты в межконфессиональных отношениях, которые очень уж напоминают маркетинговые войны. И, как следствие, отсутствие перспективы.

Таким образом, налицо:

- крах не только поверхностно-рациональной, но и иррациональной системы координат как функционального базиса основных параметров порядка, определяющих и направляющих бытие современного человека;
- углубляющийся конфликт данных систем, обрабатывающийся тяжелым ресурсным кризисом и разрастанием социальных эпидемий;
- несостоятельность доминирующих научных подходов как в отношении сущностного решения конфликта иррационального и рационального, так и в смысле разработки развивающих технологий, обеспечивающих широкий и устойчивый доступ к суперресурсным инстанциям психического;
- выводимая отсюда острая необходимость в разработке новых научных подходов и типов рациональности, преодолевающих ограничения кризисных систем координат.

В основе этого нового типа рациональности, должен лежать ясный и понятный принцип идентификации основных ресурсных инстанций психики, как и феномена психического в целом, с полным объемом его парадоксальной сущности (а не только набора определяемых в духе элементаристского научного архетипа психических функций). Практическим следствием использования данного качественно нового научного архетипа, должны быть разработка прикладной теории и эффективной практики формирования устойчивого и широкого доступа к суперресурсным инстанциям психического, с обретением качества, которое великие психотерапевты прошлого века обозначали как «Укоренение личности в бессознательном» (К. Витакер) и «Жизнь в обнимку с собственной душой» (К. Г. Юнг). Таким образом, речь идет о возможности обретения ресурсной целостности и замыкания круга психологических свойств, обеспечивающих подлинное психологическое здоровье, устойчивость к агрессивным влияниям среды и высокое качество жизни.

Но и это еще не все. Складывающаяся в результате доминирующих идиом своего времени,

осознаваемая или, чаще, неосознаваемая метамодель бытия – в – мире, сама по себе (мы уверены в этом) несет деструктивный, либо терапевтический потенциал. Мы полагаем, что метамодели уходящего мира, основанные на полярных иррациональных и рациональных допущениях элементаристского толка, в значительной степени утратили свой терапевтический контекст. У ресурсного состояния «надежды» так и не появилось достаточного повода для трансформации в более устойчивый и комфортный статус «веры» и, тем более, в суперресурсное состояние «одухотворенный любви». Скорее напротив. Следовательно, миссия обновленного научного архетипа состоит еще и в преобразовании актуальной системы идиом в масштабную практику социальной психотерапии с уникальным потенциалом подлинного целительства. В этом нас убеждает еще одно высказывание Карла Густава Юнга: «Коль скоро мы всерьез рассматриваем гипотезу о бессознательном, следует сделать вывод, что наша картина мира не может иметь законченный характер, ибо, если мы привносим столько радикальных изменений в субъект восприятия и познания, как предполагает дуальный фокус, мы должны прийти к видению мира, весьма отличному от всего, что мы знали ранее. Даже если бы речь шла о перенесении в это – сознания одних лишь восприятий, мы получили бы возможность невероятного расширения границ нашего ментального горизонта» (К. Г. Юнг, 1954).

Наши собственные поиски в направлении обновленных научных архетипов и подходов, потенциально способных к решению вышеперечисленных проблем (А. Л. Катков, 2004), привели к разработке теории кольцевого научного архетипа, основные положения которой излагаются ниже.

Представление о неком объективном мире, существующем автономно и независимо от нашего сознания (постулат, на котором, по выражению Альберта Эйнштейна, держится вся «объективная» наука), является не более, чем иллюзией, обусловленной неосознаваемо-стереотипным и ложным тождеством (слиянием) полюса действительности и полюса первичной информации об этой, будто бы, статичной действительности. Поясним, что под термином «первичная информация» мы имеем в виду результат процесса естественной дифференциации неких объектов – целостностей – единиц из событийной ткани реальности. Причем, в качестве таких идентифицируются события, обладающие достаточной степенью устойчивости. Таким образом, первичная информация – это некий «объективный», постоянно воспроизводимый опыт. Вторичная информация опирается на субъективный опыт и может быть воспринята лишь в результате явного или скрытого «перевода» сообщения на «первичный» язык понятий. Отсюда, к примеру, сложности в интерпретации сугубо личного трансперсонального опыта субъектами, не вовлеченными в данный опыт. Вторичная информация такого рода не находит

подтверждения в первичных информационных конструкциях, и не может быть полноценно опосредована, если только не существует адекватного механизма перевода одной информационной системы в другую.

В модели новой реальности эти два полюса – действительности и информации о действительности – обоснованно растождествляются. В данной модели первичная информация функционирует как сущностная переменная, формирующая взаимосвязь между объектом и субъектом (но не как объективно-автономная константа, описывающая некие «объективные» свойства и закономерности). Основанием для подобного растождествления является разработка известного высказывания Альберта Эйнштейна, утверждавшего, что «картина мира зависит от скорости нервных процессов у наблюдателя». Тем самым, Эйнштейн выделил категорию *информационного* в понятии *реального*, обоснованно растождествил эти два, ранее семантически слитных термина, и обозначил зависимость параметров первичной информации от *скорости нервных процессов* – ключевого понятия в модели новой реальности.

Детальный анализ содержания вышеназванного ключевого понятия показывает, что под «скоростью нервных процессов» следует понимать объемные (в первую очередь, содержательно-временные) характеристики «момента настоящего», формируемые ритмичными импульсами активности бодрствующего сознания. Временные характеристики такого формирующего импульса – кванта реальности (фиксированного импульса изменений – ФИИ) равны 10 микросекундам. Содержательные – той структуре реальности, которая формируется посредством выделения объектов – предметов – единиц – событий. Устойчивость последних сопоставима с временными характеристиками импульсной активности сознания. Вторичная информация о событиях, для которых «инструмент» импульсной активности сознания неадекватен (характеристики устойчивости или степень разряженности этих событий могут далеко выходить за рамки ФИИ, и, таким образом, не контурироваться как «объективная» реальность), переводимая в масштабы ФИИ, будет заведомо искаженной и ложной в том смысле, что для ее «объективизации» понадобится конструирование реальности с иной объектно-предметно-закономерной структурой. Подобное действие будет вполне адекватным лишь с изменением масштабов «первородных кирпичей» – импульсной активности сознания (ФИИ). Процесс «переконструирования» реальности в этом случае будет носить сущностный характер и отражать действительную замену одних объектов, явлений, системы отношений (законов – закономерностей) между ними на другие, не менее «легальные» в обновленных форматах контурируемой реальности.

В свете сказанного, параметры ФИИ можно представить некой формулой настоящего – реального,

единицей с меняющимся объемом, лишенной абстрактной (следовательно – иллюзорно-«объективной») сущности. Однако наиболее важное, функциональное значение понимания механизма изменения «скорости нервных процессов» состоит в возможности перевода одной информационной системы (структурного уровня реальности) в другую, и, следовательно, сущностной идентификации объектов – явлений – событий, вытесняемых из одномерно-уплощенной модели бытия, в «объективно-автономном» мире.

Следующее, основополагающее свойство новой реальности (прямо выводимое из предшествующего анализа понятия «скорости нервных процессов») – нелинейный и субъективный характер времени, а также – взаимозависимость, взаимообусловленность таких категорий как время – память – личность. В сущности, ритмический импульс сознания, формируя структуру «объективной» реальности, одновременно конструирует единицы моментальной памяти, из множества которых выстраивается эпифеномен осознаваемой личности. Таким образом, импульс ФИИ является, в некотором смысле, точкой растождествления субъекта и объекта, исходным «строительным» материалом одного и другого. Между тем, «длительность» отдельного импульса ФИИ – момента настоящего, как и «размер» конкретной мнемонической единицы, абсолютно не осознаются. Процесс фиксации и утилизации мгновенной памяти, организуемый ФИИ, интерпретируется как непрерывное восприятие «объективно-автономной» действительности. Отсюда – эпохальная иллюзия объективно-линейного времени.

Но, если, как теперь понятно, условно-стандартные временные единицы – импульсы лишь функциональная часть механизма организации памяти – личности (субъекта) и структуры реальности (объекта), то личность – это инстанция психического, структурированная стандартным временем. Следовательно, другая инстанция психического, неструктурированная временем – ФИИ, может быть представлена только в таких форматах реальности, которые исключают использование в качестве «строительного» материала ритмические импульсы бодрствующего сознания. Названная процедура предполагает формирование «другой» памяти – информационной системы, актуализация которой имеет место в трансперсональных переживаниях, обретении религиозного опыта или мистических прорывах – состояниях, когда импульсная активность сознания и, следовательно, формат времени, претерпевают существенные изменения.

Таким образом, проясняется и феноменологическое поле понятия без-со-знательного. Очевидно, что «безсознательное» – это и есть неструктурированная временем инстанция психики, ее важнейший суперресурс, именуемый душой и духом. Поскольку данная инстанция, генерируя механизм времени – ФИИ для «внутреннего», субъективного

пользования, находится, некоторым образом, вне сферы его действия (а, значит, и вне пространственных рамок, формируемых тем же самым механизмом), то вопрос о ее «местонахождении» упраздняется. От собственных суперресурсов нас отделяет всего лишь миг, момент настоящего, а не сколь угодно грандиозные пространства. Именно поэтому при изменении параметров ФИИ (что, собственно, и имеет место в таинствах сна и разлитых трансовых состояниях) возможность прямого контакта субъекта с ресурсными инстанциями психического значительно возрастает, с понятными перспектиками конструктивного обновления его статуса.

Из всего сказанного следует, что основным «строительным материалом» этого нового, объемного способа конструирования реальности являются, в полном смысле этого слова, невообразимые парадоксы взаимодействия и взаимозависимости категорий суперресурсных инстанций психического (бессознательное – душа - дух), сознания (ФИИ), времени, пространства, памяти, личности. Ибо существующие стереотипные навыки репрезентации действительности, так или иначе, связанные с феноменом пространственного воображения, отнюдь не облегчают задачу репрезентации информационного полюса обновленной реальности, в котором характеристики пространства и времени отсутствуют. Для этого необходимы специальные качества диалогизированного сознания, о которых речь пойдет несколько позже.

В данных условиях для нас исключительно важным обстоятельством является тот факт, что все «невообразимые» парадоксы данного сложного взаимодействия выводятся из абсолютно репрезентативных (воспроизводимых) и доказуемых истин, где центром композиции является непреложный факт «протяженности» момента настоящего. Таким образом, речь идет о формировании нового типа рациональности, а не об очередных вариациях на тему каких-либо принципиально неверифицируемых фантазий или пережитого трансперсонального опыта.

Исследование всего спектра психического, как и формирование обновленных представлений о реальности предполагает использование и более адекватного научного архетипа (чем, например, элементаристский или холистический), который мы обозначили как кольцевой. В сущности, кольцевой научный архетип представляет собой гибкую систему мышления, или репрезентации определенных структурных характеристик реальности с использованием подвижного «фокуса» механизма времени – ФИИ. Таким образом, появляется возможность выстраивания континуума (кольца) точек зрения на какую-либо проблему (событие) в соответствие с характером и масштабом решаемых задач. С полным пониманием того, что приемлемые, адекватные в данных обстоятельствах, точки зрения могут изменяться на полярно противоположные в ином фокусе репрезентации проблемы. Но, такого рода

динамика является, отнюдь, не конфликтной, а развивающей, по существу. «Борьбы противоположностей» в уплощенно-вульгарном смысле данного термина, как и должно понимаемого единства, не возникает.

Кольцевой научный архетип, как следует из всего сказанного, более, чем существенно дополняет репрезентативные возможности одномерно-упощенного подхода к формированию представлений о реальности. Прежде всего, в плане коренного изменения общих контуров и структуры данной сложнейшей и парадоксальным образом организованной сущности. В ключе рассматриваемого научного архетипа такого рода гиперреальность предстает в виде своеобразного конгломерата, состоящего из четырех основных категорий, взаимодействующих по уже знакомому нам принципу: «одно от всего, всё от одного». Сразу стоит оговориться, что, по крайней мере, две из них идентифицируются лишь в условиях активности диалогизированного (функционирующего с гибкой константой ФИИ) сознания или его виртуального аналога – специальных компьютерных технологий, воспроизводящих данный феномен. Первый из рассматриваемых компонентов – зон активности гиперреальности – диффузный полюс изменений с такими основными характеристиками как время и пространство. Причем время здесь выступает как некий субъективный способ формирования пространства. Следующая зона активности – сам по себе феномен сознания с гибкой формулой момента настоящего – ФИИ, изменения которой влияют на объективно-субъектные характеристики контурируемой реальности. Третья зона – информационный полюс гиперреальности. Данный полюс всегда «отстает» от диффузной зоны изменений на момент настоящего и поэтому, в принципе, не может иметь таких характеристик как пространство и время. Таким образом, информация о событиях, структурированная механизмами времени – ФИИ, надежно укладывается в полюс неизменного, для которого, наоборот, адекватны такие характеристики как «вечность» и «бесконечность». В модели гиперреальности, соответственно, категория бесконечности не может содержать пространственных характеристик, как и категория вечности – временных.

Интересно в данном факте даже и не то, что информация, в принципе, не может иметь материального носителя, а то, что осознаваемая личность, как информационный эпифеномен, постоянно находится в том же полюсе вечного - бесконечного, что и категория бессознательного, тогда, как объект, генерирующий энергию изменений - тело – в определенной нише полюса диффузных изменений. Мозг, следовательно, отнюдь не является хранилищем долговременной информации, но в большей степени «станцией», преобразовывающей, передающей и воспроизводящей информационные потоки (попутно заметим, что именно к такому выводу пришли специалисты на всемирном неврологическом

конгрессе в Гамбурге в 1999 г.). С исчезновением телесной оболочки и феномена сознания личность теряет способность к приобретению новой информации и развитию, но не растворяется в больших ритмах безсознательного. Спрессованные письмена (рукописи) конденсированной памяти - личности и в самом деле не «горят», но и не дописываются самопроизвольно.

Наконец, четвертая инстанция – та категория сущего, которая объединяет (организует) полюс изменений, полюс информационного - неизменного и феномен сознания – времени – памяти – личности.

Как понятно из всего сказанного, в условиях дигализированного сознания (функциональной активности гибких параметров ФИИ) представлены собственно информационный полюс и последняя категория сущего.

Следующая иллюстрация преимуществ кольцевого научного архетипа касается собственно феноменов психического. Главной особенностью презентуемого способа мышления и мировоззрения (помимо уже названного механизма изменения объектно-вероятностной структуры реальности), является полновесный и аргументированный акцент на «присутствие» психического в общем поле реальности уже не в роли необязательного и неустойчивого объекта, но в качестве центра всей композиции. В этом смысле, ни о какой «автономной» действительности в русле кольцевого научного архетипа не может быть и речи, поскольку всякая попытка такого удаления или вытеснения психического из поля реального заканчивается исчезновением самого этого поля (возможности пространственно-временного структурирования событий).

Абсолютизация вышеназванного тезиса (преимущество нового способа мышления!) не мешает нам, в соответствии с задачами другого, локального уровня, исследовать условно-выделяемые функции психики, которые, в сущности, представляют собой степень дифференциации системы отношений между растождествленными феноменами структурированной инстанции психического - личности (элементарные ощущения, сложные переживания, мысли, чувства – их всегда испытывает кто-то) и, теперь, уже не одномерно-плоской, но многомерно-объемной реальности (названные акции психического производятся по отношению к какому-либо, отделяемому от личности, событию – чему-то или кому-то).

С учетом всего вышеизложенного, современное, обобщающее определение психического, как некой «субъективной реальности», или «субъективности», косвенно отсылающее нас к некой «объективности», не выдерживает критики, поскольку скрыто базируется на ограниченном тезисе о единственной возможной константе ФИИ, презентирующей одномерно-уплощенную реальность. Однако с помощью кольцевого научного архетипа может быть установлена область эффективности использования приведенного определения и спектр задач, где

подобный взгляд на природу психического способствует, а не препятствует их решению. В данном случае, оно лишается статуса обобщающего и приобретает адекватные границы, соответствующие степени функциональной дифференциации психического-целостного.

На наш взгляд, от такого рода обмена никто не проигрывает, но выиграть могут все, в том числе исследователи функционально-элементарных свойств психического, поскольку получают возможность на практике использовать принцип дополнительности, заложенный в основе идеи кольцевого научного архетипа.

В частности, такие возможности появляются уже на стадии дифференциации основных психических функций. В классическом варианте эти функции описываются следующим образом: когнитивная, регулятивно-адаптирующая (Уильям Джеймс), коммуникативная (Б. Ф. Ломов), креативная (А. Я. Пономарев). В ключе кольцевого научного архетипа, в дополнение к сказанному, выделяется еще одна функция психического – презентативно-организационная (форматирующая реальность с использованием гибких механизмов времени – ФИИ). Появление нового, системообразующего элемента, во-первых, дает возможность гораздо более объемной презентации собственно феномена психического, а во-вторых, потенцирует развитие других, поименованных функций. Когнитивная составляющая психики, к примеру, получает «бонус» в виде нового способа презентации бытия. Регулятивная и креативная – возможность эффективного, осмысленного использования суперресурсного потенциала психического. Коммуникативная составляющая получает субъекта для полноценного «внутреннего» общения в режиме дигализированного сознания – неструктурируемую временем инстанцию психе – с понятными перспективами.

Такого рода существенное расширение и новое понимание потенциала психического дает возможность выведения обновленных, функционально значимых уровней организации психики, использование которых перспективно как в теории психотерапии, так и в теоретических концептах других развивающих практик (А. Л. Катков, 2004).

Еще одна иллюстрация эвристического потенциала кольцевого научного архетипа связана с возможностью сущностного переосмыслинения и совмещения таких понятий как скорость, время и пространственная организация, заложенной в основной идеи рассматриваемого способа презентации реальности. Экспериментальную демонстрацию такой возможности мы проведем на примере нестандартного решения известного парадокса Зенона: «Ахилл, догоняющий черепаху». При этом события исследуются в двух ракурсах: классическом и ключе основного стержня кольцевого научного архетипа – гибких значений ФИИ. Напомним их суть: оба участника исторического забега стартуют одновременно, но

Ахилл располагается позади черепах на достаточно значительном расстоянии. Как только Ахилл добегает до того места, где была черепаха в момент старта – последняя успевает пройти какую-то, существенно меньшую часть дистанции. Данная часть дистанции с каждым стартом становится все короче (Ахилл, разумеется, двигается быстрее черепахи). Однако Ахилл так и не может догнать черепаху, потому что определенное расстояние между ними, по логике построения задачи, всегда остается. Одним словом, есть над чем подумать, тем более, что в так называемой действительности быстроногий Ахиллес с легкостью догоняет и перегоняет медлительную черепаху.

Анализ рассматриваемой ситуации с позиции кольцевого научного архетипа показывает, что сложность решения задачи связана с тем, что факт протяженности «момента настоящего» математики эпохи Зенона, да и наши современники в расчет не принимали. Но ведь как только рассматриваемый отрезок времени, за которое Ахилл добегает до того места, где только что была черепаха, становится меньше «стандартной» протяженности момента настоящего, невключенный в эту хитрую игру с изменяющимся масштабом времени наблюдатель видел бы только то, что эти движущиеся, вначале достаточно энергично, а затем все более медленно, объекты попросту останавливаются. Таким образом, прав был Зенон, а не математики позапрошлого века - по условиям задачи Ахилл никогда не догонит черепаху. При этом, он, естественно, не мог сообщить своим современникам и последователям одной скрытой детали. Скорость в данных условиях должна рассматриваться не по классической формуле s/t , где s – расстояние, а t – стандартное время, но как значения ФИИ, характеризующего протяженность момента настоящего. Причем, как это видно из предшествующего анализа, данное обстоятельство становится определяющим при сближении значений рассматриваемых временных отрезков и «стандартной» протяженности момента настоящего. Таким образом, формула s/t – это частный случай расчета формулы скорости для уплощенно-линейной модели реальности.

Далее мы еще раз вернемся к основополагающему высказыванию Альберта Эйнштейна и покажем, как будет меняться объектная и субъектная реальность в рассматриваемом парадоксе Зенона с изменением сущностных, а не элементаристских характеристик категории скорости. Рассмотрим вариант с прогрессирующим увеличением значений ФИИ от 1 микросекунды до 500 лет, при условии, что средняя продолжительность жизни человека – Ахилла – 100 лет, а черепахи – 300 лет. Теперь, невключенный в игру с изменяющимся форматом времени наблюдатель, будет видеть следующее. Вначале Ахилл и черепаха (до того момента как сущностная скорость не достигнет значения протяженности момента настоящего для невключенного

наблюдателя) стоят на месте, а затем начинают движение. Ахилл быстро догоняет и перегоняет черепаху. Но после того, как объем сущностной скорости – момента настоящего – перевалил за 100 лет, Ахилл, вдруг, куда-то исчезает, а вместо него появляется некий обобщенный «общечеловеческий» контур. Объем ФИИ превышает 500 лет – исчезает и черепаха, а контур теперь уже общий и для людей и для черепах. Легко заметить, что при этом исчезает не только задача, но и человек, который ее поставил, если, конечно, он не является, как в нашем примере, невключенным в данную ситуацию наблюдателем.

Рассмотренный вариант развития событий наглядно демонстрирует возможность совмещения категорий переосмысленных понятий скорости, времени и пространства в общем формате объемных единиц ФИИ. А также и то ранее упоминаемое нами обстоятельство, что абстрактных единиц с некими универсальными значениями попросту не существует. Значения, которые используются в математических формулах, описывающих закономерности «объективной реальности», скрыто содержат характерный лишь для бодрствующего сознания формат ФИИ. Констатация данного факта чрезвычайно важна в технологическом плане, поскольку инструменты «объемных» единиц являются основными для разработки виртуальных аналогов феномена dialogизированного сознания. В свою очередь суперкомпьютерные технологии, воспроизводящие данный феномен, являются основой научного поиска в направлении исследования функциональных границ психического.

Далее, мы продемонстрируем возможности использования названного инструментария в решении задач, имеющих уже не только историческое, но также фундаментальное и прикладное значение. Речь идет о проблеме определения границ физического мира и, следовательно, возможности сущностного ответа на вопрос: «а что там, за этими границами?». Другая сторона данного вопроса заключается в том, что таким образом проясняются истинные масштабы функциональной активности психического.

Теоретическая физика, презентируя реальность как модель расширяющейся или пульсирующей вселенной, отрицает возможность достижения ее границ. Основанием здесь является известная формула Альберта Эйнштейна, устанавливающая предел скорости перемещения в «объективно-автономном» пространстве: $E = mc^2$. При этом логика, обосновывающая данный вывод, такова: вселенная расширяется со скоростью, близкой к скорости света. Следовательно, чтобы достичь ее границ, требуется перемещение, по меньшей мере, со скоростью света. Однако это невозможно, поскольку при данных условиях масса двигающегося объекта должна бесконечно возрастать. Относительно временных парадоксов, гипотетически наблюдавшихся в данных обстоятельствах, известно, что для невключенного наблюдателя объемы времени, отведенного для

данного эксперимента, будут высчитываться по стандартной схеме. Но, для «включенного» путешественника – эти объемы будут прогрессивно убывать.

Однако, для нас важно то, что основной вопрос, таким образом, остаётся без ответа.

Анализ данной ситуации с позиции кольцевого научного архетипа позволяет утверждать, что граница так называемого физического мира достигима в любой точке пространства с воспроизведением феномена скорости света. Следовательно, никакого смысла в сверхдлительных галактических и межгалактических путешествиях нет и быть не может. Ситуация, описываемая с позиции поздней физической классики как бесконечное возрастание массы разгоняемого объекта (и, соответственно, энергии, требующейся на эти усилия), изменение временных и пространственных параметров (их свертывание) для гипотетического путешественника, в концепции кольцевого научного архетипа интерпретируется как утрата данным объектом пространственно-временных характеристик, присущих полуоси диффузных изменений, что, собственно, означает утрату объективности как таковой. Верно также и то, что гипотетический путешественник в данных условиях приобретает характеристики «вечности - бесконечности», свойственные для информационного полюса гиперреальности. То есть того полюса, где свет никуда не двигается («стоит»), где вся масса сконцентрирована в бесконечности (то есть там, где пространство в общепринятом смысле этого слова отсутствует) и где энергетический взрыв, некоторым образом, не происходил.

Однако если в неоклассической модели для достижения подобного результата – перемещения субъекта к границе физического мира – требуются бесконечные энергетические затраты, то в модели кольцевого научного архетипа, предусматривающей использование универсального инструмента объемных единиц, требуется только одно – замена «стандартного» параметра ФИИ, равного 10 микросекундам, на значения «вечности» с отсутствием временных градаций как таковых (соответственно, объемы ФИИ здесь будут равны нулю). Фактически это означает, что в формуле Эйнштейна скорость света в константе **с** должна измениться до нуля. Соответственно, объем и структура реальности в этих условиях будут сворачиваться до этих же значений. То есть наш гипотетический путешественник, не пересекая (что очень интересно!) грандиозных галактических просторов, тем не менее, попадает за границу физического мира (той «объективной реальности», которая формируется «стандартными» значениями ФИИ, и где скорость света равна 300 тыс. километров в секунду). Далее наш путешественник, только что завершивший успешную подготовку по нестандартному способу решения парадокса Зенона, не слишком удивится утрате собственной телесности, поскольку будет понимать, что объемы ФИИ – это, в некотором смысле, длина «поводка»,

с помощью которого информационная сущность субъекта привязывается к его телесно-объектному статусу. Если же этот «поводок» стал бесконечно-свободным (именно так изменяются форматы ФИИ в нашем примере), то наш субъект окажется даже и не на узкой грани сектора настоящего, как в предыдущем примере при разборе ключевого момента «остановки» Ахилла и черепахи, но за пределами любых пространственно-временных ограничений. То есть именно в том информационном полюсе гиперреальности, где «ничто» (в объемно-пространственном смысле данного термина) поразительным образом вмещает в себя «всё». Заметим, что, судя по всему, те же самые метаморфозы испытывает и человек, отправляющийся в свой последний путь. Что же касается нашего включенного наблюдателя, сохранившего возможность «укорочения поводка» до стандартных объемов ФИИ, то на вопрос «Что же там за границами физического мира?», с полным на то основанием он может ответить: «там Я». Мало того, он будет иметь право утверждать, что эта граница пролегает за пределами любой сущности, для которой устанавливаются пространственно-временные характеристики («разруби дерево, Я там; подними камень, и Я под ним»). Словом окажется, что наш герой стал мыслить категориями диалогизированного сознания, имея на то вполне «легальные» и доказательные основания, а не только экстремальный опыт трансперсональных переживаний.

Попутно заметим, что это последнее обстоятельство существенно увеличивает шансы на формирование широкого и устойчивого доступа к суперресурсным инстанциям психического, ибо теперь можно не только верить в их мало понятное «потустороннее» присутствие, но и знать способы полноценной презентации данных инстанций в переосмысленном парадоксальном пространстве гиперреальности.

Таким образом, мы получаем полновесные аргументы в пользу того тезиса, что границы «физического» мира располагаются отнюдь не по краям пульсирующей вселенной, но по значениям стандартного формата момента настоящего – это и есть истинная, а не уплощенно-линейная и гипотетически-недосягаемая граница. Что же касается определения функциональных границ психического, то они обозначаются такими понятиями, как «вечность» и «бесконечность». То есть, никаких границ нет. Есть только конкретные, актуальные аспекты исследовательской ситуации.

Ещё одна важная особенность рассмотренного примера не должна остаться без внимания. «Проникнуть» на другой уровень организации гиперреальности невозможно без того, чтобы полностью не утратить собственную объективность.

Но, если таким образом все возможные объекты расставлены «по своим местам» - соответствующим уровням контурируемой реальности, то существует некое «общее место» для субъектов

(информационных суперструктур), и возможность перевода этих равновеликих языков, с помощью которых различные инстанции гиперреальности измеряют друг друга.

Рассмотренные выше примеры позволяют достаточно наглядно продемонстрировать отличия и преимущества кольцевого научного архетипа, не только от линейно-элементаристской логики или неоклассических теорий, но и от современных вне-дисциплинарных научных подходов. Таких, например, как модель вероятностного физического мира, а также синергетическая модель «порядка – хаоса». Степень неопределенности объектов, соотношения порядка и хаоса в интерпретации реальности, описываемые в фундаментальных постулатах названных научных подходов, с позиции кольцевого научного архетипа вторичны по отношению к параметрам «момента настоящего». Фактически это означает, что характеристики хаоса и неопределенности показывают лишь степень размытия форматов «объективной реальности» при попытках манипулирования объемами ФИИ. При этом данное обстоятельство абсолютно не осознается и не принимается во внимание в силу вытеснения самой возможности субъектно-объектных характеристик реальности. И, даже, замечание Альберта Эйнштейна относительно необходимости учета скорости «нервных процессов» в интерпретации картины физического мира здесь мало что изменило. Вопрос так и остался непроработанным, а основополагающие способы научного мышления – ориентированными сугубо на «объектно-автономные» аспекты реальности. Будь иначе, категории «вероятность» и «неопределенность» в современной теоретической физике были бы заменены на категории объемных единиц, выстраиваемых на основе заданных форматов ФИИ. А степень «вероятности» и «определенности» объектов, конструируемых в обновленных форматах реальности с использованием инструмента объемных единиц, была бы, естественно, абсолютной.

В свете сказанного и результат знаменитой полемики Альберта Эйнштейна с Нильсом Бором относительно моделей физического мира выглядел бы иначе. Теперь каждый школьник знает, что прав оказался датский физик, обосновывающий модель вероятностного физического мира, а не Эйнштейн, утверждавший, что «Господь Бог не играет в кости».

Мы в этом не уверены. Господь Бог, видимо, оказался умнее, а его «игра» несколько сложнее, чем это представлялось ранее.

С позиции оценки как эвристического, так и терапевтического потенциала кольцевого научного архетипа чрезвычайно важным является то, что при помощи названного способа мышления решается задача сведения полярно-противоположных систем презентации реальности, так называемых, фундаментальных допущений, являющихся основой для формирования опорной системы координат

индивида, группы, общества в целом. В данном случае речь идет о фундаментальных допущениях, организующих систему рациональных знаний (на которой, как уже было сказано, базируется все «объективная» наука), а также систему иррациональных верований. Напомним, что первая из них сводится к следующим утверждениям:

- существует некий, объективно-автономный мир, независимый от нашего сознания;
- существуют некие, общие для автономной реальности, закономерности развития и взаимодействия явлений, событий;
- эти закономерности доступны для исследования и выведения объективных констант, характеризующих автономную реальность.

Вторая – формулируется следующим образом:

- мир существует по воле Бога;
- рациональный способ познания трансцендентной сущности Бога невозможен;
- следовательно, устанавливается примат Веры.

Легко заметить, что фундаментальной ошибкой данных утверждений является, в первом случае, постулат о некой возможной автономии структурно-объектных характеристик реального (из всего сказанного понятно, что данные характеристики как раз и являются производными от «скорости нервных процессов» – механизмов времени – ФИИ, единственно возможной, но не жесткой, а гибкой константы). Следовательно, (фундаментальная ошибка второй системы) рациональный способ познания некоторых, трудно уловимых, неконтурируемых в одномерно-плоской модели реальности, сущностей, все же, существует (например, кольцевой научный архетип, как новая форма мышления), однако данный способ отнюдь не равнозначен архаическим инструментам уплощенной линейно-временной логики.

В свете сказанного обновленная система фундаментальных допущений, выстраиваемая с помощью кольцевого научного архетипа, выглядит следующим образом:

- объектно-закономерные параметры реальности зависят от скорости (характеристика импульсной активности сознания) психических процессов индивида;
- существует механизм доступа (феномен диалогизированного сознания) к суперресурсным инстанциям психического с возможностью идентификации данных инстанций в системе обновленной рациональности;
- следовательно, возможно восстановление целостного ресурсного статуса индивида с опорой на единую систему координат и перспективой существенного расширения горизонтов реальности.

Далее, нас будут интересовать основные инструменты возведения «храма» новой истины – феномен диалогизированного сознания и его виртуальные аналоги – суперкомпьютерные технологии, при помощи которых всякий «входящий», без риска утраты собственной идентичности, сможет убедиться в гиперреальности такого интересного факта как

присутствие духа. С понятными перспективами изменения ресурсного статуса заинтересованного субъекта.

5.2 Общая методология использования кольцевого научного архетипа в сфере психического и психологического здоровья

Итак, конкретная методология реализации как теоретического, так и терапевтического потенциала кольцевого научного архетипа может быть представлена с двух позиций: собственно феноменологической (феномен диалогизированного сознания) и технологической (суперкомпьютерные технологии, моделирующие процесс презентации реальности с помощью подвижного фокуса ФИИ). При этом следует иметь в виду, что технологическая составляющая – это лишь виртуальный аналог соответствующей психической активности, выстроенный в духе диалогизированного сознания. Поэтому нас, в основном, интересует первая позиция, имеющая непосредственное отношение к целительно-терапевтической (ресурсной) миссии кольцевого научного архетипа.

С выведением функционального определения данного вида психической активности, в свете всего сказанного, сложностей не возникает. Феномен диалогизированного сознания, в этом смысле, определяется как навык презентации «объемных» характеристик гиперреальности (включающих и суперресурсные инстанции) с использованием гибких форматов ФИИ.

Остаются вопросы – почему же столь важное, с точки зрения ресурсного статуса индивида, свойство не закрепилось в ходе биологической и культурно-исторической эволюции человека. И, в таком случае, чем же феномен диалогизированного сознания отличается, с одной стороны, от состояний естественного физиологического сна, индуцированного транса или спонтанных трансперсональных переживаний (религиозных, мистических «озарений» и т.д.), то есть, от тех состояний, которые так или иначе связаны с возможностью доступа к ресурсным инстанциям психического. А с другой – от эндогенных или экзогенных психотических переживаний, сопровождающихся искажением или утратой чувства реального.

Мы полагаем, что функциональная феноменология психического, выстраиваемая с помощью теории кольцевого научного архетипа, дает адекватные ответы и на эти непростые вопросы.

Модель психотических переживаний, с позиции кольцевого научного архетипа, выстраивается на основе патологической деформации главного инструмента формирования как реальности, так и осознаваемой личности - механизма ФИИ. В психотическом статусе индивида данный механизм функционирует с резким ограничением степени свободы, понимаемой как возможность изменения параметров ФИИ в соответствие с естественными ресурсно-адаптивными биоритмами активности

психического. Соответственно нарушаются как форматы, обеспечивающие режим бодрствования, так и форматы режима сна. Патологически – «законсервированный» ФИИ генерирует лишь жесткую программу психоза – искаженную картину некой, хаотично форматируемой реальности; блокирование доступа к суперресурсным инстанциям психического; нарушение процесса презентации и конструктивного развития осознаваемой (структуреющей времени – ФИИ) инстанции психического – личности. Сама по себе жесткая программа патологической активности ФИИ может иметь различные характеристики – отсюда разнообразие в феноменологии психотических проявлений.

В состояниях физиологического сна, индуцированного транса, спонтанных трансперсональных переживаниях свойство функциональной гибкости механизма времени – ФИИ сохраняется в полном объеме. В данном случае ФИИ, в соответствие с осознаваемыми или неосознаваемыми ресурсными запросами индивида, функционирует в режиме доступа к суперресурсным инстанциям психического. Разница только в том – как далеко на периферию активности больших ритмов бессознательно «отправляется» осознаваемая и структурируемая временем инстанция психического – личность. В том, что такого рода «удаление» активно протекционируется внебессознательными инстанциями психического, сомневаться не приходится – в лучшем случае личность является свидетелем или пассивным участником неких событий (снов, индуцированных или трансперсональных сюжетов и т.д.). При этом, и внешняя активность субъекта минимальна, что, очевидно, является условием, обеспечивающим пластичность как в плане собственно телесных изменений (гормон роста, например, активно продуцируется в состоянии физиологического сна), так и в плане информационно-сущностного статуса.

Общая теория кольцевого научного архетипа даёт адекватную интерпретацию такого рода акцентов во взаимодействии рассматриваемых инстанций психического. Основная функциональная направленность ФИИ, действующего с параметрами «бодрствующего» сознания, связана с растождествлением гиперреальности на, так называемую, действительность (объекты), осознаваемую (форматирующую механизм времени – ФИИ) инстанцию психического – личность, и внебессознательное – инстанцию психического, неструктурируемую временем. Следовательно, функциональный смысл активности личности, действующей в режиме бодрствующего сознания, заключается, прежде всего, в развитии максимальной идентичности (степени растождествления с объектами и другими субъектами среды). Соответствующая базисная стратегия поведения индивида (как правило, неосознаваемая) выстраивается по принципу защитно-охранительной мобилизации с характерными физиологическими и психологическими проявлениями. Таким образом,

единственный шанс достижения гиперпластических состояний заключался в возможности – «увода» осознаваемой личности на периферию активности психического. С этого момента конфронтационно-мобилизационные физиологические и психологические характеристики статуса субъекта трансформируются в релаксационно-развивающие. С понятными перспективами обновления ресурсных кондиций.

С вышеназванных позиций устойчивость доминанто-монологизированного режима функционирования психического легко объяснима – так «охраняются» с трудом добытые, идентификационные границы личности. В данной ситуации условия для полноценного и равноправного диалога между поочередно доминирующими инстанциями психического отсутствуют. Прежде всего, потому что нового общего языка, выстроенного на базе информационных понятий, не находилось, а «старый» язык – живое чувство сопричастности к суперресурсным инстанциям психического – с какого-то момента культурно-исторического развития общего поля ментальности человека был безнадежно утерян (в мифологической истории развития человечества это событие интерпретируется как изгнание из рая).

К обсуждению данного, во всех отношениях интересного и показательного момента утраты ресурсной целостности, с позиций кольцевого научного архетипа мы еще вернемся. А пока что зафиксируем тот факт, что используемый осознаваемой личностью информационный способ обозначения суперресурсных инстанций преимущественно носит агрессивно-вытесняющий характер: бессознательное, внебессознательное, подсознательное и т.д. То же самое можно сказать и о традиционных механизмах рационализации «прорывов» сущностных характеристик гиперреальности в обыденное сознание человека. В самом обозначении данных механизмов («транспersonальные переживания», «особые состояния сознания», «религиозный, мистический опыт» и др.) прослеживается все та же тенденция – защитить идентификационные границы личности.

Следовательно, проблема заключается не в том, что суперресурсные инстанции психического труднодоступны в принципе. А в том, что инструменты («молотки», которыми нужно «стучать, чтобы отворили»; «слова», произносимые, «чтобы было дано» и прочее), используемые для достижения планируемого результата, абсолютно неадекватны. С позиции кольцевого научного архетипа весь этот архаический инструментарий целиком и полностью базируется и опосредуется первичной информацией о «единственно возможной и незыблемой объективно-автономной реальности». То есть речь идет о наиболее мощном оружии ложной очевидности, которым в свое время было атаковано и, практически, уничтожено упомянутое живое чувство сопричастности к суперресурсным инстанциям психического.

И вот картина: человечество у разбитого (расщепленного) корыта, из которого вытекают последние

капли живительной влаги цельного опыта бытия. Уже понятно, что рационально-технологический идол, на которого возлагались столь большие надежды, этот метафорический Ахилл, молодой, сильный и быстрый (уж он-то должен был догнать и перегнать медлительную тысячелетнюю черепаху «нелепых предрассудков и верований»), бесславно провалился, как и предсказывал мудрый грек Зенон. Последнему мало кто поверил – оружие ложной очевидности здесь сработало без промаха. Что же касается черепахи, то и она страдает от жажды – ведь капли влаги достаются всё из того же корыта. А без этих капель транспersonального опыта ее панцирь уже не выдерживает продолжающихся атак упомянутого изощренного оружия. И вот уже ясно, что на самом деле провал нашего метафорического Ахилла, как и «усыхание» конфессиональных традиций – это крах эпохи монологизированного режима функционирования психического, обернувшись тяжелым ресурсным схизисом для изгнанного человечества. Понятно, и то, что нужно возвращаться к прерванному диалогу, ибо на смену великой жажде приходят мутные потоки и опасные водовороты религиозного экстрема, сектантского фанатизма, иллюзорного наркотического рая, круто замешанных на чувстве безысходности и утраты перспектив у существенной части населения. Но все «предложения» о возобновлении такого рода диалога оформлены в единственном и абсолютно не-приемлемом варианте – на языке профессиональных киллеров (да простят нам читатели столь мрачные аналогии). Суперресурсные инстанции, надо полагать, ясно различают суть данных предложений. А суть такова: «Приходите, и мы Вас снова уничтожим. Тем же самым оружием. И будьте уверены, оно нас не подведет».

С позиций кольцевого научного архетипа вся эта история с утратой ресурсной целостности, выглядит несколько более оптимистично. Мы полагаем, что сама возможность живого чувства сопричастности различных инстанций психического в относительно далеком прошлом была, во многом, обусловлена отсутствием необходимости в стойкой и дифференцированной активности определенных параметров ФИИ. То есть, этот неосознаваемый и общий «первоязык» был изначально обречен, так как в нем не содержалось перспектив развития, понимаемых как информационный потенциал, используемый для взаимного измерения – изменения – сотворчества рассматриваемых инстанций. Таким образом, факт сформировавшейся доминанты определенных параметров ФИИ, или «нового языка», характерного для бодрствующего сознания, указывает лишь на то, что уровень этого бодрствования, в целом, у человечества существенно повысился, а инстанция психического, структурируемая соответствующим параметром ФИИ, – личность, значительно продвинулась в процессе собственной идентификации. Словом, для того, чтобы повзрослеть, следовало, на какое-то

время, лишиться «родительской» опеки. А значит, скрытый и различаемый лишь при анализе информационного первоязыка, бунт взрослеющей личности был вполне оправдан. Однако дальнейшие стадии индивидуального роста (а в них уже чувствуется острая необходимость – «быстрооногий Ахиллес» стал явственно пробуксовывать) предполагают существенные изменения главного нарратива, которым пишутся книги бытия – в – мире.

Новая версия, общего для различных инстанций психического, языка, как понятно из всего сказанного, содержит возможность измерения суперресурсных инстанций и (что очень важно!) необходимость их легального ввода в структуру реальности. На этом необходимый, но несколько затянувшийся конфликт, теперь уже вполне осознаваемых инстанций психического будет, по всей видимости, исчерпан. Охранное сопротивление личности, получающей, таким образом, гарантию не только собственной экологической безопасности, но и дальнейшие перспективы развития идентичности, теряет всякий смысл. Великий диалог на новом, без сомнения, более высоком для осознаваемой личности, уровне имеет шансы на восстановление. А живое, обновленное чувство сопричастности и со-творчества с ресурсными инстанциями психического, развитие которого будет всемерно стимулироваться новым типом рациональности, вновь будет сопровождать человека в увлекательнейшем процессе бытия – в – мире.

Рассмотренные нами метафорические коллизии непростого процесса развития общего поля ментальности человека приводились здесь с целью продемонстрировать существенные, а не поверхностные отличия феномена диалогизированного сознания от ресурсных доступов, оформленных в духе доминантно-монологизированного режима деятельности психического. Нам важно было подчеркнуть также и то обстоятельство, что восстановлению ресурсного диалога между различными инстанциями психического не помогут никакие попытки обратиться вспять или вспомнить что-то забытое в духе «сиссим, открой дверь». Всё это абсолютно бесперспективно. «Старые» ключи от статуса ресурсной целостности безвозвратно утеряны, а новые повторяют сложный узор обновленной рациональности, выводящий осознаваемую личность на следующий уровень функциональной активности.

Таким образом, основное отличие феномена диалогизированного сознания от рассматриваемых ресурсных состояний заключается в базисных типах рациональности, присущих осознаваемой личности, а не в различных режимах активности психического. Последний признак носит вторичный, результирующий характер.

Выше изложенные тезисы позволяют дополнить функциональное определение феномена диалогизированного сознания следующими существенными характеристиками:

- информационная основа рассматриваемого феномена представляет собой обновленный тип рациональности, предусматривающий возможность презентации (измерения) суперресурсных инстанций психического;

- нейрофизиологическая основа феномена диалогизированного сознания представляет собой возможность произвольного формирования объектно-предметных закономерностей диффузного полюса изменений за счет специфических, гибких параметров активности сознания (механизма времени – ФИИ);

- психологические основания диалогизированного режима взаимодействия различных инстанций психического представлены синергетической стратегией активности осознаваемой личности по отношению к другим инстанциям психического.

Далее, есть возможность уточнения основных, результирующих характеристик рассматриваемого феномена:

- в психологическом плане это: 1) целостный и устойчивый ресурсный статус личности («укоренение личности в бессознательном», «жизнь в обнимку с собственной душой») с реанимацией живого чувства сопричастности к суперресурсным инстанциям; 2) полностью сохранившая и развивающаяся идентичность; 3) феномен психологической гиперпластики, когда за относительно короткие временные периоды возможны существенные конструктивные изменения психологического статуса индивида; 4) возможность полноценного завершения процесса формирования психологических свойств, обеспечивающих устойчивость индивида к вовлечению в социально-опасные эпидемии;

- в биологическом плане появляется возможность более эффективного, «гиперпластического» регулирования соматического статуса и развития телесного здоровья;

- в социальном плане основными характеристиками феномена диалогизированного сознания будут: 1) возможность блокирования главного генератора распространения социальных эпидемий – ресурсного голода; 2) возможность реализации метамодели социальной психотерапии, включающей разработку обновленного терапевтического контекста информационной среды; 3) возможность формирования нового поля ментальности современного человека.

В связи со сказанным, интерес представляет общая последовательность формирования главных составляющих феномена диалогизированного сознания.

Наши исследования, проводимые в рамках определения сравнительной эффективности психотерапевтических стратегий в отношении лиц с наркотической зависимостью (для которых вопрос формирования устойчивых ресурсных состояний является решающим в общей терапевтической и противорецидивной стратегии) обосновывают целесообразность следующего алгоритма. За счет использования

специально разработанных методов психотерапии, модель «монологизированного» бытия растождествляется на два полюса с многократной аргументацией и демонстрацией обоснованности подобного растождествления. Таким образом, формируется первое, информационное основание феномена диалогизированного сознания. Параллельно с этим, в режиме двухуровневой интегративно-развивающей психотерапии, защитно-конфронтационная базисная стратегия активности осознаваемой личности переводится в синергетическую. При этом (настоящий факт был полностью доказан в наших исследованиях), практически, в автоматическом режиме, без использования каких-либо специальных технических методов, у пациентов развиваются феномены гиперпластики. Данное состояние мы обозначили как «разлитой терапевтический транс». Последний отличается от индуцированного транса пре-восходящей степенью активности осознаваемой инстанции психического – личности, которая в нашем случае освобождается от необходимости «увода» на периферию актуального формата ФИИ.

Полагаем, что полученные результаты могут свидетельствовать о возможности формирования специфических и гибких параметров ФИИ (нейрофизиологического основания феномена диалогизированного сознания) с помощью специальных методов психотерапии. Доказательная база данного тезиса с использованием нейрофизиологических коррелятов в настоящее время собирается.

Ключевыми моментами обозначенной психотерапевтической стратегии являются следующие:

- перевод конфронтационной метапозиции и модели поведения индивида в синергетическую на неосознаваемом уровне с формированием первичного ресурсного статуса индивида;
- проработка основных позиций обновленной рациональности в гиперпластическом состоянии с возможностью креативного усвоения обсуждаемой информации;
- переформирование неосознаваемых механизмов переключения базисной метапозиции и стратегии поведения в осознаваемые и укоренение синергетической метапозиции;
- формирование устойчивого гиперпластического состояния и собственно режима диалогизированного сознания;
- постоянное расширение возможностей ресурсного доступа и повышение качества жизни индивида.

Наши исследования показывают, что степень вовлечения пациентов с проблемами наркотической зависимости в психотерапевтический процесс формирования феномена диалогизированного сознания практически полностью соответствует параметрам длительности и качества наблюдаемой ремиссии (А. Л. Катков, 2004; Т. В. Пак, 2004; В. В. Титова, 2004).

Интерес представляет и собственно перцептивный аспект развития феноменологии диалогизированного сознания.

«Легализованная» активность суперресурсных инстанций психического, по нашим наблюдениям, представлена целым рядом креативно-интеллектуальных, эмоциональных и других характеристик, препрезентируемых в виде своеобразных и легко узнаваемых диад. Наиболее часто встречаются следующие сочетания: весьма значительное расширение горизонтов реальности и, вместе с тем, появление чувства определенности, «прочной жизненной основы»; исчезновение страха смерти и появление подлинного интереса к жизни; возникновение непрерывного ощущения радости вообще и от того, что «всё в радость», сочетающегося с глубинным внутренним спокойствием; повышение деятельностной активности в сочетании с пластичностью «будто и работаю и отдыхаю в одно и то же время». Весьма часто отмечаются своеобразные «развороты» в аспекте трансформации внутреннего ресурсного пространства. Такого рода метаморфозы описываются, например, как исчезновение некой искусственной сцены, где ранее воспроизвелись мифологические или религиозные сюжеты, «будто сцена развёртывается, и оказывается, что за кулисами существует огромный, подлинный мир». Интересно, что это новое ресурсное пространство, зачастую, оказывается за спиной вовлеченного субъекта, организуя ощущение защищённости и поддержки. Субъект же разворачивается «лицом к жизни», где ранее он был только зрителем, а теперь со-участником, со-творцом.

Достаточно часто отмечаются и такие признаки более тесного взаимодействия осознаваемой личности и ресурсных инстанций в общем поле психической активности субъекта, как изменения характера сна и сновидений. Сон становится более глубоким. Общее время сна сокращается незначительно, но уровень последующего бодрствования заметно повышается. Характер сновидений часто интерпретируется субъектом как ресурсная подсказка.

Почти все участники соответствующих психотерапевтических групп отмечают форсированное развитие таких качеств как интуиция и креативность: «все нужные решения приходят сами собой». В частности, субъект, пребывающий в статусе ресурсного диалога с соответствующими инстанциями психического, с удивительной легкостью генерирует новую мозаику гиперреальности. Похоже, что мозг (работающий как компьютерная станция, с которой сняли программные ограничения) и сама по себе личность субъекта (как эпифеномен конденсированной и теперь уже незакрепощенной памяти) к такого рода активности отлично подготовлены. Ведь сам по себе мыслительный процесс в традиционном варианте есть ни что иное, как моделирование объектов, событий, субъектов и отношений между ними, выстраиваемое с помощью одного единственного легализованного формата ФИИ. Процесс творчества в условиях цензуры «объективно-автономной» реальности – есть несанкционированный

отход от используемых штампов. Но если сам по себе главный штамп- ограничитель упраздняется, то творческая основа становится непременной и обязательной характеристикой мыслительного процесса.

Углубленный анализ перцептивных характеристик статуса диалогизированного сознания показывает, что крайне важным аспектом качественно обновленного креативно-мыслительного процесса является его «органическая» взаимосвязь с устойчивым доступом к суперресурсным инстанциям, с одной стороны, и гиперпластическими феноменами – с другой. То есть, с наиболее существенными характеристиками разлитого терапевтического транса, который, в данном случае, можно обозначить и как разлитой творческий транс. Подобное уникальное сочетание, с нашей точки зрения, как раз и является главным базисом эффективной личностной самоорганизации, обеспечивая возможность значительных (подчас – весьма драматических) изменений в статусе субъекта. С данных позиций, например, становится понятной терапевтическая сущность состояний, обозначаемых как «инсайт», «озарение», «просветление», «клирификация» и т.д. Появление сущностно-обновленного понимания ситуации (прошлой, настоящей, будущей – не важно) и осознание новой перспективы (очень важно!), в сочетании с пиком пластичности, способно в считанные мгновенья восстановить адаптационные кондиции субъекта.

Таким образом, человек, мыслящий и действующий в метапозиции обновленной рациональности, по преимуществу вдохновенно (в смысле доступа к суперресурсным инстанциям) творит, в том числе и самого себя.

Следующей важной перцептивной (и объективной) характеристикой данных ресурсных состояний является их устойчивость, и тенденция к саморазвитию. Обновленный тип рациональности, в этом смысле, выгодно отличается от других, ресурсных «носителей», в том числе и от иррациональной системы базисных координат, требующей регулярного возобновления религиозного опыта. С этой новой истиной уже ничего, кроме её дальнейшего развития, случиться не может. «Приступов неверия» здесь не наблюдается, поскольку исключается сама возможность поверхностно-рациональной атаки.

Как понятно из всего сказанного, у субъекта, пребывающего в статусе диалогизированного сознания, возможность идентификации сущностей иного иерархического уровня обеспечивается креативно-мыслительным процессом, в котором сочетаются активность как структурируемых, так и неструктуривемых временем инстанций психического. Главное отличие данного процесса от стереотипного мышления заключается в том, что при «обычном» мыслительном моделировании основной переменной является так называемая вторичная информация, а первичная (информационные параметры «объективно-автономной» реальности)

остается незыблевой. В то время как креативное мышление в статусе диалогизированного сознания, напротив, предполагает относительную статичность вторичной информационной системы и произвольный характер первичной информации (пример: как выглядела ситуация с Ахиллом, догоняющим и погоняющим черепаху, описанная в парадоксе Зенона, на ином иерархическом уровне реальности, при том, что рассматриваемый уровень организуется с объемами ФИИ, равными 100 и 500 лет и т.д.).

Моделирование виртуальных аналогов процессы диалогизированного мышления, в свете всего сказанного, не представляет каких-либо теоретических сложностей. Ибо теперь понятно, какого рода постоянные и переменные здесь следует иметь в виду. Технические сложности связаны лишь с изготовлением специальных компьютерных программ, воспроизводящих соответствующий формат гиперреальности (или отдельных её фрагментов, касающихся какой-либо определяемой сущности), заданный произвольным параметром ФИИ. Такого рода компьютерные программы, рассчитывающие параметры соответствующих объемных единиц, в данном случае будут моделировать креативную функцию безсознательного. То есть, буквально, творить новые информационные сущности, опосредуемые обновленной рациональностью вовлеченного в настоящий опыт субъекта.

При этом следует иметь в виду, что степень «вероятности» и «определенности» получаемых сущностей, в форматах генерируемой таким образом реальности, будет абсолютной.

А, значит, мы получаем долгожданную техническую (то есть, по прежним меркам, во всех отношениях «объективную») возможность презентации и измерения доселе неуловимых инстанций.

Мы полагаем, что реализация вышеописанного проекта займет считанные годы, в продолжение которых будут разработаны программы соответствующей степени сложности.

Вышеописанный технологический аналог феномена диалогизированного сознания отнюдь не равнозначен своему прототипу, прежде всего, в отношении статусных характеристик субъекта, добывающего информацию таким «искусственным» образом. Отчетливые гиперпластические проявления, моменты расширения ресурсного доступа здесь вряд ли возможны.

Однако опосредованная и собственно-научная ценность получаемой таким образом информации будет значительной, поскольку именно суперкомпьютерные технологии позволят «освободиться» от вторичного информационного фона в интерпретации гиперреальных сущностей.

Завершая данный раздел, позволим себе особо отметить тот факт, что полноценная идентификация пятой позиции в перечне свойств, имеющих непосредственное отношение к феномену психологического здоровья (достаточность креативно-пластических

ресурсов личности), вряд ли возможна без использования инструментария кольцевого научного архетипа.

Перспектива существенного повышения самоорганизующей активности личности, показанная в корректном клиническом эксперименте, с нашей точки зрения, демонстрирует обоснованность использования

методологии кольцевого научного архетипа в качестве научно-информационного и практического базиса в таких специальностях, как психотерапия, психологическое консультирование, другие институализированные развивающие практики, а, также в метамодели социальной психотерапии, обоснование которой будет дано в заключительном разделе статьи.

(продолжение следует)

ПСИХИАТРИЯ

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, ИНСТРУМЕНТАРИИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕКТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПРИАРЛЬЕ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултacheев

1. Рабочая гипотеза и программа исследования

При планировании настоящей работы первоначально имела место идея, что для исследования жителей регионов, находящихся в состоянии экологического бедствия и повышенного экологического риска, потребуется выборочно-популяционное обследование населения в местах их проживания и работы. Но в дальнейшем, проводя предварительный анализ первичных данных для отработки исследовательского инструмента (пилотажное исследование), мы убедились, что большая часть осмотренных нами респондентов, так или иначе, хотя бы раз в год или чаще, обращается за амбулаторной помощью в медицинские учреждения общего профиля. Учитывая данное обстоятельство, была выдвинута гипотеза, что именно в поликлинических условиях появится возможность получить сведения о лицах с признаками психической дезадаптации различного уровня и степени клинической выраженности, которые чаще всего выпадают из поля зрения психиатров, но также нуждаются в специализированной помощи. Причем, их выявление не потребует применения множества тестовых методик, поскольку среди данного контингента пациентов априорно присутствует часть больных с признаками психических и поведенческих расстройств различного генеза. В данном случае применение психометрических методов будет направлено на выделение структурных особенностей нарушений психической адаптации. Кроме этого, анализ социальных, медико-психологических и клинических особенностей позволит определить, насколько наблюдающиеся явления психической дезадаптации связаны со стрессом, который вызывает токсические катастрофы. Анализ первичных данных позволит выделить из обследованных пациентов группы риска, а также категории лиц, нуждающихся в специфических лечебных, терапевтических и реабилитационных мероприятиях, состояние которых связано с эконегативными воздействиями.

При составлении плана настоящей работы мы понимали, что население районов Аральской и Кызыл-ординской зоны различно по социально-демографическому составу, обусловленному, в том числе, географическими, экологическими и социально-экономическими причинами. Однако, в соответствии с целями и задачами исследования, перечисленные факторы входили в круг подлежащих изучению. Вместе с тем, для исследования клинической структуры расстройств у обследованных лиц необходимым условием является сходство групп по

упомянутым факторам для того, чтобы исключить чрезмерное дробление на группы обследованных контингентов больных и тем самым снижение достоверности окончательных результатов. В этой связи было принято решение проводить исследование в две фазы. При этом были использованы методические подходы, описанные в работе P. Duncan-Jones и S. Henderson (1978), но несколько модифицированные и адаптированные к задачам нашей работы.

В первой фазе исследовались преимущественно социально-демографические, социально-психологические, культуральные и клинико-эпидемиологические аспекты изучаемой проблемы. В соответствии с полученными данными, в каждой из обследованных популяционных выборок, для второй фазы исследования были отобраны группы больных с примерно одинаковыми структурными характеристиками по демографическим и социально-психологическим характеристикам. Кроме того, для второй фазы исследования, для получения более точных сведений к уже имеющимся первичным данным были добавлены сведения о лицах, получающих амбулаторную помощь в учреждениях общей практики, но не проходивших обследование в первой фазе работы. Более подробно критерии отбора обследованных лиц для второй фазы исследования описаны ниже.

2. Общая характеристика объектов наблюдения и критерии отбора обследованного контингента первой фазы исследования. Инструменты исследования.

Исследование проведено на базе Психотерапевтической клиники г. Кызылорда (Республика Казахстан), Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии РК и ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского (г. Москва, Российская Федерация). В ходе *первой фазы* проведенной работы была собрана первичная научная информация на 2570 больных, обследованных в течение календарного года в амбулаторных учреждениях общесоматического профиля Кызылординской области Республики Казахстан. Из них - 1268 человек (49,34% от общего числа обследованных) проживали в населенных пунктах Приаралья, отнесенных к зоне экологического бедствия, а 1302 человек (50,66%) – в городе Кызылорда и на прилегающих к нему территориях, которые отнесены к зоне повышенного экологического риска. Далее в работе указанные группы условно обозначались как группа Аральской зоны и группа Кызылординской зоны.

В исследовании первой фазы были включены сведения о больных трудоспособного возраста от 20 до 59 лет. Средний возраст обследованных лиц составил $36,6 \pm 9,8$ года, в том числе в Аральской зоне – $36,4 \pm 9,3$ года, в Кызылординской зоне – $37,2 \pm 10,1$

года. Всего было осмотрено 1216 мужчин (47,3% от общего числа обследованных) и 1354 женщины (52,7%). Общее распределение контингента по основным демографическим характеристикам представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение контингента больных обследованного в первую фазу исследования, по полу, возрасту и месту жительства

Возраст	мужчины		женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Аральская группа обследованных больных</i>						
20 – 29 лет	179	29,6	187	28,2	366	28,9
30 – 39 лет	199	32,9	205	30,9	404	31,8
40 – 49 лет	165	27,3	190	28,7	355	28,0
50 – 59 лет	62	10,2	81	12,2	143	11,3
Всего:	605	100,0	663	100,0	1268	100,0
<i>Кызылординская группа обследованных больных</i>						
20 – 29 лет	163	26,7	194	28,1	357	27,4
30 – 39 лет	223	36,5	249	36,1	472	36,3
40 – 49 лет	149	24,4	162	23,5	311	23,9
50 – 59 лет	76	12,4	86	12,3	162	12,4
Всего:	611	100,0	691	100,0	1302	100,0

Рисунок 1



Примечание: Примерные зоны обследования населения в Кызылординской области - в полоску обозначены Кызылординская группа, в клетку Аральская группа. Акватория Аральского моря.

В Аральской зоне (далее обозначенная как Аральская группа обследованных больных) было обследовано 605 мужчин (47,7% от числа обследованных в группе) и 663 женщины (52,7%), в Кызылординской зоне (далее обозначенная как Кызылординская группа обследованных больных) – 611 мужчин (46,9%) и 691 женщина (53,1%). Имевшиеся некоторые различия в наблюдавшемся распределении не были достоверны, носили случайный характер и тем самым не могли повлиять на результаты анализа других данных. Отметим, что распределение обследованных больных по полу и возрасту в обеих группах, отобранных, в известной степени, случайным образом (если не принимать во внимание критерии отбора), было достаточно равномерным и отражало половозрастной состав популяции трудоспособного населения Кызылординской области.

Применение критериев отбора пациентов в первой фазе настоящей работы было обусловлено основной целью исследования: влияния на психическое здоровье факторов риска, связанных с проживанием на территориях с различной степенью экологического неблагополучия. В этой связи, как было уже упомянуто, были обследованы лица трудоспособного возраста, имеющие на момент обследования жалобы на неудовлетворительное состояние здоровья. Расстройства, наблюдавшиеся у обследованных, могли иметь в своей основе комплекс причин, обусловленных длительным эмоциональным напряжением. Однако у них не должны присутствовать признаки выраженных психических расстройств эндогенного или органического происхождения (психозы, состояния деменции, выраженная степень умственной отсталости). К тому же, из исследования исключались данные о больных, соматическое состояние которых на тот момент привело к стойкой утрате трудоспособности (инвалидности). Не учитывались сведения и о тех лицах, имевших выражено неблагоприятный (маргинальный) социальный статус, в том числе – без определенного места жительства, длительное время не имеющие работу, находящиеся в состоянии уголовного преследования и отбывающие уголовное наказание. Иначе говоря, в соответствие с принципами

клинической эпидемиологии (Fletcher R. H., Fletcher S. W., Wagner E. H., 1996) мы пытались исключить влияние факторов, которые могли бы привести к системным ошибкам и тем самым исказить результаты исследования.

Однако, принимая во внимание то обстоятельство, что изученные в первую фазу работы выборки больных были извлечены из различных по ряду социальных признаков популяций. В частности в Аральской группе преобладали жители сельской местности и небольших населенных пунктов, в тоже время в выборке в Кызылординской зоне преобладали городские жители. Естественно, игнорировать данное обстоятельство было бы ошибочно, поскольку мы априорно полагали, что в обследованных зонах существует различный набор экологических вредностей, в том числе и таких, которые было невозможно в полной мере оценить в рамках диссертационного исследования. Поэтому в качестве одной из задач не определялось влияние каких-либо конкретных экологических вредностей на психическое здоровье населения.

Вторая фаза исследования была направлена преимущественно на сравнительное изучение клинических особенностей психических и поведенческих расстройств у представителей изученных групп населения, а также на изучение возможных связей между ними и социально-демографическими, социо-культуральными и социально-психологическими особенностями обследованного контингента больных.

Во второй фазе исследования, соблюдались те же критерии отбора, что и в первой фазе. Однако, в соответствии с задачами второй фазы исследования, были изучены больные, у которых по данным обследования первой фазы были выявлены признаки психологического дистресса при помощи скринингового инструмента исследования – GHQ-28. То есть, в обеих группах были проанализированы данные о 675 лицах (26,3% от числа обследованных в первой фазе исследования) трудоспособного возраста (средний возраст - $37,1 \pm 8,8$ года). Сведения по полу, возрасту и месту жительства представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение контингента больных, обследованного в первую фазу исследования, по полу, возрасту и месту жительства

	мужчины		женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Аральская группа обследованных больных</i>						
20 – 29 лет	49	30,2	48	28,9	97	28,9
30 – 39 лет	60	37,0	47	31,8	107	31,8
40 – 49 лет	40	24,7	54	28,0	94	28,0
50 – 59 лет	13	8,0	25	11,3	38	11,3
Всего в группе:	162		174		336	

Распределение контингента больных, обследованного в первую фазу исследования, по полу, возрасту и месту жительства (продолжение)

	мужчины		женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Кызылординская группа обследованных больных</i>						
20 – 29 лет	55	32,4	38	27,4	93	27,4
30 – 39 лет	72	42,4	51	36,3	123	36,3
40 – 49 лет	20	11,8	61	23,9	81	23,9
50 – 59 лет	23	13,5	19	12,4	42	12,4
Всего в группе:	170		169		339	
ВСЕГО:	332	49,2	343	50,8	675	

Из общего числа больных, обследованных во второй фазе исследования, было 332 мужчины (49,2%) и 343 женщины (50,8%). В том числе: - в Аральской группе больных обследовано 336 человек (средний возраст $-37,1 \pm 8,6$ года), из них 162 мужчины (48,8%; средний возраст - $36,0 \pm 7,8$ года) и 174 женщины (50,7%; средний возраст $-38,2 \pm 9,2$ года); - в Кызылординской группе больных обследовано 339 человек (средний возраст $-37,5 \pm 8,8$ года) 170 мужчин (51,2%; средний возраст $-37,4 \pm 9,1$ года) и 169 женщин (49,3%; средний возраст $-37,5 \pm 8,2$ года).

При разработке инструмента исследования в качестве основы была выбрана «Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского (РФ). Сведения, представленные в «Базисной карте...», регистрировались врачом при опросе больных. Кроме того, карта исследования была дополнена опросником для изучения восприятия риска связанного с ситуациями, опасными для здоровья и жизни. В том числе – риски, которые могут быть обусловлены экологически неблагоприятными условиями. Аналогичный методический подход к оценке факторов риска был предложен для определения реакции населения на угрозу массового поражения (Covello V. T., 1985), и применялся при обследовании населения территорий с радиоактивным загрязнением в результате аварии на Чернобыльской АЭС (Drottz-Sjoberg B. M., Persson L., 1993).

В данном исследовании мы применяли несколько модифицированный набор ситуаций опасности, сохраняя общие принципы, определенные в работах указанных выше. Респонденту предлагалось оценить каждую, из представленных в опроснике

ситуацию риска (для своего здоровья и жизни лично или для здоровья и жизни членов его семьи) в баллах:

- 1 балл - отсутствие риска;
- 2 балла - минимальный риск;
- 3 балла - умеренный риск;
- 4 балла - максимальный риск.

Кроме того, в использованный формализованный инструмент исследования был включен ряд вопросов, позволяющих выявить психологическое напряжение у пострадавшего населения, которое обусловлено «токсической катастрофой», а именно: чувство неуверенности; наличие «культурного пресса»; наличие «осады» средств массовой информации; наличие проблем социального устройства; оценка перспектив преодоления экологической катастрофы; субъективная оценка ущерба здоровью (обусловленного экологической катастрофой) и прочие.

Основной частью карты был формализованный набор синдромов психических и поведенческих расстройств, соответствующих критериям синдромальной оценки психического состояния в рамках V раздела Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) – Психические и поведенческие расстройства (F00-F99). В частности в качестве источника диагностических критериев нами применялось Краткое руководство по использованию данного раздела МКБ-10 в психиатрии и наркологии (Чуркин А. А., Мартюшов А. Н., 2000). Вместе с тем, в основе методического подхода при оценке психического состояния пациентов мы придерживались традиционного клинического анализа анамнестических сведений и оценке психического статуса, не ограничиваясь лишь формализованными сведениями.

Литература:

1. Fletcher R. H., Fletcher S. W., Wagner E. H. *Clinical Epidemiology*. Williams & Wilkins, 1996, 345 p.
2. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. *Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии*, 2000

АНАЛИЗ ОБЪЕКТИВНОСТИ, ВАЛИДНОСТИ И ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕНИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ В ПРИАРАЛЬЕ

Ж. Ж. Бултacheев, А. Н. Мартюшов, Б. С. Сабенов

В рамках исследования психолого-психиатрических последствий экологической катастрофы среди жителей районов Приаралья в Республике Казахстан мы столкнулись с необходимостью выбора приемлемого скринингового метода исследования психологического дистресса. Необходимость применения такого рода инструментария диктовалась целью работы, суть которой сводилась к оценке состояния психического здоровья у большого числа людей. То есть, выбранный метод исследования должен был быть прост в применении и, в сочетании с другими инструментами, позволял бы достаточно точно определить наличие или отсутствие психического неблагополучия, связанного с проживанием в экопатогенной зоне.

Исследуя литературные источники о применении различных скрининговых методов исследования, мы остановили внимание на Опроснике общего здоровья (General Health Questionnaire, GHQ), разработанном британским психиатром D. Goldberg (1978) для выявления психологических составляющих расстройств здоровья. По мнению автора инструмента, опросник особенно эффективен для выявления расстройств, обусловленных факторами, приводящими к длительному психоэмоциональному напряжению. Надежность и валидность опросника для выявления случаев психических расстройств к настоящему времени доказана исследованиями на популяциях жителей Европы, Америки и Азии. То есть, будучи переведен на многие языки, инструмент, кроме прочего, прошел и лингвистическую проверку. Однако главным аргументом в пользу использования GHQ в нашем исследовании, был опыт его применения для обследования населения, пострадавшего в результате другой крупномасштабной экологической катастрофы – аварии на Чернобыльской АЭС. Более того, тогда же была доказана валидность и надежность русскоязычной версии опросника (Й. Хавенаар, 1996).

Существует несколько версий GHQ, различающихся по числу утверждений. Для нашей работы была выбрана, так называемая, шкалированная версия опросника содержащая 28 утверждений (GHQ-28), которая заполняется самим респондентом. Каждое утверждение имеет четыре варианта ответа, отражающие частоту, описанного в нем признака психической дезадаптации. Ответы оцениваются двумя способами, а именно: Likert-score (от 0 до 3 баллов) и GHQ-score.

Первый способ используется для оценивания четырех шкал инструмента (*соматических симптомов, тревоги и нарушений сна, социальной дисфункции, выраженной депрессии*), содержащих по

семь утверждений. Во втором случае (GHQ-score), если респондент выбирает первые два ответа (не бывает или бывает очень редко), то данное утверждение имеет оценку 0. В случае выбора третьего и четвертого вариантов ответа – утверждение оценивается единицей. Таким образом, максимальная сумма GHQ-score составляет 28 баллов. Для определения надежности и диагностической ценности опросника автор использовал именно последнюю систему оценивания.

При определении валидности нами использовалась методическая схема проверки качества диагностического теста, описанная в руководстве по его использованию (D. Goldberg; 1978). Для проведения испытания инструмента было отобрано две одинаковые группы респондентов – с психическими расстройствами и практически здоровые, по 106 человек в каждой (всего 212). В качестве критерия наличия или отсутствия психических расстройств использовались диагностические указания МКБ-10. В исследование включались лица с непсихотическими психическими расстройствами органического происхождения (F06.4 – F06.7), а также – с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40 – F49). Больные с иной психической патологией из исследования исключались. Оценку психического состояния производили два квалифицированных психиатра, независимо друг от друга. Отбор конкретного пациента для исследования производился лишь в том случае, если мнение обоих врачей совпадало (либо болен, либо здоров). Кроме того, отбор в группы больных и здоровых респондентов проводился таким образом, чтобы те были тождественны по полу и возрасту. При чем по возрасту обследованные лица были не младше 18 лет и не старше 45 лет (средний возраст – $32,2 \pm 2,7$ года).

По данным тестирования рассчитывались коэффициенты надежности и валидности. Коэффициенты надежности были представлены:

– коэффициентом альфа Кронбаха (α) (или внутренняя консистенция теста), когда рассчитывается средний коэффициент корреляции между утверждениями опросника,

– тестом половинного деления (*split-half test*), при котором находится коэффициент корреляции между суммарными значениями половин теста. Достаточно надежным считается тест, когда величина обоих указанных коэффициентов больше или равна 0,5.

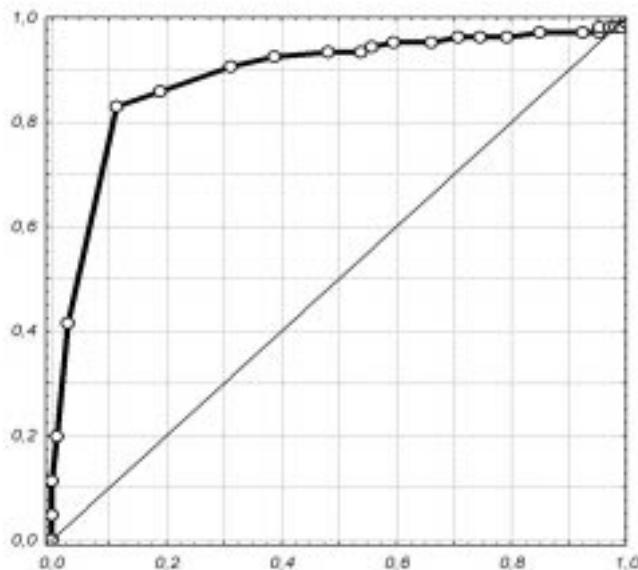
Одновременно с этим, для исследованного инструмента определялась чувствительность (*sensitivity, Sn*), специфичность (*specificity, Sp*), уровень положительной предикции (*positive predictive*

value, PPV), уровень отрицательной предикции (negative predictive value, PPV). Указанные коэффициенты были рассчитаны для каждого уровня опросника (т.е., от 1 до 28), по величине которых была построена ROC-кривая (рисунок 1) и найдено значение площади под кривой ($AUC - area under curve$, еще один показатель надежность теста). По результатам анализа ROC-кривой определено лучшее пороговое значение, отделяющее респондентов с наличием состояния дистресса от респондентов без него*.

В результате проведенного анализа валидности и надежности было установлено, что коэффициент $a = 0,72$ ($p < 0,01$), а коэффициент корреляции между произвольно взятыми половинами теста $r = 0,81$ ($p < 0,001$), что свидетельствовало о достаточной внутренней связи между отдельными утверждениями опросника, и о его достаточной надежности. Это же подтверждало значение $AUC = 0,853$ при SE (стандартная погрешность измерения) = 0,072 ($p < 0,001$).

Рисунок 1

ROC – кривая, полученная при оценке валидности GHQ – 28



чувствительность	1 - специфичность	пороговое значение	Sn	Sp	PPV	NPV	
		4	0,42	0,97	0,94	0,62	
		5	0,83	0,89	0,88	0,84	
		6	0,86	0,81	0,74	0,88	
		7	0,91	0,69	0,74	0,88	
		$AUC = 0,853$					
		$SE = 0,072$					
		$p = 0,001$					

В правой части рисунка 1 представлены данные коэффициентов валидности для некоторых уровней. В частности, если принять за пороговое значение суммарное количество баллов равное 4, то значение специфичности теста составит весьма высокую оценку – 0,94, позволяющую исключить наличие дистресса практически у всех здоровых (гипердиагностику). Однако при этом значение специфичности

крайне мало – 0,42, что может привести к высокой вероятности гиподиагностики – недостаточное выявление лиц, у которых дистресс на самом деле присутствует. В случае принятия за пороговое значение 7 баллов, то получим обратную картину. Вероятность определения истинных случаев дистресса будет весьма высока – 0,91. Однако низкий уровень специфичности (0,69) увеличивает вероятность

* подробно расчеты коэффициентов валидности описаны в книге Р. Флетчер, С. Флетчер и Э. Вагнер «Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины» (пер. с англ.), изд. Медиасфера, Москва, 1998

гипердиагностики, то есть попадание в категорию больных лиц без дистресса. В связи с этим, как приемлемое пороговое значение, мы рассматривали значение суммы баллов тестирования равное 5 ($Sn=0,83$; $Sp=0,89$; $PPV=0,88$; $NPV=0,84$) или 6 ($Sn=86$; $Sp=0,81$; $PPV=0,74$; $NPV=0,88$).

При планировании работы по изучению последствий Аральской экологической катастрофы мы предполагали ее проведение в две фазы. В первой фазе исследования должен был проводиться опрос населения с целью выявления восприятия рисков, связанных с проживанием в экопатогенной зоне. Во второй – изучался контингент больных, обращающихся в учреждения первичной амбулаторной медицинской помощи. Поскольку в первом случае нам было необходимо выявить максимальное количество лиц, находящихся в состоянии длительного психоэмоционального напряжения, то было принято решение о том, что в качестве порогового значения использовать 6 баллов, не смотря на большую вероятность получить ложно положительные результаты. Во втором случае – задача состояла в более точном выделении у обследованных лиц признаков психических расстройств, сопровождающих заболевания с предполагаемой психогенной этиологией. В этой связи при обследовании было решено использовать в качестве порогового значения значение в 5 баллов. То есть, при меньшей чувствительности теста, уменьшить вероятность гипердиагностики признаков психологического дистресса, обусловленного экологическими факторами.

Таким образом, проведенное испытание опросника GHQ28 показало его способность с высокой степенью достоверности определять случаи психоэмоциональных нарушений в условиях проведения скрининговых исследований.

В процессе выполнения диссертационной работы нами, в основном, использовались следующие методы исследования: клинико-описательный, клинико-эпидемиологический (в том числе сравнительно-эпидемиологический), социально-демографический, социально-психологический, а также – методы вычислительного и графического анализа данных.

Полученный первичный научный материал был помещен в электронную базу данных и в дальнейшем подвергался обработке и анализу при помощи современных процедур вычислительной статистики.

1. Методы анализа и обобщения полученного в ходе исследования первичного научного материала

Основную часть электронной базы первичных научных данных составили сведения о респондентах, которые получены с использованием описанного выше формализованного инструмента исследования.

Анализ качественных (категориальных, nominalных) данных, т. е. сведений представленных в таблицах частот, заключался в поиске сходства или различия между частотными распределениями в сравниваемых группах больных. Иначе говоря, в том

случае если некие из изучаемых признаков были сопряжены с определенными группами обследованных, то частотное распределение одной группы достоверно отличалось от такового другой группы (других групп). Достоверность различий для таблиц сопряженности определялась по совокупному для таблицы критерию сопряженности χ^2 (хи-квадрат) Пирсона. Этот критерий показывает соотношение наблюдаемых относительных частот распределения (выраженных десятичной дробью) в ячейках таблице и так называемых теоретических, которые наблюдались бы в анализируемой таблице в том случае, если частотные распределения по группам относительно исследуемых признаков не различались между собой. Расчет теоретических частот производится по относительным частотным распределениям в итоговой строке и столбце. Формула, по которой вычисляется критерий сопряженности для таблицы, в общем виде выглядит так:

$$\chi^2 = \sum \frac{(m-n)^2}{n}$$

где m – эмпирические (наблюдаемые) частоты, n – теоретические частоты.

Проверка достоверности различий между группами (величина p , или вероятность ошибочного решения о достоверности различий) определяется величиной χ^2 для числа степеней свободы (degree of freedom, df) изучаемой таблицы которое является произведением числа строк в этой таблице минус единица на число столбцов минус единица. В том случае, когда величина p не превышала 0,05, решение о различиях сравниваемых групп считалось достоверным (иначе говоря, вероятность правильного решения составляла более 95%).

Кроме того, в некоторых случаях, для наглядного представления сложных (многоходовых) таблиц применялась процедура анализа соответствия, расчеты в которой основываются на определении критерия сопряженности для каждой ячейки такой таблицы. Результатом анализа соответствия является графическое представление распределения частот в многоходовой таблице, наглядно отражающее соответствие друг другу изученных качественных признаков. Т.е. на двумерном графике изображались в виде точек свойства изученных групп. Чем ближе на графике располагались исследуемые свойства, тем в большей мере они соответствовали друг другу.

Иногда в настоящей работе было необходимо проверить значимость различий между двумя пропорциями (относительными величинами) каких-либо групп по одному изучаемому признаку. В этом случае статистическая значимость определялась при сравнении попарно относительного и абсолютного количества наблюдений в сравниваемых группах. На основе этого рассчитывается критерий t для пропорций по формуле:

$$|t| = \sqrt{\frac{(N_1 + N_2)}{(N_1 + N_2)}} \times \sqrt{\frac{|p_1 - p_2|}{(P \cdot Q)}}$$

где N_1 и N_2 число наблюдений в сравниваемых группах, p_1 и p_2 сравниваемые доли, выраженные десятичными дробями,

$$p = (p_1 N_1 + p_2 N_2) / (N_1 + N_2)$$

$$q = 1 - p.$$

По величине данного критерия также находилась вероятность ошибочного решения о достоверности различий сравниваемых пропорций (p) которая так же, как указывалось выше, не должна была превышать 5% (<0,05).

Анализ количественных переменных (параметров), в основном, заключался в сравнительном анализе средних показателей. В частности это осуществлялось с помощью однофакторного дисперсионного анализа (или анализа вариации, ANOVA), когда, например, проверялись гипотезы о наличии или отсутствии влияния на результаты измерения субъективного стресса таких факторов как пол, возраст, социальная принадлежность, наличие или отсутствие эффекта терапии и т.п. При этом, для каждой группы пациентов определяются групповые средние и дисперсия (вариация). Показателем, по которому определяются достоверности различий, являлся рассчитанный критерий F (Фишера). В основу нахождения критерия F положены расчеты и сравнение внутригрупповых дисперсий (суммы квадратов всех отклонений от групповой средней величины измеряемого параметра) сравниваемых групп (например: есть терапевтический эффект – нет терапевтического эффекта). В итоге, чем больше различия внутригрупповых дисперсий, тем больше будет величина критерия F , которая определяет статистически значимо или не значимо различие между средними величинами, а так же, велика ли вероятность ошибки решения о различиях средних (p).

Кроме анализа различий исследованных в работе количественных показателей применялся метод анализа количественных данных, цель которого является, в известном смысле, противоположной цели дисперсионного анализа. А именно, с использованием нескольких параметров (переменных). Данная процедура анализа данных носит название анализа дискриминантных функций (или дискриминантный анализ). Вместе с указанными выше, результаты дискриминантного анализа позволяют дать ответ на то, какие именно параметры «качественное» классифицируют априорно определенные группы, а также насколько отличаются эти группы друг от друга. Определение качества классификации (дискриминации) определяется на основании величины коэффициента λ Уилка, который изменяется от 0,0 до 1,0. Чем ниже значение данного коэффициента, тем качественнее классификация, т.е. 0 – полная дискриминация, 1 – нет дискриминации. При этом коэффициент λ рассчитывается как для всей модели

дискриминации (т.е. для всего набора количественных переменных определяющих классификацию групп), так и для каждой переменной в отдельности (*частное значение* λ Уилка). Частное значение показывает отдельный вклад количественной переменной в качество проведенной классификации. По значению коэффициента λ можно аппроксимировать (рассчитать) к стандартной статистике F , и тем самым определить уровень достоверности (р-уровень) включения конкретной переменной в модель дискриминации.

Одновременно с этим, после так называемого канонического преобразования дискриминантной функции, можно построить n -мерное (чаще – 2 мерное) пространство относительно канонических переменных, где каждый наблюдавшийся случай будет иметь свои координаты. Иначе говоря, можно наглядно продемонстрировать качество проведенной классификации.

В том случае, когда сделанные в ходе исследования наблюдения было необходимо распределить не по имевшимся или априорно заданным группам, а по значению одной или нескольких количественных переменных применялся *K-means кластерный анализ*. Этот метод разделения на кластеры основывается на расчете заданного количества кластеров (классов) по среднему значению (значениям) одного или нескольких параметров. В данном случае решается переборная задача, при которой подбираются средние значения, наилучшим образом формируют заданное количество кластеров и достоверно отличающих их друг от друга. Например, по результатам тестирования с применением GHQ-28, можно разделить изученную выборку респондентов на группы с высокой, средней или низкой суммой баллов. Иначе говоря, выделить три группы (кластера) респондентов, и использовать эти группы для дальнейшего анализа данных с применением методов анализа описанных выше.

Для поиска взаимосвязей между исследованными параметрами применялась стандартная процедура *корреляционного анализа*.

Обработка первичных данных социально-психологического исследования восприятия различных рисков, в том числе опасностей, так или иначе связанных с экологически неблагоприятной ситуацией, осуществлялась при помощи корреляционного, факторного и дисперсионного анализа. При помощи указанных аналитических процедур выделялись основные факторные характеристики ситуаций риска, осуществлялась их группировка (классификация). По выделенным группам признаков (их суммарной оценке) производился анализ различий между категориями обследованных больных, выделенных по некоторым социально-демографическим и клиническим признакам.

Все необходимые вычисления проводились при методической поддержке старшего научного

Литература:

1. Р. Флетчер, С. Флетчер и Э. Вагнер *Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины* (пер. с англ.), изд. Медиасфера. - М, 1998.

КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С ЭНДОГЕННЫМИ (ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ) РАССТРОЙСТВАМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

Б. Б. Джарбусынова

В настоящее время 450 миллионов человек в мире страдает психическими расстройствами. В том числе 160 миллионов – депрессивными расстройствами, 70 миллионов – алкоголизмом, 50 миллионов – эпилепсией, 24 миллиона – шизофренией. В каждой из четырех семей есть, по крайней мере, один человек, который страдает в данное время от психического расстройства (Данные 1-го национального конгресса по психическому здоровью и безопасности в обществе, 2005).

Основными закономерностями в динамике распространения психических и поведенческих расстройств в мире в последние десятилетия следующие.

Первая закономерность – рост выявляемости распространенности и накопления психических расстройств в обществе, особенно в последней четверти XX столетия. Это характерно как для экономически развитых стран Запада, а в последние годы и развивающихся стран. Вторая закономерность проявляется в низком уровне роста распространенности психозов (рост показателя распространенности их почти за столетие только в 3,8 раза) и высокими уровнями неврозов и других пограничных расстройств (более чем в 60 раз). Третьей закономерностью является наибольший подъем показателей распространенности психических расстройств в большинстве стран мира в последний период столетия, определяющийся преимущественно значительной выявляемостью непсихотических форм психических болезней. Четвертая закономерность определяется высоким ростом выявляемости хронического

алкоголизма и наркомании. Пятой закономерностью является фактическая идентичность уровней распространенности психических болезней как в экономически развитых странах Запада, так и в странах Восточной Европы, особенно 70-90 годы, что отражает общечеловеческую (биосоциальную) почву психической патологии и общемировые закономерности формирования во второй половине XX века хронического типа мировой патологии человека (Б. Д. Петраков, 1995).

Всё вышесказанное свидетельствует о том, что эндогенные психические заболевания сравнительно широко представлены в общем спектре психических и поведенческих расстройств. Кроме того, по уровню экономических потерь, несомых обществом, данная нозологическая группа занимает одно из первых мест.

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение эндогенных (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) расстройств среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г.г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована подгруппа с эндогенными (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) расстройствами численностью 11 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

Социально-демографические характеристики подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями эндогенного регистра (n=11)

<i>Общая группа</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Мужчины	5	45,5%	15,9<>78%
Женщины	6	54,5%	22,4<>83,3%

Таблица 1

Социально-демографические характеристики подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями эндогенного регистра (n=11) (продолжение)

<i>Возраст</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
12-16	0	0%	0<>28,6%
17-21	1	9,1%	0<>42,1%
22-26	2	18,2%	2<>53,2%
27-35	5	45,5%	15,9<>78%
36-47	0	0%	0<>28,6%
47-55	1	9,1%	0<>42,1%
<i>Национальность</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Казахская	5	45,5%	15,9<>78%
Украинская	0	0%	0<>28,6%
Русская	5	45,5%	15,9<>78%
Корейская	0	0%	0<>28,6%
Татарская	0	0%	0<>28,6%
Немецкая	0	0%	0<>28,6%
Узбекская	0	0%	0<>28,6%
Другие национальности	1	9,1%	0<>42,1%
<i>Образование</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Неграмотный вспомогательная школа)	0	0%	0<>28,6%
Начальное (неполное среднее)	2	18,2%	2<>53,2%
Среднее (среднее специальное)	6	54,5%	22,4<>83,3%
Высшее	3	27,3%	4,9<>61,9%
Без образования	0	0%	0<>28,6%
Не обучаем / не применимо	0	0%	0<>28,6%
Неполное высшее	0	0%	0<>28,6%
<i>Сфера профессиональной деятельности</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Промышленность	2	20%	2<>57%

Таблица 1

Социально-демографические характеристики подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями эндогенного регистра (n=11) (продолжение)

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Сельское хозяйство	1	10%	0<>45%
Бизнес, финансы	0	0%	0<>30%
Образование	1	10%	0<>45%
Наука и высшая школа	0	0%	0<>30%
Культура	0	0%	0<>30%
Здравоохранение	1	10%	0<>45%
Транспорт	1	10%	0<>45%
Торговля, бытовое обслуживание	1	10%	0<>45%
Не работает, не учится	3	30%	5<>66%
Учащийся школы (ПТУ)	0	0%	0<>30%
Учащийся ВУЗа	0	0%	0<>30%
Служба в армии	0	0%	0<>30%
СМИ	0	0%	0<>30%
Социальная служба	0	0%	0<>30%
Силовые, надзорные, юридические	0	0%	0<>30%
Фонды, партии, движения	0	0%	0<>30%
Госслужба	0	0%	0<>30%
Иная	0	0%	0<>30%

Семейное положение

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Женат (замужем)	4	36,4%	9,7<>70,3%
Холост (не замужем)	3	27,3%	4,9<>61,9%
Разведен(а)	3	27,3%	4,9<>61,9%
Вдов(а)	0	0%	0<>28,6%
Незарегистрированный брак	0	0%	0<>28,6%
Женат (замужем), но живут отдельно	1	9,1%	0<>42,1%
Разведен(а), но живут вместе	0	0%	0<>28,6%
(для детей) живет в полной семье	0	0%	0<>28,6%

Таблица 1

Социально-демографические характеристики подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями эндогенного регистра (n=11) (продолжение)

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
(для детей) родители разведены	0	0%	0<>28,6%
(для детей) сирота	0	0%	0<>28,6%
Неприменимо	0	0%	0<>28,6%
Живет с неродным отцом (матерью)	0	0%	0<>28,6%
Живу одна (один) нет близких родственников	0	0%	0<>28,6%
Холост (не замужем), один	0	0%	0<>28,6%

Материальная обеспеченность

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Недостаточно	3	30%	5<>66%
Скорее недостаточно	1	10%	0<>45%
Скорее достаточно	3	30%	5<>66%
Достаточно	2	20%	2<>57%
Затрудняюсь с ответом	1	10%	0<>45%

Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Понизился	3	30%	5<>66%
Скорее понизился	1	10%	0<>45%
Скорее повысился	1	10%	0<>45%
Повысился	1	10%	0<>45%
Остался таким же	3	30%	5<>66%
Затрудняюсь ответить	1	10%	0<>45%

Ввиду малочисленности данной подгруппы, а также полным перекрытием выявляемых различий значениями доверительного интервала, сравнительный анализ с другими клиническими подгруппами, идентифицируемыми в ходе проводимого исследования, здесь не проводился. Некоторые тенденции в различии анализируемых подгрупп, вызывающие определенный интерес,

комментируются в разделе социально-психологических характеристик.

Здесь же следует отметить тот факт, что рассматриваемая клиническая подгруппа, находясь на втором месте по уровню распространенности среди населения РК по данным официальной статистики, в нашем перечне занимает последнее место. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что любые

проявления манифестирующего шизофренического или шизотипического процесса заметно деформируют нормативную психическую деятельность и сравнительно быстро становятся предметом внимания служб психического здоровья.

Основные клинико-психопатологические характеристики подгруппы с эндогенными психическими расстройствами (n=11)

Основные клинико-психопатологические характеристики рассматриваемой подгруппы приведены в соответствие с диагностическими критериями МКБ-10. При этом в каждом случае устанавливалось лишь соответствие используемым диагностическим критериям, но сам по себе диагноз психических и поведенческих расстройств не выставлялся (в соответствие с условиями работы с общей клинической группой). Все респонденты данной клинической подгруппы были обследованы у психолога с целью объективизации выявленных специфических эмоциональных и диссоциативных расстройств. Все респонденты получили консультативную помощь и рекомендации терапевтического плана.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F20.8 (061) – Ипохондрическая шизофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии - (без дифференциации данной рубрики по четвертому, пятому и шестому знаку данный тип шизофрении в МКБ-10 квалифицируется как «Другой тип шизофрении» - F20.8), в виде ипохондрического синдрома с характерными для эндогенного процесса особенностями был выявлен у 4-х респондентов данной клинической подгруппы. При этом фиксировались: специфические неприятные ощущения, которые можно было квалифицировать как психалгии и сенестоалгии; наличие некорректируемых идей, относящихся к телесной патологии без достаточных на то оснований, но отстаиваемых с помощью специфической болезненной логики (охваченность данными идеями, снижение внимания к каким-либо другим жизненным проявлениям; изменение настроения от дистимии с элементами тревоги, до достаточно очерченных эпизодов тревоги, беспокойства по поводу возможных последствий «имеющегося» заболевания). При этом объективно исключалось наличие какого-либо соматического или неврологического заболевания. А данные психологического исследования указывали на специфические для шизофренического процесса расстройства мышления. Следует отметить, что в других отношениях, не касающихся сферы ипохондрических идей, респонденты демонстрировали достаточно высокий уровень состоятельности, помогающий им адаптироваться в социуме. Длительность болезненных проявлений в данном случае установить было достаточно сложно, поскольку на сверхценном уровне ипохондрические идеи в 3-х из 4-х рассматриваемых случаев присутствовали в течение нескольких лет. Однако, если считать началом заболевания манифестацию специфической активности, то

общая длительность патологических проявлений варьировалась от 1 года до 3 лет.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F20.8 (062) – Сенестопатическая шизофрения с непрерывным типом течения и отсутствием ремиссий - (без дифференциации данной рубрики по четвертому, пятому и шестому знаку данный тип шизофрении в МКБ-10 квалифицируется как «Другой тип шизофрении» - F20.8) были установлены для 2-х респондентов рассматриваемой подгруппы.

Отличие в психическом статусе респондентов от предыдущей группы состояло в том, что на первый план здесь выступали собственно неприятные ощущения – сенестопатии и синестезии без их последовательной переработки и оформления в стойкие, некорректируемые ипохондрические идеи. При этом также отмечался сниженно-тревожный аффект (не доходящий до уровня очерченных аффективных синдромов); общее снижение энергетики; охваченность патологическими ощущениями; абсолютное отсутствие какого-либо объективного подтверждения имеющегося соматического или неврологического заболевания; фиксируемые при психологическом обследовании специфические нарушения мышления. При этом общий уровень социальной адаптации оставался достаточно высоким (один пациент продолжал работу; вторая училась на последнем курсе ВУЗа). Длительность манифестного периода заболевания в одном случае равнялась 1 году, в другом составляла около 2-х лет.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F21.1 (Латентная шизофрения) – 2 случая - выражались в наличии нечетких неоформленных жалоб на различные неприятные ощущения в теле (нестойкие, без чёткой локализации); эпизодически возникающие состояния по типу дереализации – деперсонализации; навязчивые мысли неприятного содержания; затрудненный контакт с окружающими; кратковременные эпизоды «когда все окружающие люди, предметы, явления становились угрожающими». При этом отмечалась общая чудаковатость, характерные расстройства мышления, фиксируемые объективно, некоторая эмоциональная уплощенность. Респонденты отмечали снижение работоспособности, временами доходящие до «невозможности делать что-либо». Длительность манифестного периода (очерченных субклинических проявлений) заболевания в обоих случаях не превышала 3,5 – 4-х лет, в продолжение которых оба респондента пытались добиться улучшения приемом транквилизаторов и препаратов общетерапевтического действия.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F21.3 (Псевдоневротическая шизофрения) – 1 случай, в целом соответствовали предыдущему описанию. Однако компонент навязчивых мыслей неприятного содержания здесь был представлен существенно более акцентировано. А

ритуалы противодействия носили, с одной стороны более разработанный, а с другой – более вычурный характер. Респондент с вышеописанными субклиническими проявлениями продолжал работать, проживал в родительской семье, где получал помощь и поддержку.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F20.5 (Остаточная шизофрения с дефектом) – 1 случай, на момент обследования характеризовались в основном нерезко выраженной негативной симптоматикой: снижением уровня энергетики (без признаков депрессивного состояния), по поводу чего, собственно, респондент и обратился в клиническую группу проекта; отмечалась скучность мимических и моторных реакций; снижение аффективной экспрессии; бедность в оформлении невербальной коммуникации; снижение общей продуктивности. В ходе обследования и уточнения анамнеза выяснилось, что респондент в прошлом (за 4,5 года до настоящего обследования) перенес двухнедельный эпизод с полиморфной психотической симптоматикой (диссоциированным аффектом, неотчетливыми идеями преследования, нарушением сна, нецеленаправленным поведением). После чего «так и не вернулся в прежнюю норму». Данный эпизод был расценен как отравление, хотя никаких соматических признаков интоксикации не выявлялось.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F20.4 (Постшизофреническая депрессия) – 1 случай, были представлены неглубокими проявлениями депрессивного синдрома (сниженное настроение без признаков тяжелой тоски, витальности, суициdalных мыслей и т.д. с наличием заниженной самооценки, трудностей в концентрации, снижения продуктивности). При этом

отмечались характерные для шизофренического процесса расстройства мыслительной деятельности в виде аморфности, расплывчатости, опоры на слабые признаки. Описанное состояние у единственного респондента отмечалось в течение 5 месяцев после кратковременного психотического приступа с преимущественной депрессивно-бредовой симптоматикой. Перенесенное острое состояние было расценено самим респондентом и его родственниками как реакция на разрыв с близким человеком, случившийся незадолго до психотического эпизода. В данной связи к врачам не обращались и стремились обходиться домашними средствами и имеющимися транквилизаторами. Беспокойство вызывали лишь непроходящие сниженное настроение с полной оторванностью от предшествующей и, практически, забытой ситуации.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в поле зрения официально-действующих служб психического здоровья попадают, в основном, лица с психическими и поведенческими расстройствами эндогенного регистра психотического (клинического) уровня. Современная диагностика и адекватная терапия неврозоподобных, ипохондрических, сенестопатических и стертых аффективных психопатологических проявлений, характерных для латентных форм эндогенного процесса, на этапах первичной медицинской помощи затруднена в силу ряда как объективных и субъективных причин организационного характера.

Социально-психологические характеристики подгруппы с эндогенными психическими расстройствами

Основные социально-психологические характеристики респондентов подгруппы эндогенных психических расстройств приведены в таблице 2.

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств (n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов)

Вероисповедание				
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.	
Ислам	5	45,5%	15,9<>78%	
Православное	2	18,2%	2<>53,2%	
Католицизм	1	9,1%	0<>42,1%	
Буддизм	0	0%	0<>28,6%	
Традиционные (языческие) культуры	0	0%	0<>28,6%	
Секты	0	0%	0<>28,6%	
Прочее	0	0%	0<>28,6%	
Не верующий	3	27,3%	4,9<>61,9%	

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств
(n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года
(общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)*

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Лютеране	0	0%	0<>28,6%
Баптизм	0	0%	0<>28,6%
Англиканство	0	0%	0<>28,6%
<i>Взаимоотношения в собственной семье</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Доброжелательные, ровные	5	50%	18<>83%
Формальные	1	10%	0<>45%
Конфликтные со всеми членами семьи	1	10%	0<>45%
Конфликтные с супругом (супругой)	1	10%	0<>45%
Конфликтные с матерью	1	10%	0<>45%
Конфликтные с отцом	0	0%	0<>30%
Конфликтные с братом (сестрой)	0	0%	0<>30%
Конфликтные с детьми	0	0%	0<>30%
Нет собственной семьи	1	10%	0<>45%
<i>Приоритетные ценности</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Семья и брак	6	60%	25<>86%
Образование и профессия	2	20%	2<>57%
Материальное благополучие	6	60%	25<>86%
Общественное признание	2	20%	2<>57%
<i>Предпочитаемые методы лечения</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Официальная медицина	6	60%	25<>86%

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств
(n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года
(общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)*

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Народная медицина	2	20%	2<>57%
Религиозные методы	1	10%	0<>45%
Современное "целительство"	1	10%	0<>45%
Неопределенное	2	20%	2<>57%

Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Понизился	2	20%	2<>57%
Скорее понизился	2	20%	2<>57%
Остался без изменений	0	0%	0<>30%
Скорее повысился	2	20%	2<>57%
Повысился	0	0%	0<>30%
Затрудняюсь с ответом	1	10%	0<>45%
В данное время не работаю и не учусь	3	30%	5<>66%

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:
от случая, судьбы/пророчества*

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От случая, судьбы/пророчества	4	40%	11<>75%

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:
от усилий других людей*

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий других людей	3	30%	5<>66%

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:
от моих собственных усилий*

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От моих собственных усилий	2	20%	2<>57%

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств
(n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года
(общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)*

<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: не знаю/затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Не знаю/ затрудняюсь с ответом	1	10%	0<>45%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от усилий врачей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий врачей	3	30%	5<>66%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов	1	10%	0<>45%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от природных сил организма</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От природных сил организма	2	20%	2<>57%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от собственных усилий по достижению здоровья</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От собственных усилий по достижению здравья	3	30%	5<>66%

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств
(n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года
(общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)*

<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Затрудняюсь с ответом	2	20%	2<>57%
<i>Частота жизненных кризисов</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Редко	2	20%	2<>57%
Скорее редко	2	20%	2<>57%
Скорее часто	3	30%	5<>66%
Часто	0	0%	0<>30%
Затрудняюсь с ответом	3	30%	5<>66%
<i>Оценка способности разрешения трудных жизненных ситуаций</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Легко	3	30%	5<>66%
Скорее легко	1	10%	0<>45%
Скорее трудно	2	20%	2<>57%
Трудно	3	30%	5<>66%
Затрудняюсь с ответом	1	10%	0<>45%
<i>Способность к новому решению любой проблемы</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Невозможно	3	30%	5<>66%
Трудно	2	20%	2<>57%
Скорее трудно	3	30%	5<>66%
Скорее легко	0	0%	0<>30%
Легко	2	20%	2<>57%
<i>Отношение к собственному здоровью</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
С равнодушием	2	20%	2<>57%
Иногда думаю об этом	1	10%	0<>45%

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств
(n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года
(общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)*

Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья	2	20%	2<>57%
Уделяю этому вопросу много времени и внимания	4	40%	11<>75%
Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни	1	10%	0<>45%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Чувствовать себя комфортно	6	60%	25<>86%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: дольше прожить</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Дольше прожить	4	40%	11<>75%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: лучше справляться с работой, больше зарабатывать</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Лучше справляться с работой, больше зарабатывать	1	10%	0<>45%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Достичь своих жизненных целей	3	30%	5<>66%

*Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств
(n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года
(общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)*

<i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Хорошо выглядеть	1	10%	0<>45%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Другое	2	20%	2<>57%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Затрудняюсь с ответом	0	0%	0<>30%
<i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)	6	60%	25<>86%
<i>Определение здорового образа жизни: правильный режим труда и отдыха</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Правильный режим труда и отдыха	3	30%	5<>66%
<i>Определение здорового образа жизни: физическая нагрузка, спорт</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Физическая нагрузка, спорт	3	30%	5<>66%

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы эндогенных психических расстройств
(n=11) по данным эпидемиологического исследования 2003 года
(общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)*

<i>Определение здорового образа жизни: гармония в семье и на работе (учебе)</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Гармония в семье и на работе (учебе)	4	40%	11<>75%
<i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие	1	10%	0<>45%
<i>Определение здорового образа жизни: другое</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Другое	1	10%	0<>45%

В силу малочисленности рассматриваемой подгруппы, перекрытия выявляемых различий значениями доверительных интервалов, нас, в данном случае, могут интересовать лишь наиболее явные тенденции различия рассматриваемой и сравниваемых групп по вышеприведенным параметрам.

В отношении подгруппы с органическими расстройствами – тенденции в различиях по рассматриваемым параметрам анализировались нами в предыдущем разделе данной главы.

Существенные (но не достоверные) различия с подгруппой аффективных состояний выявились по параметру приоритетных ценностей. Такие ценности как образование и профессия отмечают 58,5% респондентов из рассматриваемой подгруппы с аффективными расстройствами и всего 20% - в рассматриваемой подгруппе. В отношении метапозиции по доминирующему локусу контроля – в рассматриваемой подгруппе вектор локуса контроля в 30% случаев внешний, а в сравниваемой группе – всего лишь в 4,5% случаев. В отношении такого параметра как

способность разрешения трудных жизненных ситуаций фиксируется разница в пользу подгруппы с эндогенными психическими расстройствами (30% против 4,5% в сравниваемой подгруппе). То же самое касается способностей к нахождению новых решений каких-либо сложных проблем (20% в рассматриваемой подгруппе отмечают у себя высокий уровень таких способностей; в сравниваемой группе – 0%). Интерпретация результатов по данному исследовательскому фрагменту должна проводиться с учетом того обстоятельства, что подгруппа респондентов с аффективными расстройствами, в основном, представлена пациентами с депрессивной симптоматикой, для которых характерна заниженная самооценка. Поэтому какие-либо выводы в отношении более высоких адаптационных способностей лиц с субклиническими проявлениями эндогенного процесса в сравнение с подгруппой аффективных расстройств – преждевременны.

Существенные различия рассматриваемой подгруппы с подгруппой расстройств личности и

поведения выявились лишь по двум параметрам – приоритетных ценностей (в сравниваемой подгруппе отдают предпочтение таким ценностям как образование и профессия в 63,6%, в исследуемой – в 20%). А также – по параметру мотивов к достижению высоких уровней личного здоровья (в сравниваемой подгруппе 54,5% респондентов отмечают такой мотив как повышение работоспособности и увеличение размера заработка; в исследуемой – этот же мотив отмечают лишь 10% респондентов).

Различия подгруппы эндогенных расстройств с подгруппой невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройств фиксировались по трем параметрам. В отношении вовлеченности в религиозное мировоззрение респонденты с расстройствами невротического уровня предпочитают «внутренние» атрибуты веры «верю в душу» (58,5% против 22,2%). В то время как респонденты рассматриваемой подгруппы относительно чаще предпочитают внешние: «события религиозные обряды» (33,3% против 3,8% в сравниваемой группе). В отношении адекватной оценки собственных адаптационных возможностей – до 30% респондентов рассматриваемой группы оценивают их как высокие (в сравниваемой подгруппе – 5,7%).

В отношении подгруппы с прочими психическими расстройствами достаточно существенные

различия прослеживаются по параметру отношения к собственному здоровью. Сравнительно больше времени уделяют данному вопросу респонденты подгруппы эндогенных расстройств (40% против 7,9% в сравниваемой подгруппе). Такой мотив к достижению высоких уровней здоровья как «лучше справляться с работой и больше зарабатывать» выдвигают 50% респондентов в сравниваемой группе и 10% - в исследуемой.

Таким образом, полученные результаты, касающиеся подгруппы с субклиническими проявлениями эндогенного регистра, показывают, что данная подгруппа психических расстройств, не охватываемых активностью действующих служб психического здоровья, распространена в существенно меньшей степени, чем другой профиль психической патологии (0,49%) при значениях дифферента – 1,41. По уровню адаптации данная подгруппа имеет некоторые преимущества по сравнению с подгруппой органических расстройств и находится примерно на одном уровне с другими анализируемыми подгруппами. Все вышеизложенное, в совокупности с данными о распространенности психических расстройств эндогенного регистра, учитываемых официальной статистикой, позволяет констатировать сравнительно более деструктивный характер и диагностическую верифицируемость психических расстройств эндогенного регистра.

Литература:

1. Доклад на I Национальном конгрессе «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // ВОЗ, 2005
2. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических заболеваний в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995. - С. 98-99

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВЫХ ДЕПРЕССИЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ (НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ)

Г. А. Джолдыгулов

г. Алматы

Вопрос о принципиальной возможности развития депрессий в детском возрасте обсуждался в психиатрической литературе с конца XIX века. Существовало мнение, что депрессия и детский возраст несовместимы, однако, в работах Griesinger [80] описывались случаи детской меланхолии, ипохондрии, тревожно-возбужденной депрессии, хотя и подчеркивались редкость и своеобразие аффективных расстройств в детском возрасте. В начале XX века исследователи стали более определенно говорить о возможности возникновения помешательства с циркулярным течением у детей и подростков [55]. О депрессии в 10-летнем возрасте писал E. Kraepelin [93]. По его данным, небольшой процент больных маниакально-депрессивным психозом (МДП) заболевает в 10-15 лет, и, как правило, первой фазой является депрессивная. На диаграмме его руководства от 1910

года на первые 10 лет жизни приходится 1,5 % всех случаев заболевания МДП. В последующие годы описания аффективных расстройств у детей продолжались, но если исчезли сомнения в существовании депрессий в детском возрасте, то остались разногласия во взглядах на их феноменологию, обусловленные выраженной атипичностью клинической картины данных состояний. Н. И. Озерецкий [42] отмечал «тусклость», нечетливость депрессий в детском возрасте. С. С. Мнухин [38] писал о полиморфности клинической картины МДП у детей, указывая на возможность наличия в симптоматике расстройств сознания и ступорозных явлений. Атипичной называл картину аффективных расстройств у детей Stutte [120], отмечавший, что на ее переднем плане могут быть импульсивные состояния и черты тревожно-страдальческой агрессивности; дурашливое,

напоминающее гебефрению, поведение, многообразные навязчивости. Он также упоминал в структуре МДП у детей онейроидно-делириозные и близкие к аментивным клинические картины. М. И. Лапидес [32], приводя описания циркулярной депрессии у детей, обратил внимание на редкость выраженных форм депрессий, стертость собственно аффективных проявлений и иной, чем у взрослых больных, тип суточных колебаний. По данным Г. Е. Сухаревой [51], В. М. Башиной [5] в детстве типичные формы депрессивных состояний встречаются редко, чаще наблюдаютсяrudиментарные стертыеподобные формы, что значительно затрудняет их распознавание. В качестве особенностей, характерных для аффективного психоза в детском возрасте, описывались кратковременность отдельных фаз, частая (по сравнению со взрослыми) смена маниакальных и депрессивных эпизодов [51, 12, 35, 66, 104, 119].

М. Ш. Вроно [11] детально описал своеобразие депрессивных расстройств при шизофрении на различных возрастных этапах развития ребенка – детском, препубертатном и пубертатном. Автором отмечено, что наиболее атипично депрессия проявляется в раннем возрасте. Здесь на первый план выступают вялость, общее недомогание, капризность, плаксивость, вегетативные расстройства (нарушения сна, аппетита), а также соматоалгический синдром. На слабую представленность аффекта тоски и преобладание дистимического и дисфорического оттенка настроения у детей данной возрастной группы указывают О. П. Вертугравова с соавт. [9].

При описании особенностей депрессивных проявлений у детей младшего школьного возраста исследователями подчеркивалось, что в этот период на первое место выступает школьная несостоительность [4, 21, 22, 33]. Ведущую роль в снижении успеваемости авторы отводят идеаторной заторможенности, которая, как правило, проявляется в трудностях осмыслиния и запоминания учебного материала. Дети не понимают прочитанного, не могут решить простейших задач, путают счет. Дополнительные сложности возникают и в связи с изменениями в сфере моторики в виде ранее не свойственной ребенку медлительности, неловкости. Кроме того, Н. М. Иовчук [22] отмечает своеобразие суточного ритма аффекта с отсутствием улучшения самочувствия и настроения во второй половине дня, что полностью лишает ребенка возможности компенсации. Нарушения поведения, которые также могут присутствовать в клинической картине, носят, по ее мнению, вторичный характер по типу личностных реакций на свою несостоительность («школьные фобии», истероформные состояния, конфликтность, уходы, побеги и полный отказ от посещения школы). Общими особенностями депрессий данной возрастной группы автор называет превалирование идеаторных расстройств и соматических жалоб; преобладание аффекта тревоги и страха; отсутствие вербализации аффекта тоски,

повышенную слезливость, редкость и наивность идей самообвинения и самоуничижения, выраженность дисфорического фона настроения, склонность к пароксизмальным эпизодам страха, двигательного беспокойства, соматоалгическим кризам; своеобразие суточного ритма аффекта; сочетание собственно аффективной симптоматики с личностной защитной реакцией, а также волнообразность, изменчивость, полиморфизм и синдромальную незавершенность симптоматики. Характерной для депрессии у детей младшего школьного возраста считается также большая представленность в клинической картине вялости, адинамии, ипохондрических включений [9].

По мнению многих авторов, в подростковом и юношеском возрасте аффективные нарушения являются одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии, хотя только небольшая часть больных попадает в поле зрения психиатров [33, 53, 76, 69, 94, 96]. По данным Н. М. Иовчук и Г. З. Батыгиной [23] 19% подростков 12-17 лет страдают стертыми депрессивными расстройствами.

Несмотря на признание детскими психиатрами того факта, что психопатологическая структура депрессивной патологии в этом возрасте становится синдромально более завершенной и, соответственно, приближается к структуре депрессий у взрослых, многими исследователями [9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 24, 33, 51, 122, 106] выделяются следующие возрастные особенности подростковых депрессий:

1) атипичность тимического компонента аффективного синдрома с преобладанием безразличия, апатии, скуки или угрюмо-раздражительного фона настроения при отсутствии жалоб на чувство тоски, подавленности;

2) невыраженность классического витального компонента, малая выраженность и частая инверсия суточных колебаний настроения;

3) атипичность идеаторных проявлений в виде сочетания с явлениями мыслительной заторможенности идеаторных расстройств особого рода, поражающих ценностно-смысловую сферу с доминированием рационалистических размышлений о неизбежности смерти, бесцельности существования, утрате смысла жизни; проявлений особого депрессивного мировоззрения («экзистенциальная депрессия»), увлечения мистицизмом, «бегства в религию»; когнитивных нарушений с жалобами на снижение памяти и нарушение умственной работоспособности, наиболее отчетливо проявляющихся на фоне учебных нагрузок (состояния «юношеской астенической несостоительности» [47]);

4) особая выраженность при депрессиях психопатоподобных проявлений с конфликтностью, грубостью, склонностью к противоправному деликвентному поведению и оппозиции к родным, злоупотреблению алкоголем и лекарственными препаратами;

5) наличие особых аффективных синдромов, отражающих повышенный интерес и озабоченность

подростков по поводу своего внешнего облика и физического развития тела (дисморфофобические (дисморфоманические) синдромы с депрессивными идеями собственной малоценностии и самоуничижения);

б) частое развитие состояний деперсонализации—дереализации, ипохондрической симптоматики.

Кроме того, в структуре подростковых депрессий значительно представлены вегетососудистые и невротические расстройства [19, 54, 113].

Из приведенных данных литературы можно заметить, что депрессивные расстройства у детей и подростков характеризуются выраженным полиморфизмом и богатством симптоматики, которая претерпевает определенную возрастную динамику. По мере взросления континuum симптомов постепенно расширяется (т.е. на каждом последующем возрастном этапе симптоматика депрессии предыдущего этапа не сменяется, а «обогащается» новыми нарушениями, которые занимают доминирующее положение в клинической картине), достигая своего максимума к подростковому возрасту.

С 60-70 годов XX века депрессивные расстройства детского и подросткового возраста рассматриваются в рамках группы маскированных депрессий, т.к. их симптоматика укладывается в широкие рамки определения этого вида аффективной патологии, по которому при маскированных депрессиях собственно аффективные проявления остаются в тени, а на первое место в клинической картине выходят соматические, ипохондрические, обсессивные, поведенческие расстройства [89, 65]. Близко к понятию «маскированные депрессии» стоят «депрессивные эквиваленты», которые одни авторы [89] приравнивали к первым («маскированным депрессиям»), а другие исследователи [95] выделяли как отдельную синдромальную единицу. Вместе с тем, необходимо отметить, что обе стороны подчеркивали важность обнаружения собственно тимических компонентов для диагностики депрессивного расстройства. Так, Nissen [105] и Kovacs [91] указывали на обязательное сочетание расстройств-«масок» с неспособностью воспринимать радость и понижением настроения, выражющимся в печальной мимике или плаксивости, а Lesse [95] определял «депрессивные эквиваленты» как расстройства, имеющие место у пациента при отсутствии явной депрессии в период обследования, но в дальнейшем, иногда через несколько лет, проявляющиеся у этого же больного в сочетании с депрессией.

А. Е. Личко [33] подразумевал под «депрессивным эквивалентом» лишь те расстройства, где депрессия являлась, хотя и подспудным, но ведущим и определяющим другие нарушения расстройством. Автор выделял делинквентный эквивалент депрессии – состояние, когда на фоне отрицания угнетенного настроения совершаются асоциальные поступки, наблюдается агрессивное отношение к близким, происходит разрыв дружеских контактов, отмечается склонность к уличным асоциальным компаниям.

А. Е. Личко [33] подчеркивал, что при этом подростки не получают удовольствия от своих поступков, имеют угрюмый вид, свои похождения прерывают периодами бездействия – с мрачным выражением лица неподвижно лежат на диване, отвергая все попытки родителей узнать, что с ними происходит. По мнению А. Е. Личко [33], больные ищут наказания после совершенного правонарушения и им невмоготу от одиночества. Автор отмечал опасность таких подростков для самих себя в силу легкости перехода гетероагgressивного поведения в аутоагgression и суицидные действия.

Клиническое ядро астеноапатического эквивалента, по А. Е. Личко [33], составляют затруднения в учебе. Из-за трудностей сосредоточения, ослабления внимания, снижения психического напряжения уроки занимают все больше времени, подростки засиживаются до поздней ночи, и все-таки не успевают сделать все. На фоне безрадостного, но не тоскливого настроения начинаются рассуждения об исчезновении или изначальном отсутствии интеллектуальных способностей. Характерными для таких депрессивных фаз являются сезонность манифестации, а также проявление в периоде, когда от подростка требуется мобилизация сил (экзамены, от которых зависит социальное положение в течение нескольких лет).

Картину ипохондрического эквивалента составляют разнообразные жалобы на боли или неправильную функцию внутренних органов, стремление бесконечно обследоваться у врачей, даже если процедура этих обследований неприятна.

О. Д. Сосюкало, А. А. Кашникова, И. Н. Татарова [49], И. Н. Татарова [52] в определении «психопатоподобного эквивалента депрессии» (ПЭД), указывают на «фасадность» нарушений поведения, высступающих на первый план в клинической картине, в то время как в основе девиантного поведения лежат депрессивные расстройства той или иной структуры. Дополнительными критериями выделения ПЭД авторы расширяют указания Nissen [105] и Kovacs [91], называя в их числе, помимо очерченности во времени, исчезновение или редукцию психопатоподобных расстройств после проведения терапии антидепрессантами, наличие суточных колебаний интенсивности аффективных и психопатоподобных нарушений, сезонность появления или усиления психопатоподобных расстройств, сочетание поведенческих расстройств с агрептизмом, с жалобами на соматическое недомогание, субъективное чувство физической и психической усталости.

Таким образом, судя по приведенным материалам, можно считать общепринятым положение о том, что обнаружение в клинической картине собственно аффективных нарушений является принципиально важным для диагностики маскированных депрессий.

Указания на значительный удельный вес проявлений девиантного поведения, маскирующих у

подростков депрессивные расстройства, можно встретить у многих отечественных и зарубежных исследователей [12, 33, 34, 62, 63, 67, 78, 79, 104, 109, 115, 122, 125]. При обследовании пациентов с побегами из дома, бродяжничеством, агрессивностью, воровством, склонностью к делинквентным и криминальным поступкам авторы обнаруживали стертые депрессивные нарушения. При этом, в качестве точки соприкосновения различных взглядов можно определить признание большинством психиатров, занимавшихся данным вопросом, влияния возрастных особенностей на формирование клинической картины. Некоторые исследователи полагают, что дети проявляют раздражительность и расстройство характера со вспышками гнева и поведенческими проблемами в связи с трудностями вербализации чувств [121]. В отечественной психиатрии появление «масок» в детском и подростковом возрасте объясняют с учетом положений концепции возрастных уровней нервно-психического реагирования на те или иные вредности [28, 57], по которой разные возрастные этапы развития ребенка характеризуются преобладанием в клинической картине «предпочтительных» синдромов. В раннем и дошкольном возрасте в клинической картине доминируют жалобы на соматические нарушения, а для подросткового возраста «предпочтительными» синдромами являются гебоидный, особые сверхценные образования типа «юношеской метафизической интоксикации», психастеноподобный, дисморфофобический и некоторые другие синдромы [12, 40], феномен «коммерческой деятельности» [20] и, наконец, проявления девиантного поведения (в понимании А. Г. Амбрумовой и Л. Я. Жезловой [1]). В случае депрессивной патологии именно эти синдромы являются манифестионными болезненными проявлениями, часто оттеняющими собственно аффективную симптоматику [30, 33, 43, 44, 45, 75, 78, 104, 122]. По данным И. Л. Комлacha [30], почти 80% депрессивных нарушений в подростковом возрасте протекают маскированно.

Среди особенностей современных зарубежных работ по этой теме необходимо отметить широкое использование термина «коморбидность», обозначающего сочетаемость тех или иных психических расстройств [70, 72, 73, 74, 81, 83, 84, 85, 88, 110, 111, 116, 123]. При изучении аффективной патологии детей и подростков, зарубежные авторы устанавливают статистически достоверные корреляции между депрессивными расстройствами и другими психическими нарушениями. По данным ряда исследователей депрессия часто коморбидна с расстройствами поведения. Работы Riggs [114] показали, что подростки в возрасте 13-19 лет, у которых была диагностирована большая депрессия и дистимия (критерии DSM-III-R), чаще страдали от болезней зависимости (употребление психоактивных веществ) и синдрома гиперактивности и дефицита внимания, который, по данным некоторых исследователей [77, 98, 87, 112], является предиктором нарушений

поведения, чем недепрессивные подростки. Goodyer, Cooper [68] выявили коморбидность тревоги, поведенческих и обсессивно-компульсивных расстройств в 40% случаев депрессии; по данным других авторов, от 40 до 90% подростков с аффективными расстройствами страдают другими психическими расстройствами, а от 20% до 50% больных имеют два или более коморбидных диагноза [52, 53, 86, 87]. Marcelli [99] указывает на коморбидность нарушений поведения в 50-70% случаев депрессии. По данным Angold [57, 58], Angold и Costello [59], коморбидность депрессии у детей и подростков с оппозиционным поведением и неповиновением встречалась в диапазоне от 21% до 83% случаев. Результаты работы Flament [71] говорят о значительном преобладании краж, побегов, актов жестокости и вандализма, суициальной опасности у подростков с депрессивными проявлениями. Причину такого высокого сродства депрессии и поведенческих расстройств авторы видят в основном в возрастном влиянии и не углубляются в психопатологические особенности описываемых состояний.

Значительно большее внимание, как варианту поиска «субстрата» коморбидности, уделяется на современном этапе биохимическим корреляциям депрессий и других психических расстройств [88, 90, 97, 117]. Важная роль отводится обмену серотонина, нарушения которого, в частности снижение уровня этого биологического амина, имеют большое значение в сочетанном развитии расстройств поведения и депрессии [37]. Van Гоозен, Маттис и ван Энгеланд [37] выявили, что у детей с антисоциальным и оппозиционно-вызывающим поведением уровень серотонина в крови ниже, чем у нормальных контрольных детей, а также установили отрицательную корреляцию между содержанием серотонина и степенью агрессивного поведения, оцениваемого родителями. Van Praag [37] указывает, что снижение концентрации 5-ГИУК (5-гидроксинацелуксусной кислоты, основного метаболита серотонина) в спинномозговой жидкости следует рассматривать как признак депрессии, и отмечает связь нарушения обмена серотонина с агрессией (раздражительностью, вспышками гнева, стремлением спорить) и аутоагressией в рамках аффективного расстройства.

Можно с уверенностью говорить, что влияние возрастного фактора, по мнению большинства исследователей, является одним из решающих в формировании своеобразной клинической картины депрессивных расстройств у детей и подростков, и это определяло направление изучения этого раздела психической патологии на протяжении последних десятилетий. Данные о возможном участии в формировании атипии аффективных расстройств детей и подростков других факторов, в частности, факторов индивидуальной реактивности (преморбидных личностных особенностей и церебральных резидуально-органических состояний) немногочисленны и не позволяют говорить о каких-либо статистически

достоверных корреляциях и тем более о патогенетических закономерностях. Тем не менее, на основании анализа данных литературы можно отметить, что большинство авторов указывает на наличие среди пациентов, страдающих атипичными депрессиями, подростков с аутистическими (шизоидными), тревожно-мнительными, сенситивными и астеническими чертами личности [29, 43, 52] не разбирая, однако, их значимости в формировании клинической картины. В противоположность этому, по мнению В. Н. Мамцевой [36], в тех случаях, когда депрессия проявляется гиперактивностью и психопатоподобными расстройствами, в преморбидных чертах детей можно отмечать стеничность, склонность к раздражительности, агрессивности и патохарактерологическим реакциям оппозиции. По данным М. И. Лапидеса [12], преморбидные особенности личности приобретают большую клиническую значимость в случае затягивания, хронификации депрессий у подростков, т.е. влияют на течение аффективного расстройства.

В отношении церебральных резидуально-органических состояний у детей и подростков с атипичными депрессиями имеются указания о высокой частоте их наличия у пациентов, до 83-84,7% по данным И. Н. Татаровой [52] и Ю. Ф. Антропова [2], что предполагает возможное участие в патогенезе аффективных расстройств [51], но подробных исследований по этому вопросу нами не обнаружено.

Зависимость клинических проявлений маскированных депрессий от пола подростков подчеркивалась в работе Бомба [61]: у юношей чаще преобладали саморазрушительные тенденции, у девушек – аффективные и соматические нарушения. Сходные данные о превалировании у девушек при депрессии соматических симптомов приводят другие исследователи [100, 101, 118].

Роль собственно аффективных нарушений в формировании и течении депрессивных синдромов у детей и подростков, не нося характера приоритетной цели, также является предметом изучения исследователей. Так, касаясь симптоматики детской депрессии, А. А. Гериш и Н. М. Иовчук [13] указывают, что собственно аффективный компонент представлен чаще «простой» или тревожно-боязливой модальностью, реже адинастической, дисфорической, Unlust-депрессией. Желудочно-кишечная и неврологическая «маски» отмечаются обычно при всех вариантах детской эндогенной депрессии, гипертермическая «маска» – при простых, реже адинастических и тревожно-боязливых, а сердечно-сосудистая и дыхательная «маски» – преимущественно при простых и тревожно-боязливых депрессиях с выраженным эффектом, близким к витальному. Л. А. Ермолина и Е. В. Корень [20], рассматривая феномен «коммерческой деятельности» у подростков, отмечают, что в 9,6% случаев данный феномен формировался на фоне депрессивного варианта смешанных аффективных состояний. По данным А. Е. Брюхина

[6], для сочетания нервной анорексии (НА) с нервной булимией (НБ) больше характерна тревожная модальность депрессии, а при НА без НБ чаще наблюдается тоскливая депрессия. А. А. Кашникова с соавт. [27] указывают, что агрессивные действия у детей 7-12 лет возникают на фонеrudimentарных аффективных нарушений дисфорио-дистимического характера, сочетающихся с девиантными формами поведения. Авторы отмечают, что у подростков 12-15 лет в реализации агрессивных действий помимо патологической пубертатной симптоматики, психосоциальных побуждений, гедонистического компонента при реализации насильственных действий, участвуют аффективные расстройства с витальным изменением настроения. Об участии аффективных нарушений в формировании психопатоподобных расстройств у подростков пишет Ю. Б. Можгинский [39]. По данным И. Н. Татаровой [52], зависимость типологических вариантов психопатоподобных эквивалентов депрессии (ПЭД) в рамках шизофрении от характера депрессивных радикалов выглядит следующим образом:

- первый вариант – с преобладанием аффективной возбудимости чаще формировался на фоне дисфориоподобного аффекта;
- второй вариант – с патологически измененными влечениями – на фоне стертых меланхолических расстройств;
- третий вариант – с преобладанием психической неустойчивости – на фоне апато-адинамических нарушений.

Как можно заметить, авторами приводятся указания на определенную зависимость расстройств-«масок», входящих в депрессивный синдром, от модальности собственно аффективных проявлений. Иными словами, предполагается, что аффективный компонент депрессии влияет на проявление симптоматики, занимавшей основное место в клинической картине, т.е. в сущности, ставится вопрос о патогенетической связи между ними. Исследователи рекомендуют учитывать модальность депрессии при выборе терапии, но, вместе с тем, конкретно не анализируют роль собственно тимического компонента на формирование депрессивного расстройства.

Вопрос о ведущем и определяющем значении собственно аффективного компонента в формировании и течении депрессивного синдрома разрабатывался, главным образом, в общей психиатрии. Исследования, проведенные в рамках отдела аффективной патологии НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РФ, показали, что имеются определенные корреляции собственно аффективных и иных компонентов депрессивного синдрома [7]. Так, в работе О. П. Вертуговой и В. М. Волошина [8] показаны зависимость, а также диагностическая и прогностическая значимость соотношения основных элементов депрессивной триады и динамики депрессии различной нозологической принадлежности от характера ведущего депрессивного аффекта.

Зависимость характера соматопсихических ощущений от типологических вариантов депрессии была исследована А. К. Суворовым [50]. Автором отмечено, что трансформация телесных сенсаций отражала закономерности динамики депрессивного состояния, обнаружена известная предпочтительность типов сенсаций, их локализации, характера манифестиции и других характеристик для того или иного типа депрессивного аффекта, а также установлено их прогностическое значение. Кроме того, изучалось влияние ведущего депрессивного аффекта на уровень расстройств познавательной деятельности и, в частности, процессов восприятия [7] глубину и вариабельность явлений деперсонализации [46]. Эти данные, по нашему мнению, дают возможность несколько видоизменить метод изучения аффективной патологии детей и подростков, сконцентрировавшись, безусловно, учитывая возрастной фактор, на оценке собственно тимических нарушений, значимость которых в формировании клинической картины детских и подростковых депрессий до конца не разработана.

Недостаточно изучена роль собственно аффективных нарушений и в аспекте динамики депрессивных расстройств у детей и подростков. Имеющиеся работы освещают в основном патокинез расстройств «масок», без указаний значения тимических компонентов депрессии. Так, разбирая соматизированные депрессии у детей, Н. М. Иовчук и А. А. Гериш [13] выделяют 4 стадии в течение аффективного расстройства (от депрессии к депрессии или в рамках затянувшегося аффективного эпизода):

- 1 стадия – постепенное углубление полиморфизма проявлений соматизированной депрессии с параллельным увеличением выраженности функциональных соматических нарушений;
- 2 стадия – постепенная гомогенизация маски»;
- 3 стадия – стабилизация «маски»;
- 4 стадия – демаскирование.

По мнению указанных авторов, к пубертатному возрасту усиливается тяжесть «масок», их полиморфизм, наблюдается усложнение синдромальной картины выраженными нарушениями мышления, депрессивным бредом, в том числе ипохондрическим, поведенческими девиациями и другой пубертатной симптоматикой.

Касательно взрослого контингента больных, Ю. Л. Нуллер [41] приводит следующие результаты анализа клинических наблюдений: психопатологические и соматические симптомы, описываемые как «маски» депрессии, часто возникают в продромальном периоде или дебюте депрессивных фаз, особенно если последние характеризуются медленным, постепенным развитием. В этих случаях, указывает автор, можно действительно говорить о более или менее замаскированном этапе течения приступа эндогенной депрессии. По его мнению, «выявляется закономерная связь между глубиной аффективных нарушений и особенностями психопатологической

картины: при легких депрессивных состояниях она может включать ситуационно обусловленные переживания, присущие больному психопатические черты (психастенические, тревожную мнительность, редко — истерические). По мере нарастания тяжести депрессии эти личностные особенности постепенно сглаживаются и больные с тяжелой эндогенной депрессией как бы частично утрачивают свои индивидуальные черты, обнаруживают общие для всех проявления депрессии, т.е. происходит «типизация» клинической картины заболевания». В отношении подросткового возраста И. Н. Татарова [52] обнаружила, что становлению психопатоподобных «масок» депрессии предшествует этап неврозоподобной симптоматики, а этап демаскирования проявляется усилением выраженности аффективных нарушений при параллельном росте интенсивности нарушений поведения.

Трактовка нозологической принадлежности маскированной депрессии в литературе весьма противоречива. Одни авторы относят ее к циркулярному аффективному заболеванию [18, 25, 46, 89]. Напротив, по мнению А. К. Ануфриева [3], скрытые эндогенные депрессии представляют собой симптомо-комплекс, присущий как циклотимии, так и шизоаффективному психозу и приступообразно-прогредиентной шизофрении. Близкой точки зрения придерживается Ю. С. Савенко [48], отмечая, что диагноз скрытой депрессии является лишь общесиндромальным. Касательно детско-подросткового контингента пациентов М. Л. Нуллер [41] указывает, что в анамнезе больных шизофренией, МДП или обнаруживших в последующие годы лишь непсихотические поведенческие и эмоциональные расстройства, часто имели место эпизоды маскированных депрессий, т.е., по его мнению, впервые выявленная скрытая депрессия не позволяет с точностью говорить о нозологическом диагнозе. На сходной позиции находится Nissen [102, 103], утверждая, что по мере развития симптоматики у детей с маскированной депрессией нередко возникала необходимость смены диагноза МДП на шизофрению. А. Е. Личко [33] описывал депрессивные эквиваленты в структуре различных эндогенных расстройств подросткового возраста – шизоаффективном психозе, МДП и в рамках эндопротивных заболеваний. Наконец, часть авторов указывают на возможность психогенного формирования скрытых депрессий в подростковом возрасте [30, 40, 43].

В целом, опираясь на результаты анализа литературы по данному вопросу, можно говорить о нозологической неспецифичности маскированных депрессий, однако, необходимо отметить, что большинство исследователей относят их к проявлениям заболеваний эндогенного круга.

Катамнестические исследования депрессивных расстройств с нарушениями поведения преимущественно проводились за рубежом, и результаты их довольно показательны [82]. Marcelli [99] ссылается

на длительные катамнестические наблюдения (18 лет) Harrington, установившего высокий риск развития антисоциального поведения у взрослых, у которых в подростковом возрасте отмечались эпизоды депрессии с расстройствами поведения, в то время как у тех пациентов, подростковый возраст которых характеризовался «чистой» депрессией, высок риск повторной депрессивной фазы. Сходные данные после продолжительного изучения (20 лет) подростковых депрессий с коморбидными расстройствами поведения приводят Fombonne [73, 74]. Их исследование выявило, что подростковая депрессия с расстройствами поведения являлась фактором высокого риска повторения депрессивного эпизода (62,4–75,2%), суициального поведения (44,3%) и низкого уровня социализации (злоупотребления наркотиками, других болезней зависимости, алкоголизма, антисоциальных расстройств личности, постоянных межличностных трудностей). Затяжной характер депрессии с нарушениями поведения и низкую социализацию впоследствии, как отличие от «чистых» депрессий, отмечают Keitner [86]. Pine [107, 108] и Aalto-Setala [56] прямо указывают, что депрессивные симптомы в пубертатном периоде являются предикторами депрессивных нарушений в ранней взрослой жизни. К сожалению, указанные исследования были клинико-статистическими, поэтому психопатологических особенностей депрессий с нарушениями поведения, подвергавшихся анализу, а тем более значения собственно аффективной составляющей, авторы не оценивают. В противоположность вышеприведенным исследованиям, отечественные катамнестические исследования, несмотря на немногочисленный характер, анализируют прогностические признаки подростковых депрессий с нарушениями поведения [30, 26]. И. Л. Комлач [30] на основании 22-летнего анализа депрессий, дебютировавших в подростковом возрасте, среди предикторов социально-неблагоприятного течения аффективных нарушений эндогенного круга выделяет наличие выраженной акцентуации личности больных (особенно астеноневротического и шизоидного типов), преобладание астенодепрессивной симптоматики в первом аффективном приступе, а также девиантные эквиваленты эндогенных депрессий. Нарушения поведения, как признак неблагоприятного

текущего аффективного расстройства, отмечены автором и в отношении психогенных депрессий. А. А. Кашикова и И. Н. Татарова [26] говоря о частом сочетании затяжного течения аффективного расстройства и астено-адинамических вариантов депрессии, вместе с тем, отрицают влияние стержневой депрессивной симптоматики на социальный прогноз подростковых депрессий, а в качестве прогностических признаков возрастной динамики психопатоподобных эквивалентов депрессии приводят особенности типологической структуры поведенческих нарушений. По результатам их работы наиболее неблагоприятными являются психопатоподобные эквиваленты с преобладанием патологически измененных влечений и полиморфной структуры.

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что депрессия с поведенческими нарушениями в подростковом возрасте является сложным синдромом со сложным патогенезом. Однако, несмотря на многочисленность работ, посвященных разработке проблемы аффективной патологии, сохраняется необходимость дальнейших исследований структурно-динамических особенностей психопатоподобной депрессии, тщательного анализа процесса синдромообразования. В частности, на сегодняшний день в подростковой психиатрии место и роль собственно аффективного компонента в структуре и динамике депрессивного синдрома с поведенческими нарушениями разными авторами понимаются по-разному и, по существу, не имеют конкретного содержания. Часть исследователей практически полностью игнорирует клинические особенности и значение депрессивного аффекта в структуре депрессивного синдрома (зарубежные, особенно англо-американские исследователи). Нет данных об его влиянии на динамику синдрома в целом и поведенческих расстройств в частности. Между тем, разработка проблемы участия ведущего депрессивного аффекта в формировании детских и подростковых депрессий имеет теоретическую и практическую значимость, особенно, в аспекте дифференциированной и адекватной терапии, что крайне актуально в условиях широкой распространенности атипичных депрессий в подростковом возрасте и их социальной значимости.

Литература:

1. Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. Актуальные вопросы психиатрии детского и подросткового возраста. – М., 1973. – С. 211-215
2. Антропов Ю. Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. – М., 2001
3. Ануфриев А. К. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1970. – вып. 6. – С. 941-947
4. Батыгина Г. З. Депрессивные расстройства как причина школьной дезадаптации в подростковом возрасте // Автограферат дисс... канд. мед. наук. – М., 1996, 28 с.
5. Башина В. М. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1981. – вып. 10. – С. 1514
6. Брюхин А. Е. // Материалы Конгресса по детской психиатрии. – М., 2001. – С. 169
7. Вертоградова О. П. Депрессия (психопатология, патогенез). – М., 1980, 107 с.
8. Вертоградова О. П. Волошин В. М. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1983. – № 8. – С. 1189-1194

9. Вертоградова О. П., Шахматов Н. Ф., Сосюкало О. Д. Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия) // Сб. научных трудов. –Под ред. Ковалева В. В. – М.: Изд-во МНИИП МЗ РСФСР, 1987
10. Владимирова Т. В. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза) // Дис. канд. мед. наук. – М., 1986
11. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М., 1971
12. Вроно М. Ш. Acta paedopsychiatrica, 1975. – 41. – № 6. – Р. 218-223
13. Гериши А. А., Иовчук Н. М. // Российский психиатрический журнал, 1999. – вып. 6. – С. 39
14. Горюнов А. В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков // Дис. канд. мед. наук. – М., 2002
15. Данилова Л. Ю. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1985. – вып. 10. – С. 1521-1526
16. Данилова Л. Ю. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1986. – вып. 10. – С. 1539-1543
17. Данилова Л. Ю. Клинические особенности подростковой шизофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов (циклотимоподобный вариант) // Дис. канд. мед. Наук. - М., 1987
18. Десятников В. Ф. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1975. – вып. 5. – С. 760
19. Дмитриева Т. Б. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1980. – вып. 2. – С. 237-242
20. Ермолина Л. А., Корень Е. В. // Российский психиатрический журнал, 1999. – вып. 3. – С. 33
21. Иовчук Н. М. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1976. – вып. 6. – С. 922-934
22. Иовчук Н. М. Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте // Дис. докт. мед. наук. – М., 1989
23. Иовчук Н. М., Батыгина Г. З. // Российский психиатрический журнал, 1999. – вып. 3. – С. 37
24. Каледа В. Г. Клиника и течение шизоаффективного психоза юношеского возраста // Дис. канд. мед. Наук. – М., 1998
25. Каннабих Ю. В. Циклотимия. – СПб. - Печатня Яковлева, 1914
26. Кашикова А. А., Татарова И. Н. // Сб. Вопросы терапии и социальной реабилитации при психических заболеваниях у детей и подростков. - М., 1990. – С. 71
27. Кашикова А. А., Татарова И. Н., Коваленко Ю. Б., Лабун В. И. // Материалы Конгресса по детской психиатрии. – М., 2001. – С. 184
28. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995
29. Колотилин Г. Ф. // 3-я Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. – М., 1971. – С. 155-157
30. Комлач И. Л. Особенности клиники и прогноза депрессивных состояний, манифестирующих в подростковом возрасте (клинико-катамнестическое исследование) // Дисс. канд. мед. наук. – М., 1986
31. Краснов В. Н. // Сб. Депрессия (психопатология, патогенез) под ред. О. П. Вертоградовой. – М., 1980. – С. 31
32. Латидес М. И. // Сб. Вопросы детской психиатрии. – ред. Г. Е. Сухаревой. – М., 1940. – С. 39
33. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985
34. Личко А. Е. Шизофрения у подростков. – М., 1989
35. Ломаченков А. С. Клиника и течение маниакально-депрессивного психоза у детей и подростков // Автореф. дисс. канд. мед. наук.– М., 1978, 23 с.
36. Мамцева В. Н. Депрессивный невроз в детском возрасте. – М., 1982
37. Медикография, 1994. – вып. 56. – Т. 10
38. Минухин С. С. // Сб. Советская невропсихиатрия. – Л., 1940. – Т. 3. – С. 34-48
39. Можгинский Ю. Б. Аффективные расстройства в структуре подростковых психопатоподобных синдромов // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1993, 18 с.
40. Наталевич Э. С. // Сб. Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике. – М., 1982. – С. 57-67
41. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – Л., 1988
42. Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. – Учпедгиз, 1938, 328 с.
43. Озерецковский С. Д. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1979. – вып. 2. – С. 212
44. Озерецковский С. Д., Иванов Н. Я., Личко А. Е. // Сб. Аффективные расстройства: диагностика, лечение, реабилитация. – ред. М. М. Кабанова. – Л., 1988. – С. 47
45. Озерецковский С. Д. // Труды 8-го Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т. 2. – С. 364
46. Плетнёв Д. Д. // Русская Клиника, 1927. – Т. 7. – вып. 36. – С. 496
47. Северный А. А. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1985. - № 11. - С. 1674-1680
48. Савенко Ю. С. Скрытые депрессии и их лечение // Методические рекомендации. – М., 1978, 13 с.
49. Сосюкало О. Д., Кашикова А. А., Татарова И. Н. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1983. – вып. 10. – С. 1522

-
-
50. Суворов А. К. // Сб. Депрессия (психопатология, патогенез). - под ред. О. П. Вертоградовой. - М., 1980. - С. 56
51. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - Т. 1. - М., 1955
52. Тамарова И. Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессии при шизофрении у детей и подростков // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1985, 16 с.
53. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии. - Т. 1-2. - М., 1999
54. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. - М., 1973, 121 с.
55. Штромайер А. Психопатология детского возраста. Перевод с нем. - Москва – Ленинград, 1926, 177 с.
56. Aalto-Seidöd T. // American Journal of Psychiatry, 2002. - V. 159. - P. 1235-1237
57. Angold A. // The British Journal of Psychiatry, 1988. - V. 152. - P. 601-617
58. Angold A. // The British Journal of Psychiatry, 1988. - V. 153. - P. 476-492
59. Angold A., Costello E.J. // American Journal of Psychiatry, 1993. - V. 150. - P. 1779-1791
60. Anthony Y., Scott P. // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1960. - V. 1. - № 1. - P. 53
61. Bomba J. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1987. - вып. 10. - С. 1501
62. Booth R. E. and Y. Zhang // Psychosomatics, 1996. - V. 47. - P. 75-80
63. Brent D., Moritz G., Bridge J., Perper J., Cannobio R. // Journal of American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry, 1996. - V. 35. - P. 646
64. Birmaher B. // Journal of American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry, 1996. - V. 35. - P. 1427-1439
65. Brier A., Charney D. S., Heninger G. R. // Archive of General Psychiatry, 1984. - V. 41. - P. 1129-1135
66. Campbell J. D. // J. Nervous and Mental Disorders, 1952. - V. 116. - № 11. - P. 424
67. Carlson G. A. and Cantwell D. P. // American Journal of Psychiatry, 1980. - V. 137. - P. 445-449
68. Cooper P. J. and Goodyer I. // The British Journal of Psychiatry, 1993. - V. 163. - P. 369-374
69. Feehan M., McGee R. // Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1993. - V. 34. - P. 851-867
70. Finlay-Jones R., Brown G. W., Duncan-Jones P., Harris T. et al. // Psychology and Medicine, 1980. - V. 10. - P. 445-454
71. Flament Martine F. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001. - V. 40. - № 9
72. Folsom David P. // Psychiatric Service, 2002. - V. 53. - P. 1456-1460
73. Fombonne E. // The British Journal of Psychiatry, 2001. - V. 179. - P. 210-217
74. Fombonne E. // The British Journal of Psychiatry, 2001. - V. 179. - P. 218-223
75. Frommer E. // The British Journal of Psychiatry, 1968. - № 2. - P. 117
76. Garber J., Kriss M. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1988. - V. 27. - P. 49-54
77. Geller B., Fox L. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1994. - V. 33. - P. 461-468
78. Glaser K. // American Journal of Psychotherapy, 1967. - V. 21. - № 7. - P. 565
79. Glaser K. // American Journal of Psychotherapy, 1981. - V. 35. - № 3. - P. 368
80. Griesinger W. Душевные болезни. - пер. с нем.- СПб., 1881
81. Inamdar S. C. // American Journal of Psychiatry, 1979. - V. 136. - P. 156-159
82. Kandel D., Davies M. // Journal of Archive of General Psychiatry, 1986. - V. 43. - P. 255-262
83. Kashani J. H., Holcomb W. R. and Orvaschel H. // American Journal of Psychiatry, 1986. - V. 143. - P. 1138-1143
84. Kashani J. H. // American Journal of Psychiatry, 1987. - V. 144. - P. 931-934
85. Kashani J. H., Rosenberg T. K. and Reid J. C. // American Journal of Psychiatry, 1989. - V. 146. - P. 871-875
86. Keitner G. I. // American Journal of Psychiatry, 1991. - V. 148. - P. 345-350
87. Keller M., Shapiro R. W. // American Journal of Psychiatry, 1972. - V. 139. - P. 438-442
88. Kendler K., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L. // Psychology and Medicine, 1993. - V. 23. - P. 361-371
89. Kielholz P. Masked depression. - Bern-Stuttgart-Vienna, 1973
90. Knapp M. // The British Journal of Psychiatry, 2002. - V. 180. - P. 19-23
91. Kovacs M., Fainberg T. // Journal of Archive of General Psychiatry, 1984. - V. 41. - P. 229-237
92. Kovacs M., Devlin B. // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1998. - V. 39. - № 1. - P. 47-63
93. Kraepelin E. Учебник по психиатрии. Для врачей и студентов. -М., 1910
94. Kramer T. and Garralda M. E. // The British Journal of Psychiatry, 1998. - V. 173. - P. 508-513
95. Lesse S. // Psychiatric Journal of University of Ottawa, 1980. - V. 5. - № 4. - P. 268
96. Lewinshon P., Clark G. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1994. - V. 33. - P. 809-818
-
-

-
-
97. Lewinsohn P. M. // *American Journal of Psychiatry*, 2000. – V. 157. – P. 1584-1591
98. Marijke B. // *The British Journal of Psychiatry*, 2001. – V. 179. – P. 203-209
99. Marcelli D. // *Perspectives of Psychiatry*, 1998. – V. 37. – № 4. – P. 241-248
100. McCauley E., Myers K. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993. – V. 32. – P. 714-722
101. Monck E., Graham P., Richman N., Dobbs R. // *The British Journal of Psychiatry*, 1994. – V. 165. – P. 770-780
102. Nissen G. // *Depressive states in childhood and adolescence*. – Stockholm, 1972. – P. 501
103. Nissen G. // In: *Depressive Syndrome im Kindes - und Adolescenc*e. – Stockholm, 1972. – P. 501-509
104. Nissen G. // *Masked depression*. – Ed. by P. Kielholz. – Bern-Stuttgart-Vienna, 1973. -P. 133 – Discussion. – P. 144
105. Nissen G. // *Acta paedopsychiatrica*. – Basel, 1975. – V. 41. – № 6. – P. 235-242
106. Olsson I. Gunilla, Nordstrom Marie-Louise, Arinell Hans, von Knorring Anne-Liis // *Nordic Journal of Psychiatry*, 1999. – V. 53. – P. 339-346
107. Pine D. S. // *American Journal of Psychiatry*, 1999. – V. 156. – P. 133-135
108. Pine D. S. // *Archive of the General Psychiatry*, 1998. – V. 55. – P. 56-64
109. Poznanski E., Krahenbuke V., Zrudr I. P. // *J. of Child Psychiatry*, 1976. – V. 15. – № 3. - P. 491
110. Rao U., Weissman B., Martin J. A., Hammond R. W. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993. – V. 31. – P. 21
111. Rao U., Ryan N. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995. – V. 34. – P. 556-578
112. Reinherz H. Z., Stewart-Berghauer M. A., Pakiz B., Frost A. K. et al. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1989. – V. 28. – P. 942-947
113. Remschmidt H. // *Acta Paedopsychiatrica*, 1973. – Bd. 40. – P. 2
114. Riggs Paula D. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995. – V. 34. – P. 764-771
115. Robbins, Alessi // *American Journal of Psychiatry*, 1985. – V. 142. – P. 588-592
116. Sartorius N. *Depressive disorders*. -2 ed., 2002
117. Schatzberg A. F. // *American Journal of Psychiatry*, 1982. – V. 139. – P. 471-475
118. Silverstein B. // *American Journal of Psychiatry*, 1999. – V. 156. – P. 480-482
119. Strober M. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993. – V. 32. – P. 34-42
120. Stutte H. // *Depressive states in childhood and adolescent*. – Stockholm, 1972. - P. 29
121. Tompson M. C. // *West J. of Medicine*, 2000. – V. 172. – P. 172-176
122. Toolan J. M. // *American Journal of Psychiatry*, 1962. – V. 118. – P. 719
123. Torgersen S. // *American Journal of Psychiatry*, 1990. – V. 147. – P. 1199-1202
124. Weller R. A., Weller E., Fristad M. A., Bowes J. M. // *American Journal of Psychiatry*, 1991. – V. 148. – P. 1536-1540

ЛЕЧЕНИЕ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Н. К. Шайхысламова, Н. М. Бекенова,
А. О. Темиргалиев, Е. Н. Миронова

Международная классификация психических болезней (МКБ-10), выделяет в понятии «нарушение социального поведения» шесть диагностических подгрупп.

К первой относятся нарушения социального поведения, ограниченные рамками семьи; ко второй - несоциализированные нарушения социального поведения; к третьей - социализированные нарушения социального поведения; к четвертой – оппозиционное поведение; к пятой и шестой так

называемые остаточные категории, неуточненные нарушения поведения.

В психологии девиантным называют поведение, отклоняющееся от действующих социальных норм. Его определяют как систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, нарушения процесса самоактуализации или отклонения от нравственного и эстетического контроля над собственным

поведением. (Кулаков С. А., 2001). Это определение охватывает широкий круг расстройств, которые включают типичные для подросткового возраста асоциальные действия, постоянные конфликты, лживость, уходы из дома и т.д.

Среди причин, обуславливающих девиантное поведение, есть причины биологические, психологические и социальные. В зависимости от характера причин, вызывающих отклонения в поведении, терапевтические методы варьируются (при когнитивных нарушениях – акцент на программах самоконтроля, при семейных факторах – на семейной терапии, при социальных причинах – групповых мероприятиях).

К биологическим причинам относятся: генетические, связанные с полом (агрессивность чаще наблюдается у мальчиков, чем у девочек), органические и нейропсихологические предрасполагающие факторы.

К психологическим факторам относятся когнитивные искажения и дисфункциональное мышление; по сравнению с подростками, имеющими низкий потенциал агрессивности, агрессивные мальчики видят причины своих социальных проблем во враждебном отношении окружающих, реже и менее удачно находят пути к разрешению конфликтов, менее реально оценивают последствия асоциального поведения. У родителей детей с асоциальным поведением чаще встречаются психопатологические и другие отклонения (злоупотребление алкоголем, криминальное поведение, отсутствие отца и т.д.). Стиль воспитания отличается жестокостью и непоследовательностью, ребенку уделяется недостаточно внимания, обычными считаются агрессивность и эгоцентризм с их стороны.

К социально-экономическим факторам относятся многодетность, низкие доходы, социально-экономическая ситуация в стране.

Созданный в г. Павлодаре отделение-центр медико-психологической помощи и социально-педагогической адаптации для подростков, молодежи и их семей «РАУАН» - является структурным подразделением областного психоневрологического диспансера.

Отделение-центр «РАУАН» применяет электрический подход в оказании психотерапевтической и психологической помощи. Концептуально опирается на структуру медико-психологической и социально-педагогической помощи.

Самая важная целевая группа – подростки, молодежь – охватывает не только отдельные личности, но и жизненную общность – семью.

Помощь оказывается тем подросткам и молодым людям, которые для компенсации социальной обделенности и преодоления нанесенного их личности ущерба в повышенной степени нуждаются в медико-психологической и социально – педагогической помощи и поддержке.

Специалистами центра применяются различные методы лечения девиантного поведения, но ни один из них не может претендовать на бесспорную

эффективность. Причина этого, с одной стороны, состоит в том, что у детей и подростков с таким поведением имеют место различные предрасполагающие факторы, а с другой стороны, у большинства пациентов встречаются не один, а несколько вариантов асоциального поведения (например, лживость, воровство и побеги из дома), требующих, из-за своей комплексности, комбинированных мер. Психотерапевтические методы, используемые для лечения отклоняющегося поведения можно разделить на 3 группы:

1. методы, ориентированные на подростка;
2. методы, ориентированные на семью;
3. мероприятия, ориентированные на ближайшее окружение.

Методы терапии, ориентированные на подростка, разработаны на базе моделей когнитивно-поведенческой терапии и исходят из теоретического допущения, что у агрессивного ребенка имеются нарушения в области восприятия. К недостаточности когнитивных процессов относятся: слабая способность к эмпатии, ограниченность возможных стратегий преодоления конфликтов, «фокусирование» на конечной цели, вместо обдумывания промежуточных шагов; низкая чувствительность к конфликтогенным ситуациям, а также недостаточный самоконтроль.

В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Психотерапевт, работая с подростком, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем.

Когнитивно-поведенческие приемы основаны на изменении неадекватных паттернов мышления, представлений, которыми личность реагирует на внешние события, часто сопровождаемые тревогой, агрессией или депрессией.

Моделирование поведения – относительно короткий, экономически целесообразный метод. Его легко применять в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает детей и подростков. Одна из фундаментальных задач когнитивно-поведенческой психотерапии – установление партнерских отношений между подростком и психотерапевтом. Это сотрудничество происходит в форме терапевтического альянса, в котором психотерапевт и подросток работают совместно против дистресса последнего.

Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и действия, нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать. Лечебная тактика нацелена на увеличение позитивных и уменьшение негативных личностных интеракций. Одна из принципиальных задач каждой поведенческой процедуры – изменить дисфункциональное мышление.

В отделении-центре за период 2003-2004 г.г. проведено 310 сеансов индивидуальной терапии, где использовались следующие форматы:

- желаемый результат;
- когнитивно-поведенческий;
- стратегический план на будущее;
- конечный результат;
- постановка целей;
- изменение ограничивающих представлений.

Подростки с девиантным поведением предпочитают в индивидуальной терапии когнитивно-поведенческое консультирование.

Тренинговые занятия являются одним из важных методов, ориентированных на подростка.

Термин «тренинг» (от англ. train, training) имеет ряд значений - обучение, воспитание, тренировка, дрессировка. Подобная многозначность присуща и научным определениям тренинга, как группе методов развития способностей к обучению и овладению любым сложным видом деятельности.

В тренинге жизненных умений используются три основные модели, определяющие своеобразие подхода к его участникам.

Первая модель опирается на семь категорий жизненных умений:

- решение проблем,
- общения,
- настойчивости,
- уверенности в себе,
- критичности мышления,
- умения самоуправления,
- развития Я-концепции.

Вторая модель выделяет четыре категории жизненных умений, являющиеся целью тренинга:

- межличностное общение,
- поддержание здоровья,
- развитие идентичности,
- решение проблем и принятие решений.

Третья модель включает тренинг:

- эмоционального самоконтроля,
- межличностных отношений,
- самопонимания,
- финансовой самозащиты,
- самоподдержки,
- концептуализации опыта.

Работа тренинговой группы имеет ряд специфических принципов: принцип активности; принцип исследовательской (творческой) позиции; принцип объективности (осознания) поведения; принцип партнерского (субъект-объектного) общения.

За 2003-2004 г.г. сотрудниками отделения-центра «Рауан» было проведено 103 тренинга, которые посетили 828 человек.

Использовались программы:

- тренинг «Личностный рост» – 20 тренингов, всего посетило 160 человек;
- тренинг «Общение» – 13 тренингов, 104 человека;
- тренинг «Ролевые игры» – 15 тренингов, 125 человек;

- тренинг «Уверенное поведение» – 10 тренингов, 84 человека;

- тренинг «Проблемно-ориентированный» – 45 тренингов, 355 человек.

Активность участников: низкая – 170 человек; средняя – 430 человек; высокая – 90 человек; чрезмерная – 25 человек; неустойчивая – 113 человек.

Характер участия: нетворческий – 213 человек; творческий – 615 человек.

Продуктивность:

- низкая – 305 человек,
- средняя – 355 человек,
- высокая – 128 человек.

Эффективность тренингов составляет 75%.

К методам, ориентированным на родителей и семью, относятся семейная терапия и тренинг родителей.

Семейная психотерапия проводится в двух формах: в виде работы с отдельно взятыми семьями и в виде бифокальной модели – параллельного ведения группы школьников и их родителей. Перед этими группами, которые на первых этапах работают как закрытые гомогенные по возрасту группы, вначале ставятся задачи тренировки коммуникативных навыков, экспрессивного поведения, эмпатии, адекватной вербализации своих переживаний.

У родителей подростков проявляются типичные проблемы и стереотипы поведения, сходные с проблемами детей: уход от ответственности за свое поведение, амбивалентное сочетание зависимости от авторитета и неконструктивной агрессивности, равнодушные друг к другу, избирательность и неразвитость когнитивных сценариев, с помощью которых регулируется поведение в семье и вне ее, нарушение полоролевой идентификации.

За период 2003-2004 г.г. проведено 167 сеансов семейной терапии, 14 семей являлись деструктивными (один из родителей страдает алкоголизмом).

Использовались следующие форматы: определение иерархии семьи; перемена отношения (рефрейминг); когнитивно-поведенческая терапия; арт-терапия, тесты (личностный дифференциал, цветовой тест отношения, анализ семейных взаимоотношений, тест рациональных установок, рисуночные тесты). Эффективность семейной терапии составляет 62%, долгосрочная семейная терапия себя не оправдала, потому что после 20-часовой работы мотивация в работе снижается. Чаще это выражено в такой семье, где мама одна воспитывает ребенка.

Поведенческий тренинг родителей, дети которых отличаются агрессивностью, основан на теории о том, что родители, сами того не желая, слишком редко отмечают адекватное социальное поведение детей, а за неадекватное строго наказывают их. Такой тип взаимодействия еще называется «подкрепляющей ловушкой» (Kazdin, 1987): агрессивное поведение подкрепляется вдвойне, т.е. родителями и ребенком, когда родители поддаются давлению ребенка, связанному с этим поведением. «Ловушка» заключается в том, что родители испытывают

кратковременное облегчение в результате прекращение неправильного поведения, но в дальнейшем вероятность такого поведения ребенка возрастает.

Цель такого тренинга – обучить родителей выявлять проблемное поведение у своего ребенка и наблюдать его под новым углом зрения, связанным с терапией. Успешность терапии зависит от её длительности, достаточного понимания родителями причин расстройства, тяжести нарушения взаимоотношений и социально-экономической ситуации в семье.

Вмешательства, ориентированные на ближайшее окружение базируются не на специфических методах терапии: они должны, с одной стороны, способствовать переносу навыков, выработанных при индивидуальной и групповой терапии, на ближайшее окружение подростка, а с другой закреплять просоциальное поведение путем «имитационного обучения».

К этой группе относится и психопрофилактическая работа с учителями. Необходимо учесть, что учителя являются наиболее уязвимым контингентом по возможности приобретения психосоматических и невротических расстройств, в основе которых лежат неразрешенные психологические конфликты или повторяющиеся микротравмы (дистрессы).

Однако, личностные особенности педагогов, как ничьи другие, оказывают воздействие на формирование характера детей и подростков.

Используются следующие формы работы с педагогами: совместное психологическое консультирование «трудных» случаев; проведение занятий по переоценочному консультированию, умению решать проблемы, находить альтернативы для разрядки накопившихся отрицательных эмоций; проведение тренингов партнерского общения, тренингов решения личностных проблем; обучение методам релаксации, отвлечения, устранения искажений в оценке реальности; проведение консультаций с учителями по предварительным вопросам учеников (анонимное и прямое).

Особенность психопрофилактики – интердисциплинарный ее характер, поэтому усилия медиков, психологов, педагогов, социологов концентрируются в едином направлении повышения устойчивости личности к неблагоприятным воздействиям среды.

Кризисы и конфликты в семье часто отражают системную борьбу по приспособлению подростка к возникшим изменениям. Система имеет недостаток внутреннего сплочения, и члены семьи находят положительное подкрепление вне ее границ. Важно выявить эти паттерны рано, так как это будет способствовать предупреждению болезней.

Когнитивно-поведенческая психотерапия является обнадеживающим средством лечения и психопрофилактики поведенческих расстройств у детей и подростков.

НАРКОЛОГИЯ

ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРОЦЕССАМИ ПРИНЯТИЯ ФАКТА НЕИЗЛЕЧИМОЙ БОЛЕЗНИ, ЗАКОНОМЕРНО ВЕДУЩЕЙ К СМЕРТИ, У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С ПОЗИТИВНЫМ ВИЧ СТАТУСОМ

А. Т. Ескалиева, Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

Наше исследование являлось кросс-секционным, объектом исследования явились больные опийной наркоманией, в том числе с сопутствующей ВИЧ-инфекцией, представленные репрезентативной выборкой из числа пациентов областного наркологического диспансера города Караганды. Ранее при описании стадий принятия неизлечимого заболевания, мы указывали на тот факт, что депрессивные реакции по степени своей выраженности имеют различную превалентность в зависимости от того, на какой стадии указанного процесса находится больной. Для этого мы сравнили

превалентность случаев депрессии той или иной степени выраженности у пациентов, чье психическое состояние соответствовало определенной стадии принятия болезни. В таблицах 1 и 2 отражены данные в отношении превалентности случаев легких, умеренных и тяжелых форм депрессии на следующих стадиях принятия факта наличия неизлечимой болезни: стадия психологической защиты («Стадия защиты»), стадия слома психологической защиты («Стадия фрустрации») и стадия принятия факта наличия неизлечимой болезни («Стадия компенсации»).

Таблица 1

Аффективные расстройства настроения у ВИЧ-инфицированных наркозависимых, находящихся на стадии защиты (1 группа, n = 15) и стадии фрустрации (2 группа, n = 75)

Шкала депрессии Бека	Расстройства настроения	1 группа (n = 15)	2 группа (n = 75)	P
	Отсутствие депрессии	8,3% {1,2<>27,6%}	0% (0<>6,9%)	> 0,05
	Легкая депрессия	12,5% {2,4<>33%}	0% (0<>6,9%)	> 0,05
	Умеренная депрессия	20,8 % {7,9<>42,2%}	0% (0<>6,9%)	< 0,05
	Выраженная депрессия	41,7 ± 15,8%	15,2 ± 10%	< 0,05
	Тяжелая депрессия	16,7% {4,1<>37,7%}	84,8 ± 10%	< 0,05
	Мысли о нежелании жить	41,7 ± 15,8%	62,7 ± 13,3%	> 0,05
	Суицидальные мысли	37,5 ± 19,4%	74,5 ± 12%	< 0,05
	Попытка суицида	25,0 ± 17,3%	56,9 ± 13,6%	< 0,05

Как видно из таблицы 1, согласно показателям шкалы депрессии Бека, на стадии психологической защиты более чем у 10 больных, т.е. более чем в 40% случаев либо не отмечалось признаков депрессии (8,3% {1,2<>27,6%}), либо отмечались легкие или умеренные формы депрессии – 41,6%. На долю выраженной и тяжелой депрессии пришлось 58,4% (10 человек с выраженной депрессией и 4 человека с тяжелой депрессией).

Необходимо отметить, что на данной стадии отмечается достаточно высокий процент больных с суицидальными тенденциями. Так, например у 10 больных (41,7%) явно отмечались мысли о нежелании жить, у 9 больных (37,5%) явно прослеживались

мысли о самоубийстве и у 6 больных были попытки самоубийства.

Другая картина характерна для стадии фрустрации. Как видно из таблиц 1 и 2 у пациентов, которые находились на данной стадии принятия болезни, вовсе не было отмечено случаев отсутствия депрессии, легких или умеренных степеней ее тяжести, согласно шкале депрессии Бека. У всех пациентов (100%), которые находились на стадии фрустрации, отмечалась либо выраженная, либо тяжелая депрессия: у 10 человек (в 15,2% случаев) отмечались признаки выраженной депрессии, а у 56 человек (84,8%) отмечались признаки тяжелой депрессии. Относительные риски тяжелой депрессии у пациентов, находящихся

на стадии фрустрации или слома психологической защиты, в сравнении с пациентами, находящимися на

стадии психологической защиты, достоверно превысили в 5,1 раза ($16,7\% \{4,1 \leftrightarrow 37,7\%\}$ и $84,8 \pm 10\%$ при $P < 0,05$).

Таблица 2

Аффективные расстройства настроения у ВИЧ-инфицированных наркозависимых находящихся на стадии фрустрации (1 группа, n = 75) и стадии компенсации (2 группа, n = 9)

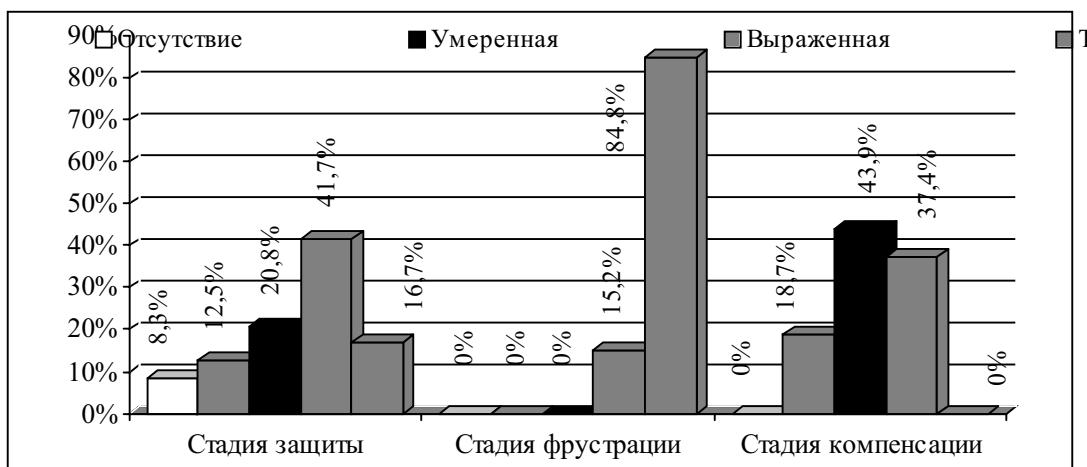
Шкала депрессии Бека	Аффективные расстройства настроения	1 группа (n = 75)	2 группа (n = 9)	P
Отсутствие депрессии	0% (0<>6,9%)	0% (0<>23%)	> 0,05	
Легкая депрессия	0% (0<>6,9%)	18,7% (4<>49%)	> 0,05	
Умеренная депрессия	0% (0<>6,9%)	$43,9 \pm 24,8\%$	< 0,05	
Выраженная депрессия	$15,2 \pm 10\%$	37,4% (11<>61%)	> 0,05	
Тяжелая депрессия	$84,8 \pm 10\%$	0% (0<>23%)	< 0,01	
Мысли о нежелании жить	$62,7 \pm 13,3\%$	6,2% (0<>34%)	< 0,05	
Суицидальные мысли	$74,5 \pm 12\%$	6,2% (0<>34%)	< 0,05	
Попытка суицида	$56,9 \pm 13,6\%$	0% (0<>23%)	< 0,01	

Для пациентов, чье психическое состояние соответствовало стадии компенсации или принятия болезни (ВИЧ), так же характерна иная картина. Из таблицы 2 видно, что в сравнении со стадией фрустрации, на стадии компенсации не отмечались случаи тяжелой депрессии, но увеличилось количество случаев выраженной и умеренной депрессии. Этот факт свидетельствует о смещении более тяжелых форм депрессии в сторону более легких ее форм. Если превалентность случаев выраженной и тяжелой депрессии на второй стадии (стадия фрустрации) составила практически 100%, то на стадии

компенсации (стадии принятия болезни) доля выраженной и тяжелой депрессии составила 37,4%, т.е. меньше, в среднем, в 2,7 раза. Особенно яркими являются различия показателей тяжелой депрессии: если на второй стадии – стадии фрустрации случаи тяжелой депрессии составили $84,8 \pm 10\%$, то на стадии компенсации или принятия болезни, случаев тяжелой депрессии по шкале депрессии Бека выявлено не было вовсе. На рисунке 1 наглядно отражена динамика случаев депрессии по степени ее выраженности в зависимости от стадии принятия болезни (ВИЧ).

Рисунок 1

Динамика случаев депрессии по степени ее выраженности в зависимости от стадии принятия болезни (ВИЧ)



Такая же динамика характерна для показателей суицидальных проявлений: отмечаются достоверные различия случаев суицидальных мыслей и попыток суицида, свидетельствующих об отрицательной динамике при переходе пациента со стадии фрустрации на стадию компенсации. Например, количество случаев мыслей о нежелании жить, уменьшилось практически в 10,1 раз ($62,7 \pm 13,3\%$ и $6,2\%$ ($0 < 34\%$), при $P < 0,05$); количество случаев мыслей о самоубийстве уменьшилось в 12 раз ($74,5 \pm 12\%$ и $6,2\%$ ($0 < 34\%$), при $P < 0,05$). И на стадии компенсации практически не было выявлено случаев попыток суицида, тогда как на стадии фрустрации такие случаи, как мы уже указывали выше, встречались в $56,9 \pm 13,6\%$.

Таким образом, результаты полученных данных позволяют сделать следующие выводы. Существуют следующие закономерные стадии, отражающие процесс принятия факта неизлечимой болезни (ВИЧ) у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ и расположенные в данном континууме: стадия психологической защиты — стадия

слома психологической защиты или стадия фрустрации — стадия принятия болезни (факта наличия неизлечимой болезни) или стадия компенсации. Для каждой обозначенной стадии характерна депрессивная симптоматика, являющаяся обязательным компонентом различных коморбидных психических расстройств согласно классификации МКБ-10: аффективных расстройств настроения (F 32, F 33, F 34), специфических расстройств зрелой личности (F 60), расстройств психической адаптации F 43.2. Для стадии психологической защиты характерны легкие и умеренные депрессивные эпизоды. Переход состояния, присущего первой стадии (стадии защиты) к состоянию, присущему второй стадии принятия болезни — стадии фрустрации (слома психологической защиты), характеризуется положительной динамикой депрессивных расстройств с более тяжелой степенью выраженности. А переход от второй стадии к завершающей стадии — стадии компенсации, напротив, характеризуется динамикой смещения более выраженных форм депрессии в сторону менее выраженных форм.

Литература:

1. Бек А., Раши А., Шо Б., Эмери Т. Когнитивная психотерапия депрессий. - СПб, 2003
2. Березина Т. Н. Многомерная психика. Внутренний мир личности. - М., 2001
3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. - М., 1984
4. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-10), 1994

СКАЗКОТЕРАПИЯ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

А. С. Каражанова

Рост количества детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них, обусловил необходимость создания лечебно-реабилитационных программ. Традиционные методы лечения, включавшие, в основном, медикаментозную коррекцию и информационные семинары, продемонстрировали свою несостоятельность, а также необходимость в комплексном лечении вышеуказанного контингента.

Психотерапевтическое воздействие признано наиболее эффективным методом лечения наркозависимых. Вместе с тем существуют особенности использования развивающих практик в Программе медико-социальной реабилитации детей, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них, одной из которых является разнообразие методов работы, со сменой видов деятельности. С этой целью в статье приводятся возможности использования сказкотерапии в лечебно-реабилитационном процессе несовершеннолетних пациентов.

Арт-терапия возникла в 30-е годы XX века. В настоящее время этим термином нередко обозначают все виды занятий искусством, которые проводятся в лечебных учреждениях (изотерапию, музыкотерапию, танцевальную терапию и в том числе - сказкотерапию), хотя некоторые специалисты считают это определение неточным. Эффективность применения искусства в контексте лечения основывается на том, что этот метод позволяет экспериментировать с эмоциями и чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне (Рудестам К. Е., 1993, цит. по Эйдемиллер Э. Г., 2005).

Сказкотерапия является самым древним психологическим методом воздействия на человека. Столетиями знания о мире передавались из поколения в поколения, из уст в уста, затем их стали записывать. Сегодня под сказкотерапией мы понимаем способы передачи знаний о духовном пути и социальной реализации человека. Сказкотерапия - это лечение сказками, когда мы имеем в виду совместное с

клиентом открытие тех знаний, которые живут в душе и являются в данный момент психотерапевтическими (Зинкевич-Евстигнеева Т., 2001).

Существует древняя история о том, что человек в своем развитии проходит три стадии: сначала он - верблюд, затем - лев и потом уже - ребенок. Верблюд подчиняется правилам, везет на себе груз повседневных забот, не сопротивляется обстоятельствам. Как и верблюд, пересекающий пустыню, человек на этой стадии обладает большим запасом жизненной прочности, но когда терпение и силы у верблюда иссякают, человек превращается - во льва. Теперь он активно сопротивляется обстоятельствам, обличает обидчиков, борется за справедливость, достигает определенных социальных высот. Но приходит момент, когда лев понимает, что все, чему он посвятил свою жизнь, удаляет его от истины, погружает в круговорот суеты и пучину неразрешимых проблем. Лев осознает, что жизнь его лишена чего-то простого и гармоничного - вот тогда происходит переход в следующую стадию развития - в ребенка. Теперь человек смотрит на мир открытым счастливым взглядом, видит прекрасное в мелочах, ему хочется познать смысл того, что ранее казалось понятным. У человека за спиной большой жизненный путь, однако, нет у него усталости и пессимизма - есть желание открывать новое, постигая истину... (Зинкевич - Евстигнеева Т., 2001) То есть терапевтическое воздействие направлено на «детское начало» каждого человека. Возможно, этим и объясняется эффективность метода при работе, как с взрослыми, так и с детьми и подростками.

Сказкотерапия - это процесс поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем. Еще К. Г. Юнг заметил, что персонажи и сказок, и мифов выражают различные архетипы и поэтому влияют на развитие и поведение личности. Согласно же концепции Э. Берна, конкретная сказка может стать жизненным сценарием человека. Безусловно, важно как сформировался жизненный сценарий, в какие тупики он заводит человека, но еще важнее, чтобы человек сумел выйти из своих тупиков и пойти к своей подлинности - к жизни осмысленной и радующей, наполненной общением и чувством свободы (Черняева С. А., 2002).

Основной задачей специалиста в процессе взаимодействия с клиентом является не объяснение тех или иных ситуаций, а возможность предоставления пациенту осознания проблемы в общем; побуждение к действию, способствующему развитию клиента; умение видеть оборотную сторону любой проблемы. И подобно Волшебнику Изумрудного города - Великому Гудвину дать клиентам именно то, что они просили: трусливому Льву - смелость, Страшиле - острый ум, Железному Дровосеку - чуткое любящее сердце. А, по сути - дать возможность обрести веру в свои силы и возможности.

Сюжеты сказок предлагают ребенку возможные варианты развития ситуации и дети, слушая

их, накапливают знания о жизни, «создавая запас в жизненной прочности, пробуждая скрытые силы, формируя желания и планы». При этом участие терапевта заключается в подведении к определенному выводу или к вопросу, который подтолкнул бы слушателя к дальнейшим размышлениям, тогда история становится не просто передаваемой информацией, а обретает ценный терапевтический эффект.

В работе с детьми, употребляющими психоактивные вещества, недостаточно прочитать или рассказать сказку, поговорить о сюжете. Важным компонентом работы с такими детьми является необходимость находить скрытые смыслы и жизненные уроки. В этот момент ребенок познает философию жизни: нет однозначных событий, даже внешне неприятная ситуация может через некоторое время обернуться благом. Необходимо объяснить детям, в каких конкретных жизненных ситуациях они могут использовать этот сказочный урок. «Ребята, наверное, в вашей жизни были случаи, когда вы чувствовали, что вас обидели; вы, может быть, злились на обидчика, придумывали, как бы ему отплатить. Вспомнили такие ситуации? А теперь давайте попробуем воспользоваться нашим сказочным уроком: обиженный Моряком Кит получил новую для себя возможность добывать пищу. Подумайте, а какую возможность получили вы от своего обидчика. Ответить на этот вопрос не просто, особенно, если было очень больно. Но сказка нас учит, что не бывает событий только плохих. Некоторые обидчики помогают нам задуматься над тем, что у нас не получается, что мы не умеем или делаем плохо, или не с тем дружим, или...». И тогда сказки не уведут ребенка от реальности, а наоборот помогут ему в реальной жизни стать активным созидателем. (Зинкевич - Евстигнеева Т., 2001).

Сказкотерапия в сочетании с другими психотерапевтическими методами расширяет диапазон технического оформления психотерапевтического процесса. Возможно проведение анализа сказки, совместное сочинение своей истории или переписывание знакомой сказки, использование игрушек, рисование, видео-тренинг, психодинамические медитации и многое другое.

При необходимости влияния на поведение ребенка возможно использование психокоррекционных сказок. Таким образом, пациенту предлагается замена неэффективного стиля поведения на более конструктивный. Основоположником сказкотерапии Т. Зинкевич - Евстигнеевой предложен алгоритм создания психокоррекционной сказки, которая максимально точно будет соответствовать цели психотерапевтического сеанса:

1. Необходимо подобрать героя, близкого ребенку по полу, возрасту, характеру.
2. Описать жизнь героя в сказочной стране так, чтобы ребенок нашел сходство со своей жизнью.
3. Далее, помещаем героя в проблемную ситуацию, похожую на реальную ситуацию ребенка, и приписываем герою все переживания ребенка.

4. Герой начинает искать выход из созданного положения. Или мы начинаем усугублять ситуацию, приводить ее к логическому концу, что также подталкивает героя к изменениям. Герой может встречать существа, оказавшихся в таком же положении и посмотреть, как они выходят из ситуации; он встречает «фигуру психотерапевта» - мудрого наставника, объясняющего ему смысл происходящего и пр. Наша задача, через сказочные события показать герою ситуацию с другой стороны, предложить альтернативные модели поведения, найти позитивный смысл в происходящем. «Увиденное в правильном свете, все является благом» - эту мудрость хотелось бы донести до ребенка через сказку.

5. Герой понимает свою неправоту и становится на путь изменений.

Создать такую сказку не сложно, но есть определенные возрастные (до 11-13 лет) и тематические (недекватное, неэффективное поведение) рамки их использования. В зависимости от ситуации и стоящих перед нами целей, мы можем обсуждать сказки или

оставлять пациента в размышлении, а также давать читать их дома.

Способность детей, употребляющих ПАВ (особенно токсичные вещества), к фантазированию, при всех её негативных свойствах, может быть использована при работе с *медитативными сказками*, способствующими накоплению положительного образного опыта, снятия психоэмоционального напряжения, создания лучших моделей взаимоотношений, развития личностных потенциалов.

Главное назначение медитативных сказок - сообщение нашему бессознательному позитивных «идеальных» моделей взаимоотношений с окружающим Миром и другими людьми. Поэтому отличительной особенностью медитативных сказок является отсутствие конфликтов и злых героев (Зинкевич - Евстигнеева Т., 2001).

Таким образом, использование сказкотерапии в лечебно-реабилитационном процессе обогащает возможности терапевтического воздействия на детей и подростков, потребляющих ПАВ.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЛИЦ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С. Н. Молчанов

Введение

К «пронаркотическим» факторам, способствующим вовлечению человека в регулярное наркопотребление, определяющих его интенсивность, и усугубляющим тяжесть негативных последствий индивидуальной, массовой наркотизации, необходимо отнести стрессогенные социальные, геоклиматические, демографические, культурные, психологические и другие моменты, которые предрасполагают человека к употреблению наркотиков [15].

Из всей совокупности факторов, определяющих тенденции, которые способствуют или препятствуют распространению наркомании, в поле деятельности медицины попадает только некоторая их часть. Эту часть факторов в свою очередь можно разделить на: стабильно-динамические факторы, не зависящие от какого-либо конструктивного воздействия и экспрессивно-динамические факторы, зависящие от целенаправленного, конструктивного воздействия [15].

На данный момент психологические особенности, характеризующие лиц с аддиктивным поведением, привлекают всё большее внимание исследователей. Особое внимание уделяется модифицируемым признакам реабилитационного потенциала, т.к. изменения их - мы изменяем, личность и ситуацию, в которой она находится [10, 11, 12]. Это

подтверждает и Ю. П. Сиволап, который в развитии личностных сдвигов у больных наркоманией, выделил два ведущих фактора: грубые нарушения влечений (мотивационный коллапс) и реакция на противодействие патологическим мотивациям больных социальной средой [14]. Это даёт основания считать, что комплекс личностных изменений при опийной наркомании необходимо, в первую очередь, расценивать, как расстройство функционального порядка [13].

Биологические факторы, предрасполагающие к наркомании (стабильно-динамические)

Анализ результатов многочисленных исследований [1, 2, 4, 5, 16], направленных на поиск взаимосвязи молекулярно-генетических характеристик с различными, сложно наследующимися заболеваниями, может, по-видимому, свидетельствовать о прямых причинно-следственных отношениях между одним конкретным геном и сложным поведением личности, к которому относится наркомания. В целом, результаты исследований представляются не столь однозначными из-за выраженного модифицирующего влияния условий среды.

Психологические особенности, характеризующие лиц с аддиктивным поведением (экспрессивно-динамические факторы)

Структура базисного (личностного) адаптационного дефицита, а также система координат, в рамках

которой функционируют лица, зависимые от психоактивных веществ: влечение к наркотикам, психопатизация личности и невротические переживания – есть основные мишени для психосоциотерапевтического воздействия [3, 15].

В совокупности данные свойства представляют так называемый *реабилитационный потенциал*, определяющий объём дальнейшего психосоциотерапевтического воздействия.

Реабилитационный потенциал (РП) - это совокупность физических, психических, социальных и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и ее последствий, в восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности. В практическом отношении - это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива [6].

Динамическое звено реабилитационного потенциала

По мнению А. Л. Каткова [8, 9, 10] в программах медико-социальной реабилитации активное и целенаправленное воздействие должно оказываться на составляющие феномена антинаркотической устойчивости, т.е. динамическое звено реабилитационного потенциала. Данный подход компенсирует слабость основных концептуальных узлов, объясняющих рассматриваемый социальный феномен, преодолевает излишнюю концентрацию, «зациклиивание» исследователей на патологическом полюсе названной проблемы.

В настоящее время, с учётом новых знаний в области наркологии, ситуация диктует поиск новых подходов в реабилитации наркозависимых лиц. Существующий дефицит знаний в расширении понятия реабилитационного потенциала и повышении эффективности реабилитационного процесса, может быть устранён за счёт проведения систематических комплексных исследований.

Материалы и методы исследования

Основным материалом настоящего исследования послужили «Базисная карта для эпидемиологических исследований», разработанная РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании» (РНПЦ МСПН) и заключения патopsихологической лаборатории РНПЦ МСПН.

Объект исследования составили наркозависимые с опиоидной зависимостью F11. (Поведенческие и психические расстройства в результате употребления опиоидов) Республики Казахстан, представленные выборкой из группы пациентов (772 человека), состоящих на учёте в наркологических диспансерах РК, а также пациенты, проходившие курс реабилитации в РНПЦ МСПН.

Клиническими критериями отнесения больных к наркологическим заболеваниям, психическим и поведенческим расстройствам, вследствие употребления ПАВ стали критерии МКБ – 10 (ICD – 10, 1994).

Больные были разделены на группы по срокам длительности ремиссии:

- 1 группа - с длительностью ремиссии от 1 мес. до одного года (657 респондентов);
- 2 группа - с длительностью ремиссии от 2-х лет и более (115 респондентов).

Респонденты с ремиссией от 1 года до 2 лет в расчёт не принимались т.к. это промежуточный срок между короткими и длительными ремиссиями, а в данном исследовании ставится задача найти достоверные различия ($P<0,05$) между группами с длительными и короткими ремиссиями.

Группы сформировались на основе данных из электронной базы, постоянно пополняющейся сведениями о пациентах, находящихся на учёте в наркологических диспансерах Казахстана, а также проходящих реабилитацию в РНПЦ МСПН.

Группы сопоставимы по таким основным параметрам, как: пол, возраст, уровень образования, стаж наркотизации, этническая принадлежность.

Достоверные различия по параметрам и показателям БИК, между респондентами 1 и 2 групп определялись с помощью экспертной системы ЭС-AG, разработанной по заказу РНПЦ МСПН.

Предмет исследования - совокупность факторов, оказывающих влияние на основные параметры ремиссии: длительность, социальные характеристики, психологические характеристики.

При исследовании использовался обсервационный кросс - секционный (поперечного среза) метод.

В качестве основных методов исследования применялся ряд методов.

Социологический метод использовался для изучения комплекса социальных условий, действующих на формирование социально-психологических характеристик ремиссии, концепции свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости. Данный метод включает 95 параметров из 253 показателя в виде вопросов, на которые отвечает респондент.

Клинико-психопатологический метод исследования использовался при оценке критериев диагностики наркологических заболеваний, психических и поведенческих расстройств, приобретённых в следствие употребления пав, соответствующих критериям МКБ - 10; при анализе психического, неврологического и соматического состояний; при идентификации основного синдрома с указанием базисных аргументов; при оценке степени и скорости редукции синдрома зависимости.

Экспериментально-психологическим методом исследовались личностные свойства и качества, определялась степень выраженности изменений в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах. Пациенты исследовались только в начале курса реабилитации, из исследования были выведены пациенты, длительность ремиссии у которых была обусловлена вынужденной изоляцией.

Метод экспертных оценок использовался:

- 1) для оценки реабилитационного потенциала;
 2) при анализе групп факторов, относимых к стабильно динамическим и экспрессивно-динамическим системам.

Экспертное заключение, трижды за курс реабилитации, делали врачи - психотерапевты, являющиеся кураторами данного пациента, - с целью объективного отражения происходящих изменений в личностной сфере пациента.

Статистический метод применялся для статистической и математической обработки первичных данных (параметры ЕИК, протоколы опросников, патопсихологических экспериментов).

Результаты исследования и обсуждение

Из 1860 учитываемых признаков достоверные различия в ретроспективном исследовании были выявлены по 140 показателям, которые в свою очередь были распределены на экспрессивно-динамические

и стабильно-динамические. Стабильно-динамических показателей – 50, экспрессивно-динамических – 90.

Далее было определено, как каждый показатель влияет на длительность, социальные и психологические характеристики ремиссии. В качестве индикатора, отражающего связь показателя с указанными характеристиками, использовалось соотношение рисков. Для соотношения рисков критическим значением является 1. Если это значение меньше 1, то данный показатель преобладает в группе пациентов с короткими ремиссиями, если больше 1, то данный показатель преобладает в группе пациентов с длительными ремиссиями. Если показатель равен или близок к единице, то эффект не выявлен.

В таблице 1 представлены стабильно – динамические показатели, выстроенные по убыванию отношения рисков попадания в группу с длительными ремиссиями.

Таблица 1

Стабильно – динамические показатели, с достоверной разницей, между исследуемыми группами, оказывающие влияние на социальные и психологические характеристики ремиссии, выстроенные по убыванию отношения рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями ($P<0,01$)

Стабильно – динамические показатели	Короткие ремиссии		Длительные ремиссии		Отношение рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными
	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	
Патологическое влечение в период последней ремиссии к наркотикам обострилось через: 11-12 мес.	0,3	0,2 \leftrightarrow 1,4%	3,7	1,9 \leftrightarrow 9%	4,57
Отмечали ли Вы: изменение восприятия окружающего пространства во время первого психотерапевтического сеанса?: Да	4,3	2 \leftrightarrow 10,5%	23,1	4,5 \leftrightarrow 55%	4,24
Состоит на учете в наркологическом учреждении: получает лечебно - консультативную помощь	1,3	\pm 0,9%	6,3	\pm 4,5%	3,3
Употребление наркотических веществ среди родственников: 2 человека	4,2	\pm 1,7%	12	\pm 6,4%	2,34
Причина первого прекращения употребления наркотика: давление со стороны сослуживцев	2,2	\pm 1,1%	6,2	\pm 4,4%	2,3
Этнический характер собственного брака: гетеронациональный	9,8	\pm 2,3%	20,2	\pm 7,5%	1,98
Возрастная иерархия в родительской семье (отношение к родителям и старшим) - подчиненное	16,6	\pm 3,2%	27,7	\pm 8,7%	1,7
Отношение к факту употребления со стороны значимых других лиц - осуждение	51,3	\pm 3,9%	64,9	\pm 8,9%	1,61

Таблица 1

Стабильно – динамические показатели, с достоверной разницей, между исследуемыми группами, оказывающие влияние на социальные и психологические характеристики ремиссии, выстроенные по убыванию отношения рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями ($P<0,01$) (продолжение)

Стабильно – динамические показатели	Короткие ремиссии		Длительные ремиссии		Отношение рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными
	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	
Отмечали ли Вы: появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?: Затрудняюсь с ответом	24,3	$\pm 4,1\%$	35,9	$\pm 10,6\%$	1,58
Жилищные условия: проживает у родителей/родственников	50,8	$\pm 3,8\%$	40,0	$\pm 9\%$	0,69
Инициатива последнего лечения исходила (наркотики): от его семьи	48,7	$\pm 3,9\%$	38,1	$\pm 9\%$	0,69
Патологическое влечение в период последней ремиссии к наркотикам обострилось через: несколько недель	26,9	$\pm 3,5\%$	13,8	$\pm 6,5\%$	0,48
В связи с чем начал употреблять наркотики: как способ избавления от скуки	23,2	$\pm 3,2\%$	11,3	$\pm 5,8\%$	0,47

Результаты исследования показали, что респонденты с длительными ремиссиями достоверно реже испытывают патологическое влечение к наркотикам в период ремиссии. Среди них преобладают лица, состоящие на диспансерном учёте в наркологическом учреждении, и имеют окружение, отрицательно относящееся к факту

наркозависимости. Респонденты с длительными ремиссиями легче идут на терапевтический контакт с психотерапевтом.

В таблице 2 представлены экспрессивно – динамические показатели, выстроенные по убыванию отношения рисков попадания в группу с длительными ремиссиями.

Таблица 2

Экспрессивно – динамические показатели, с достоверной разницей, между исследуемыми группами, оказывающие влияние на социальные и психологические характеристики ремиссии, выстроенные по убыванию отношения рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями ($P<0,01$)

Экспрессивно – динамические показатели	Короткие ремиссии		Длительные ремиссии		Отношение рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями
	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	
Я сделал (а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, несмотря ни на что: развился, но не до конца;	11	$\pm 5,1\%$	52,4	$\pm 21,4\%$	5,66

Таблица 2

Экспрессивно – динамические показатели, с достоверной разницей, между исследуемыми группами, оказывающие влияние на социальные и психологические характеристики ремиссии, выстроенные по убыванию отношения рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями ($P<0,01$) (продолжение)

Экспрессивно – динамические показатели	Короткие ремиссии	Длительные ремиссии		Отношение рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями	
	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	среднее значение (в %)		
Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что: развился, но не до конца;	8,1	$\pm 4,4\%$	38,1	$\pm 20,8\%$	4,58
Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов: середина пути;	38,3	$\pm 9,2\%$	75,0	$41 <> 95\%$	4,14
В проблемной (конфликтной) ситуации я: стараюсь уйти в работу, чтобы не думать о проблеме: скорее верно	10,7	$\pm 6\%$	38,5	$13 <> 69,3\%$	3,91
У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: середина пути;	35,1	$\pm 8,9\%$	71,4	$40,9 <> 92,3\%$	3,88
Я хорошо знаю обо всех проблемах, связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ: середина пути;	35,5	$\pm 8,9\%$	71,4	$40,9 <> 92,3\%$	3,83
В проблемной (конфликтной) ситуации я никого не виню: верно	8,8	$\pm 5,5\%$	30,8	$7,9 <> 61,9\%$	3,49
Исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов: выражен резко	5,6	$\pm 2,2\%$	23,2	$\pm 10\%$	3,42
Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: развился, но не до конца;	17,8	$\pm 6,2\%$	47,6	$\pm 21,4\%$	3,31
Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни: середина пути;	32,4	$\pm 8,7\%$	64,3	$34 <> 87\%$	3,2
Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: середина пути;	33	$\pm 9\%$	64,3	$34 <> 87\%$	3,11
Полноценное завершение личностной идентификации: умеренно выражено (объективные данные)	20,5	$\pm 3,9\%$	40,8	$\pm 11,4\%$	2,25
Степень сформированности навыков ответственного выбора: умеренно выражена (объективные данные)	20,9	$\pm 3,9\%$	41,2	$+/-11,7\%$	2,25
Степень сформированности внутреннего локуса контроля: умеренно выражена (объективные данные)	20,4	$\pm 3,9\%$	39,1	$\pm 11,5\%$	2,14
Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления: выражено резко (объективные данные)	18,4	$\pm 3,9\%$	34,3	$\pm 11,4\%$	1,99

Таблица 2

Экспрессивно – динамические показатели, с достоверной разницей, между исследуемыми группами, оказывающие влияние на социальные и психологические характеристики ремиссии, выстроенные по убыванию отношения рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями ($P<0,01$) (продолжение)

	Короткие ремиссии		Длительные ремиссии		Отношение рисков (risk ratio) попадания в группу с длительными ремиссиями
	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	среднее значение (в %)	доверительный интервал, средний	
Экспрессивно – динамические показатели					
Наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария: слабо выражено (объективные данные)	51,1	$\pm 4,8\%$	36,2	$\pm 11,3\%$	0,59
Я сделал (а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что: трудно ответить;	31,5	$\pm 3,9\%$	19,4	$\pm 7,8\%$	0,57
В проблемной (конфликтной) ситуации я обвиняю судьбу: верно	33,5	$\pm 4,5\%$	20,5	$\pm 9\%$	0,56
Степень сформированности навыков ответственного выбора: слабо выражена (объективные данные)	50,1	$\pm 4,8\%$	33,8	$\pm 11,2\%$	0,56
Степень сформированности внутреннего локуса контроля: слабо выражена (объективные данные)	52,6	$\pm 4,8\%$	33,3	$\pm 11,1\%$	0,5
У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: однозначно нет;	14,9	$\pm 2,9\%$	5,8	$\pm 4,5\%$	0,4

Анализ разницы между респондентами с короткими и длительными ремиссиями по экспрессивно – динамическим показателям показал, что у респондентов с длительными ремиссиями более развиты такие личностные характеристики, как полноценное завершение личностной идентификации, степень сформированности навыков ответственного выбора, степень сформированности внутреннего локуса контроля, наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления, исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов и жизненных планов. Данные сведения были получены и при непосредственном опросе респондентов, и по заключению курирующего психотерапевта, который, в свою очередь, опирался на заключения патопсихологической лаборатории. В результате, наличие или отсутствие определённых личностных качеств у пациентов в программах медико-социальной реабилитации в прямую определяет результат реабилитационной программы, её успешность и эффективность.

Таким образом, можно говорить о разнообразии факторов, оказывающих влияние на длительность, социальные и психологические характеристики ремиссии. На некоторые из них в процессе медико-социальной реабилитации (МСР) наркозависимых оказывать влияние крайне затруднительно, а порой и невозможно. Ценность данных факторов заключена в возможности прогноза и планирования индивидуальной программы реабилитации. Большинство факторов, определяющих качество ремиссии - это личностные, модифицируемые в процессе медико-социальной реабилитации, мишиени, на которые в процессе терапии нужно оказывать воздействие силами персонала, в первую очередь - психотерапевтами и психологами, развивая и восстанавливая утраченные за время наркотизации позитивные качества личности. В результате чего срабатывает золотое правило психотерапии - «заболевает один человек, выздоравливает другой» [7].

Литература:

1. Анохина И. П. *Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез): Лекции по наркологии под ред. Н. Н. Иванца.* - Медпрактика, 2000. - С. 16 - 41
2. Бочков Н. П., Асанов А. Ю., Аксёнова М. Г., Новиков А. В., Демикова Н. С. *Генетические факторы в этиологии и патогенезе наркоманий // Наркология.* - № 1, 2003
3. Валентик Ю. В. *Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии под ред. проф. Иванца Н. Н.* - М., 2000
4. Галеева А. Р., Юрьев Е. Б., Валинурова И. Р., Хуснутдинова Э. К. *Изучение полиморфизма гена D2-рецептора дофамина у мужчин разной этнической принадлежности с острым алкогольным психозом // Ж. неврологии и психиатрии им. Корсакова,* 2000. - Т. 100. - № 7. - С. 37-40
5. Гареева А. Е. *Исследование ассоциаций полиморфных вариантов генов переносчиков и рецепторов серотонина и дофамина с опийной наркоманией: Автoref. дисс. на соискание уч. степени к. н.* - Уфа, 2002, 169 с.
6. Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. *Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Научно-исследовательский институт наркологии Минздрава России // Методические рекомендации. Профилактика и реабилитация в наркологии.* - № 1, 2002
7. Катков А. Л. *Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Наркология Казахстана.* - № 2, 2001
8. Катков А. Л., Россинский Ю. А. *Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана,* Т. 2, № 2, 2002, С. 84-88.
9. Катков А. Л., Титова В. В. *Интегративно-развивающая двухуровневая психотерапия наркозависимых.* - Павлодар, 2002, 31 с.
10. Оруджев Н. Я. *Адаптация детей и подростков, потребителей психоактивных веществ: Дисс. кан. мед. наук.* - М., 1998, 202 с.
11. Оруджев Н. Я., Жигунова О. А. *Вопросы наркологии,* 2001, № 4. - С. 68 - 77
12. Пятницкая И. Н. *Наркомания: Руководство для врачей.* - М.: Медицина, 1994, 526 с.
13. Рохлина М. Л., Козлов А. А. *Наркоманическая личность // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова,* 2000. - № 7. - С. 23-26
14. Сиволап Ю. П. *К проблеме изменений личности у больных опийной наркоманией // Российский психиатрический журнал.* - № 2, 2003
15. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., Елишанский С. П. *Учёт социально-психологических «пронаркотических» факторов при разработке модельной городской целевой программы «Профилактика наркологических заболеваний» // Вопросы наркологии,* 2004. - № 1. - С. 47-54
16. Batel P. *Addiction and schizophrenia // Eur. Psychiatry,* 2000

ТИПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СТАДИЙ ПРИНЯТИЯ ФАКТА НЕИЗЛЕЧИМОЙ БОЛЕЗНИ ЗАКОНОМЕРНО ВЕДУЩЕЙ К СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, А. Т. Ескалиева

Наше исследование являлось кросс-секционным, объектом исследования явились больные опийной наркоманией, в том числе с сопутствующей ВИЧ-инфекцией, представленные репрезентативной выборкой из числа пациентов областного наркологического диспансера города Караганды.

Дескриптивно-феноменологический анализ позволил выделить следующую типологию эмоционально-поведенческих особенностей больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, характеризующих стадии принятия факта наличия неизлечимого заболевания: стадия психологической защиты,

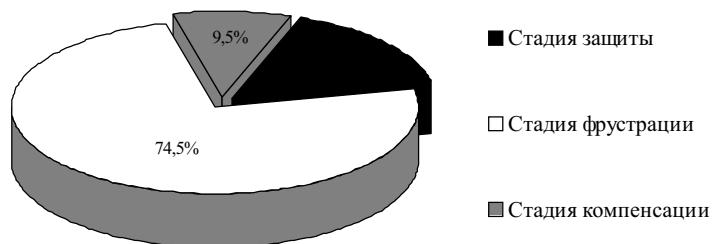
стадия фрустрации или слома психологической защиты и стадия компенсации или принятия болезни. В нашем исследовании в отношении предложенной типологии стадий процесса принятия болезни мы получили следующее распределение. Стадия психологической защиты: на данной стадии принятия болезни (ВИЧ/СПИДа) по данным нашего наблюдения находилось 15 человек или $16,0 \pm 7,4\%$ от числа группы больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ. Стадия фрустрации или слома психологической защиты: на данной стадии принятия болезни (ВИЧ/СПИДа) по данным нашего наблюдения

находилось **75** человек или $74,5 \pm 8,6\%$ от числа группы больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ. Стадия компенсации или принятия болезни: на данной стадии принятия болезни (ВИЧ/СПИДа) по данным нашего наблюдения находилось **9** человек или $9,5 \pm 5,9\%$ от числа группы больных опийной

наркоманией, инфицированных ВИЧ. На рисунке 1 схематически отражено распределение больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, эмоционально-поведенческие особенности которых, соответствовали выделенным нами стадиям принятия факта неизлечимого заболевания – ВИЧ/СПИДа.

Рисунок 1

Распределение больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, по стадиям принятия болезни



Ниже приводится описание эмоционально-поведенческих особенностей, отражающих процессы принятия болезни в отношении каждой выделенной стадии.

Стадия психологической защиты. Данная стадия принятия болезни, характеризуется следующими особенностями или изменениями в эмоционально-поведенческой и когнитивной сферах, которые отражают отношение пациента к факту наличия болезни, неизбежно ведущей к смерти. Для этой категории больных характерно поведение, наиболее часто соответствующее следующим формам психологической защиты: отрицанию, рационализации, регressiveным реакциям.

Такие больные, несмотря на факт постоянного наблюдения врачей центров СПИД и наркологов, формально относятся к диагнозу ВИЧ. В беседе с врачом, некоторые из них заявляют о полном неверию в данный диагноз. Причем часть из них проговаривает о своем неверию в факт инфицирования ВИЧ в форме допущения, например: «Я думаю, что у меня все-таки нет этого заболевания, потому что я знаю много случаев, когда врачи говорят о том, что у тебя ВИЧ или СПИД лишь для того, чтобы наркоман бросил употреблять наркотики». Другая часть категорически отрицают, нередко с агрессивным оттенком, например: «Что, если наркоман, так сразу спидоносец! Ерунда все это» или «Я же сказал, что не буду говорить на эту тему. Нет у меня ничего. Все это выдумки». Такие пациенты очень часто осведомлены о случаях или историях врачебных ошибок, и при ответе на вопрос о вере в тот факт, что он инфицирован ВИЧ, они в разговоре, как правило, рассказывают о них. У данных пациентов повышен общий уровень раздражения, тревоги. Они часто отмечают, что испытывают психический дискомфорт, однако связывают его с мыслями о ВИЧ или СПИДе. При попытке врача продолжить

разговор о ВИЧ/СПИДе эти пациенты нередко раздражаются, в резкой форме отказываются продолжать разговор на эту тему. Как правило, они скрывают факт инфицирования ВИЧ от окружающих.

Особенности данной стадии также заключаются в том, что если пациент формально принял свой ВИЧ-статус и не переживает особых проблем, связанных с ВИЧ, то помимо отрицания факта инфицирования ВИЧ, он может отрицать тот факт, что с ВИЧ могут быть связаны проблемы. На этой стадии он пытается жить так, как жил до момента инфицирования ВИЧ.

Так же они реагируют некоторым раздражением на вопрос: «Боитесь ли Вы смерти?» Как правило, они, сразу не задумываясь, с оттенком категоричной бравады заявляют: «Я ничего не боюсь», «Что ее бояться? Я уже насмотрелся на нее, и сам не раз был на волоске» или «У меня нет на то причин». На вопрос: «Думаете ли вы о смерти, или о том, что вскоре можете умереть» – отвечают, как правило, коротко и однозначно: «Нет», и стараются не продолжать разговор о смерти. Среди этих пациентов практически не встречаются те, у кого есть завещание на случай их смерти. Этой группе пациентов психотерапевтом было предложено написать завещание на случай собственной смерти. Предлагались стандартные темы: «Завещание жене/мужу, детям, родителям, близким людям», «Завещание людям, употребляющим наркотики», «Завещание людям, болеющим ВИЧ/СПИДом». Были получены следующие результаты: 9 человек или 60% отказались выполнять данное задание и дальнейшее обсуждение своего отказа. Это было сделано в разной эмоциональной форме (грубый отказ или открытый протест, пассивный отказ). Выполнили данное задание формально 6 человек или 40%. Так, например, на предложение: «Что Вы можете завещать своей жене (мужу), детям, близким людям» – 9 человек

(60% от выполнивших задание) ответили «Ничего»; 3 человека (20% от выполнивших задание) ответили «Здоровья» и «Всего хорошего». На предложение: «Что Вы можете завещать людям, употребляющим наркотики» – 9 человек (60% от выполнивших задание) ответили «Прекратить употреблять» и 6 человека (40%) – «Ничего». На предложение: «Что Вы можете завещать людям, больным ВИЧ/СПИДом» – 4 человека (26,7%) ответили «Ничего», 4 человека (26,7%) – «Здоровья» и 2 человека (13,3%) – «Дольше прожить».

Пациенты, которых мы отнесли к стадии психологической защиты, практически в 100% случаев отметили тот факт, что у них изменилось состояние опьянения, в частности, в структуре наркотического опьянения появились такие компоненты, как физический и психический дискомфорт, раздражение

и агрессивность, злобность и необъяснимая неудовлетворенность, мысли о нежелании жить. Этот факт свидетельствует о внутренней тревоге и страхе, с нашей точки зрения, связанный с принятием факта наличия ВИЧ. Ниже мы рассмотрим динамику изменения наркотического опьянения в группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ.

Среди больных данной группы в 66,6% случаев имело место сопротивление антиретровирусной терапии (АРВТ), проявляющееся в несоблюдении требований регулярного и непрерывного приема антиретровирусных препаратов (АРВП).

В таблице 1 приведены основные эмоционально-поведенческие индикаторы, характерные для первой стадии принятия болезни – стадии психологической защиты.

Таблица 1

*Первая стадия принятия болезни – стадия психологической защиты:
характеристики и эмоционально-поведенческие индикаторы*

Характеристики	Эмоционально-поведенческие индикаторы
Наркотическое и «рисковое» поведение	<p>Прежнее наркотическое поведение с периодами попыток отказа от приема наркотиков. Превалирует групповое употребление наркотиков, реже употребление в одиночку.</p> <p>В периоды обострения наркотической активности прежние формы рискованного поведения: использование одного шприца, иглы, посуды; незащищенный секс.</p>
Клинические признаки	<p>Психоэмоциональные расстройства: Повышенный уровень тревоги, психического напряжения. Повышенная ранимость, агрессивность. Склонность к дисфорическим и депрессивным реакциям. Наличие суицидальных тенденций, не доходящих до уровня суицидального поведения.</p> <p>Качественное изменение состояния наркотического опьянения: агрессивность, психический/физический дискомфорт, депрессия</p> <p>Поведение на группе или индивидуальной сессии: Избегание обсуждения экзистенциальных вопросов, связанных со смертью, ответственностью. Избегание или негативное эмоциональное реагирование на ситуации, связанные с темой ВИЧ/СПИДа. В группе часто характерна пассивная роль, роль предупреждающего. При обсуждении болезненных вопросов характерны реакции отказа, ухода, жесткой конфронтации, обвинительной позиции.</p>
Регрессивные реакции	<p>Выражаются в протестных формах поведения, реакциях отказа, склонность к категоричности суждений, бескомпромиссности.</p> <p>Реакции обвинения направленные на окружающих. Агрессивные реакции. В беседе с медперсоналом характерны негативные реакции, враждебность, возмущение, разочарование, упреки в адрес врачей и их якобы нерационального поведения.</p>
Реакции отрицания	<p>Отрицание или формальное принятие факта инфицирования.</p> <p>Негативное реагирование на требования медперсонала в отношении регулярного посещения специалистов.</p> <p>Негативное отношение к назначению антиретровирусной терапии. Не соблюдение регулярности приема данных препаратов. Отказ от участия в группах поддержки.</p>
Реакции рационализации	<p>Попытка объяснить якобы необоснованные требования или диагноз медперсонала. Наличие примеров о случаях ошибок диагноза ВИЧ. Попытка объяснить клинические данные в пользу отсутствия диагноза ВИЧ.</p>

Среди этих больных, практически в 100% случаев, согласно шкале депрессии Бека отмечаются признаки наличия депрессии в той или иной степени выраженности. В таблице 2 и 3 представлены распространенность случаев депрессии с различной степенью тяжести (показатели шкалы депрессии Бека), характерных для выделенных нами стадий: стадии психологической защиты процесса принятия факта инфицирования ВИЧ; стадии фрустрации или стадии слома психологической защиты и стадии компенсации или стадии принятия болезни.

Таким образом, выделенной нами стадии психологической защиты – «Стадия защиты», соответствовали три стадии принятия смерти неизлечимым больным, описанные Kubler-Ross: стадия отрицания болезни, стадия протesta и гнева и стадия компромисса с болезнью. По сути, все эти три стадии являются вариантами психологической защиты.

Стадия провала или слома психологической защиты, или стадия фрустрации. Данная стадия принятия болезни, характеризуется следующими особенностями или изменениями в эмоционально-поведенческой и когнитивной сферах. Ведущей является депрессивная симптоматика, проявляющаяся в выраженных и тяжелых депрессивных реакциях. Суициdalная направленность проявляется как на эмоционально-когнитивном, так и на поведенческом уровне: мысли о нежелании жить, мысли о самоубийстве, попытки суицида. Переживание вины перед родственниками. Склонность к самоизоляции при сохраняющейся потребности в общении. Периодически депрессивные реакции смешиваются или трансформируются в агрессивные реакции, которые, как правило, выражаются в форме вербального протesta. При этом отмечается следующая направленность: персонифицированный гнев и неперсонифицированный гнев. Персонифицированный гнев направлен на собственную личность или конкретных других людей. Гнев в отношении собственной личности выражается в обвинении себя за то, что так случилось, стигме по отношению к самому себе. Гнев по отношению к конкретным другим людям выступает в качестве мотива найти того, от которого произошло инфицирование ВИЧ, с целью отомстить. Неперсонифицированный гнев проявляется в виде желания отомстить людям, заразить кого-либо

или в недовольстве по отношению к социуму. Данные реакции не являются ведущими и, как правило, выступают в рамках депрессии, реакциях отчаяния. На данной стадии меняется наркотическое поведение, в частности пациенты чаще прибегают к индивидуальным формам употребления наркотиков. Для них характерно поведение, свидетельствующее о потребности в поддержке: они проявляют интерес в отношении существующих реабилитационных программ данного профиля. Интересуются вопросами заместительной терапии. У них меняется рисковое поведение, в сторону его уменьшения: они практикуют защищенный секс, чаще используют индивидуальные средства приема наркотиков (шприц, игла, посуда).

У этих пациентов мы отметили совсем другое отношение к написанию завещания. Во-первых, в этой группе было меньше отказов в отношении выполнения данной техники – **18 человек или 24,0%**. Но, тем не менее, это достаточно большой процент отказов, который мы связываем с особенностями психического состояния, а именно проявлением депрессии – апатии и отчаяния. Качество ответов так же отличалось от ответов предыдущей группы. Так, например, на предложение: «Что Вы можете завещать своей жене (мужу), детям, близким людям» – у **55 человек (73,3% от числа выполнивших задание)** в ответах звучало разочарование в собственной жизни и ожидание приближающегося конца. Их ответы, в основном, носили следующий характер: «Все, о чем я мечтал, но так и не смог достичь», «Чтобы у них жизнь сложилась, а не так, как у меня», «Чтобы они жили долго и счастливо», «Чтобы они ценили жизнь пока живые», «Здоровья и долгих лет жизни» и т.п.; На предложение: «Что Вы можете завещать людям, употребляющим наркотики» наиболее часто встречались три типа ответов. Первый тип пожеланий был связан напрямую с суициdalными мыслями – пожелания «Золотого укола» (т.е. умереть от передозировки), и скорее являлся проекцией собственных мыслей. Такое пожелание лицам, употребляющим наркотики, было у **24 человек (32,0% от числа выполнивших задание)**. Второй тип пожеланий касался непосредственно ВИЧ-инфекции: «Не заболеть СПИДом», «Не заразиться ВИЧ» и т.п. и был зарегистрирован в **51 случае (68,0% от выполнивших задание)**.

Таблица 2

Вторая стадия принятия болезни – стадия слома психологической защиты или стадия фрустрации

Характеристики	Эмоционально-поведенческие индикаторы
Клинические признаки	Осознание факта инфицирования ВИЧ. Депрессивные расстройства. Суициdalная направленность: суициdalные мысли, суициdalные попытки. Наиболее распространенная форма суицида – передозировка наркотиком «золотой укол». Качественное изменение состояния наркотического опьянения: психический/физический дискомфорт, депрессия, суициdalные мысли, витальная тоска.

*Вторая стадия принятия болезни – стадия слома психологической защиты
или стадия фрустрации (продолжение)*

Характеристики	Эмоционально-поведенческие индикаторы
	Склонность к самоизоляции при сохраняющейся потребности в общении. Поведение на группе: характерны разные роли группового процесса: роль отклоняющегося, предупреждающего, социабельная роль, структурная роль.
Наркотическое и рисковое поведение	Изменение наркотического поведения в сторону индивидуальных форм употребления наркотиков. Уменьшение рискованных форм поведения: защищенный секс, индивидуальные средства употребления наркотиков
Реакции отчаяния	Периодически отказ от приема АРВП, с мотивацией «все равно не поможет». Периодические попытки передозировки («золотого укола»).
Обращение за поддержкой	Согласие на участие в группе поддержки. Интерес в отношении существующих реабилитационных программ. Интерес в отношении заместительной терапии.

И третий тип пожеланий касался непосредственно употребления наркотиков: «Не употреблять наркотики», «Прекратить колоться», «Остановиться пока не поздно», и встречался в **63** случаях (**84,0%** от лиц, выполнивших задание). На предложение: «Что Вы можете завещать людям, больным ВИЧ/СПИДом» так же распределились на две основные группы, полярные по эмоциональному отношению к данной категории людей: эмоциональная поддержка, сочувствие и солидарность; и безразличие с оттенком осуждения. Первая группа пожеланий (поддержка) отмечалась в **40** случаях (**53,3%** от числа выполнивших задание): «Крепитесь», «Мы с Вами», «Все мы умрем», «Дольше прожить», «Дальше жить в очень интенсивном режиме», «Надежды», «Поддержки со стороны близких» и т.п. Пожелания, безразличие, отражающие осуждение и стигму встречался в **17** случаях (**22,7%**) и выглядел следующим образом: «Ничего», «Не колоться и не заражать других».

Как и в предыдущем случае, пациенты, которых мы отнесли к стадии фрустрации или слома психологической защиты, отметили тот факт, что у них изменилось состояние опьянения, в частности, в структуре наркотического опьянения появились такие компоненты, как мысли о самоубийстве, физический и психический дискомфорт, витальная тоска и т.д.

На психотерапевтической группе данные больные более вовлечены в процесс, вследствие этого для них характерны различные типы групповых ролей: структурная роль (ориентирована на решении групповых задач), социабельная роль (ориентирована на межличностные отношения участников группы), отклоняющая роль (противопоставление себя группе) и роль предупреждающего (пассивное молчаливое поведение).

Данное поведение является реакцией фрустрации как результат поломки механизмов психологической защиты и, таким образом, включает в себя следующие стадии принятия смерти неизлечимым больным, описанные Kubler-Ross: стадия протesta и гнева и стадия отчаяния.

Стадия принятия болезни или стадия компенсации. Данная стадия принятия болезни, характеризуется следующими особенностями или изменениями в эмоционально-поведенческой и когнитивной сферах. Пациент помимо осознания принимает свой диагноз, при этом отмечается улучшение его психического состояния: нивелируются депрессивные реакции. Происходит смещение депрессии в отношении степени ее выраженности в сторону менее выраженных форм. Уменьшается количество случаев суициdalной направленности: мыслей о самоубийстве и попыток суицида. Снижается уровень общей тревоги и психического напряжения. Происходит уменьшение количества случаев агрессивных форм поведения. Улучшаются взаимоотношения как с медперсоналом (улучшение комплайенса), так и с родственниками. На психотерапевтической группе эти пациенты часто берут на себя роль лидера или помощника терапевта группы. Для них наиболее характерны социабельная и структурная групповые роли.

Они начинают активно интересоваться существующими социальными или медицинскими программами для наркозависимых, живущих с ВИЧ/СПИДом, и изъявляют желание в отношении участия в волонтерском движении. Они сознательно открывают и не скрывают свой ВИЧ-статус, и становятся способными говорить не только о своих проблемах, но и потребностях других наркозависимых с ВИЧ. Происходит расширение социальных связей человека с другими сообществами.

Третья стадия принятия болезни – стадия принятия болезни или стадия компенсации

Стадия психологической защиты	
Характеристики	Эмоционально-поведенческие индикаторы
Клинические признаки	<p>Осознание и принятие диагноза ВИЧ, осознанное открытие другим своего ВИЧ-статуса.</p> <p>Нивелирование депрессивной симптоматики. Смещение депрессии в отношении степени ее выраженности в сторону менее выраженных форм.</p> <p>Уменьшение количества случаев суициальной направленности: мыслей о самоубийстве и попыток суицида.</p> <p>Снижение уровня общей тревоги и психического напряжения, нивелирование агрессивного поведения.</p> <p>Поведение на группе. Активная позиция. Присущи в основном социабельная и структурная групповые роли. Нередко играет роль лидера в группе. Часто выступает в качестве помощника терапевта.</p> <p>Улучшение комплайенса – терапевтических отношений с медперсоналом. Улучшение взаимоотношений с родственниками и ЗДЛ.</p>
Наркотическое и рисковое поведение.	Осознанное изменение наркотического и рискового поведения в сторону более безопасных его форм. Мотивом служит, личная ответственность по отношению к другим людям и потребителям инъекционных наркотиков.
Участие в социальных программах	Активная позиция и интерес в отношении существующих медико-социальных программ для наркозависимых живущих с ВИЧ/СПИДом. Желание в отношении участия в волонтерском движении.

Для пациентов, находящихся на стадии компенсации или принятия болезни характерно осознанное изменение наркотического и «рискового» поведения в сторону более безопасных его форм: они практикуют безопасные формы секса, используют индивидуальную посуду для употребления наркотиков. Мотивом служит личная ответственность по отношению к другим людям и потребителям инъекционных наркотиков.

Таким образом, типология психологических стадий принятия факта неизлечимой болезни,

закономерно ведущей к смерти у больных наркоманией инфицированных ВИЧ, является актуальным диагностическим и практическим инструментарием когнитивной, аффективной и поведенческой сферы наркозависимых пациентов. Адекватное прохождение всех психологических стадий до стадии принятия и компенсации болезни способствует реадаптации и ресоциализации пациента, восстановлению его социального, психического и психологического статуса.

ЭТАПЫ ПРИНЯТИЯ БОЛЕЗНИ, ЗАКОНОМЕРНО ВЕДУЩЕЙ К СМЕРТИ, КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ВИЧ/СПИДОМ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, А. Т. Екалиева

Основной целью медико-психологической реабилитации больных опийной наркоманией, живущими с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), является улучшение качества жизни данного контингента. В задачи лечебного процесса входит терапия и реабилитация

основных заболеваний: наркомании и ВИЧ/СПИДа, а также связанных с этими заболеваниями осложнений со стороны соматической и психической сферы. Наиболее частыми психическими нарушениями у больных опийной наркоманией, инфицированных

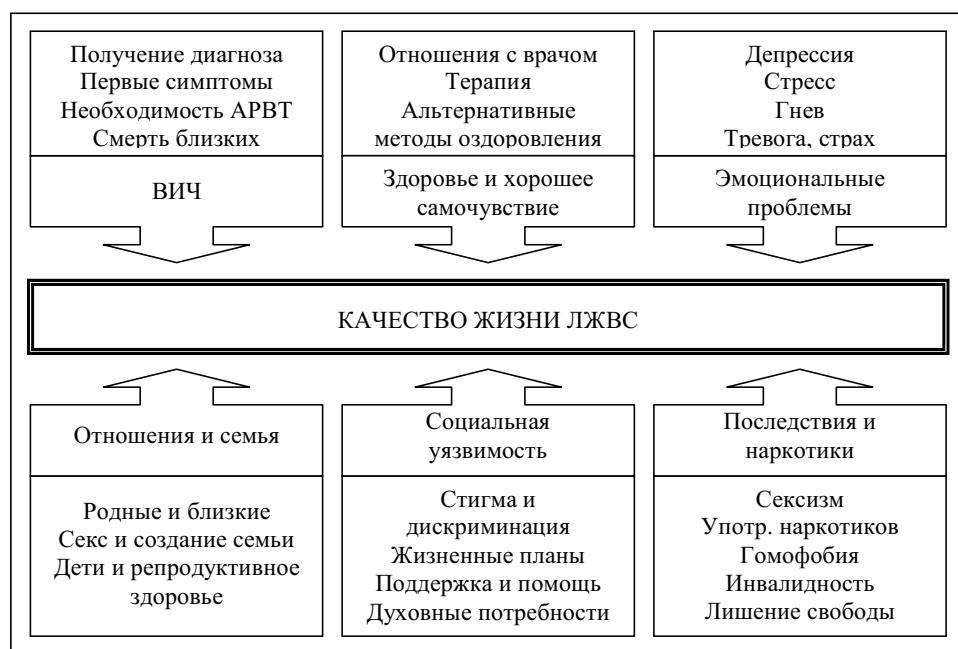
ВИЧ, являются аффективные (депрессивные) расстройства настроения. В нашем исследовании выборка пациентов с опийной наркоманией с сопутствующим ВИЧ/СПИДом депрессивные расстройства проявлялись в рамках различных нозологических рубрик МКБ-10: аффективных расстройств настроения в виде депрессивного эпизода F 32 ($8,0 \pm 5,3\%$), рекуррентного депрессивного расстройства F 33 ($71,7 \pm 8,9\%$); обострения и/или декомпенсация хронических расстройств настроения, циклоритмии – F 34.0 и дистимии F 34.1 ($5,5 \pm 3,6$) и специфических расстройств зрелой личности F 60 ($57,5 \pm 8\%$); депрессивных или смешанных с депрессией вариантов расстройств психической адаптации F 43.21, F 43.22 ($47,5 \pm 7,8\%$). Во всех упомянутых нозологических случаях обязательным компонентом выступает депрессия в различных степенях ее тяжести (согласно оценке шкалы депрессии Бека); отсутствие депрессии – $5,9 \pm 4,6\%$; легкая депрессия – $7,9\% \pm 5,3\%$; умеренная – $8,9 \pm 5,6\%$; выраженная – $30,3 \pm 7,5\%$ и тяжелая депрессия – $47,0 \pm 9,6\%$. И в сравнении с опийными наркозависимыми, имеющими отрицательный ВИЧ-статус, по такому параметру, как частота встречаемости и степень выраженности депрессии, ВИЧ-инфицированные больные опийной наркоманией оказались наиболее неблагоприятной группой.

В данном случае, столь высокая распространенность депрессивных нарушений связана с множеством проблем такого контингента, как больные опийной наркоманией, тем более с сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Н. Недзельский и Е. Морозова (2003) предлагают схему взаимоотношения проблем людей, живущих с ВИЧ, позволяющую исследовать качество их жизни. Все эти проблемы

авторы подразделяют на 6 категорий (см. рисунок 1) данного заболевания, необходимость постоянно го и непрерывного получения антиретровирусной терапии (АРВТ), прогрессирование болезни и связанное с этим ухудшение состояния, смерть близких или знакомых из группы ВИЧ-положительных. Вторая категория «Здоровье и самочувствие» включает следующие возможные проблемы: обращение к врачу, взаимоотношения с врачом (комплайанс), необходимость регулярного и непрерывного приема антиретровирусных препаратов, поиск альтернативных методов лечения (в основном стресса, депрессии) пар, создание семьи, беременность, рождение ребенка, репродуктивное здоровье и т.д. Пятая категория «Социальная уязвимость» охватывает проблемы стигмы (культурная, институциональная, межличностная и личная стигма), остракизма, дискриминации людей, живущих с ВИЧ, и проблем, связанных с поддержкой и оказанием помощи данной группе населения. Шестая категория «Последствия» охватывает такие проблемы, как незаконное потребление наркотиков (наркомания), тюремное заключение и последствия ВИЧ – инвалидность, гомофобия, сексизм.

В настоящее время существует ряд программ реабилитации лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, в том числе зависимых от наркотиков, куда включаются психотерапия и психологическая коррекция. Целью этих программ, является психосоциальная реабилитация, реинтеграция в общество и повышение качества жизни целевых групп (ЛЖВС). Психотерапевтическая помощь, в основном, представлена группами поддержки, психологическими тренингами, реже групповой психотерапией (Савельева И. и со-авт., 1998, Недзельский Н., Морозова Е., 2003).

Рисунок 1



Однако в предлагаемых программах психотерапевтическая помощь описывается без четкого патогенетического обоснования и, соответственно, без определения мишеней психотерапевтического воздействия, что не позволяет выстраивать рационально обоснованный континуум психотерапевтической или реабилитационной стратегии. Психотерапия предлагается как один из видов комплексного лечения реабилитационной программы для лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, но при этом, не обосновывается в достаточной степени приложение психотерапии как метода терапевтического воздействия, позволяющего повлиять на качество жизни этого контингента. Четко не оговаривается обоснованная последовательность психотерапевтического вмешательства в работе с этим крайне сложным контингентом.

Особенность данного контингента, с одной стороны, заключается в том, что он имеет как минимум два неизлечимых заболевания, каждое из которых с высокой степенью вероятности закономерно приводит к летальному исходу. Второй аспект этой сложной проблемы заключается в том, что эти два заболевания (наркомания и ВИЧ/СПИД) на сегодняшний день являются стигмами, как в культуральном, так и институциональном плане и, соответственно, контингент, страдающий этими расстройствами, является стigmatизированной группой. Оба эти аспекта (неизбежность смерти и дискриминация общества) крайне усложняют выполнение задачи – повышение качества жизни данного контингента.

С нашей точки зрения, врач психотерапевт или психолог должен понимать и представлять психотерапевтический процесс с больными наркоманией, живущими с ВИЧ/СПИДом, в целостности задач, конкретных мишеней и четкой континуальности психотерапевтического воздействия. Все возможные факторы, влияющие на качество жизни индивидуума, можно разделить на две большие группы: те, которые являются особенностями или закономерностями развития основных заболеваний, опийной наркомании и ВИЧ/СПИДа и, отчасти зависят от самого индивидуума или личности и те, которые от последнего не зависят. Ко второй группе, в основном, относятся такие социальные факторы, как стигма, дискриминация и низкий ассортимент представленных медико-социальных программ для данного контингента. Для успешной психотерапии необходимо определить мишени психотерапевтического воздействия больных опийной наркоманией, имеющих ВИЧ/СПИД. А. Л. Катков и соавт. (2003), а впоследствии и другие авторы, Н. А. Бокан и соавт. (2005), Ю. А. Россинский (2005) выделили основные мишени психотерапевтического воздействия больных наркоманиями. К ним относятся следующие мишени.

- *Мишень № 1* – патологический соматический статус зависимых от ПАВ. Непосредственно психотерапевтической мишенью являются соматические проявления синдрома зависимости без

признаков угрозы развития терминальных состояний и выраженных психопатологических проявлений;

- *Мишень № 2* – собственно патологическое вление к психоактивному веществу (ПВ к ПАВ) во всех сферах непосредственного проявления данного феномена;

- *Мишень № 3* – патологический личностный статус зависимых от ПАВ (дефицит свойств психологического здоровья, характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости);

- *Мишень № 4* – неоабилитационный (развивающийся) личностный статус зависимых от ПАВ;

- *Мишень № 5* – дефицитарный социальный статус зависимых от ПАВ (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме);

- *Мишень № 6* – уровень мотивации на освобождение от химической зависимости.

Вышеперечисленные мишени, несомненно, приемлемы и к ВИЧ-инфицированным наркозависимым. Однако, в случае с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми мишень № 1 «Патологический соматический статус» требует своего разделения на две самостоятельные мишени: патологический соматический статус, связанный с синдромом зависимости и патологический соматический статус, связанный с проблемами больного неизлечимым заболеванием (ВИЧ/СПИДом). Согласно классификации А. Л. Каткова и соавт. (2003) психотерапевтических мишеней зависимых от ПАВ, «непосредственно психотерапевтической мишенью № 1 «Патологический соматический статус» являются соматические проявления синдрома зависимости без признаков угрозы развития терминальных состояний» (Катков А. Л. и соавт., 2003). В случае же с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми существует реальная угроза развития терминального состояния вследствие ВИЧ/СПИДа. Именно поэтому у данного контингента необходимо выделение двух самостоятельных психотерапевтических мишеней воздействия на соматическом уровне: патологический соматический статус, связанный с синдромом зависимости и патологический соматический статус инфицированного ВИЧ или больного СПИДом. Таким образом, у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ, мы выделяем семь мишеней психотерапевтического воздействия.

- *Мишень № 7* – «Патологический соматический статус инфицированного ВИЧ или больного СПИДом».

Дополнительно выделенная мишень «Патологический соматический статус инфицированного ВИЧ или больного СПИДом» имеет несколько составляющих, в том числе психическую составляющую – психическую реакцию индивида на факт наличия неизлечимой болезни. Психотерапевтической мишенью, по сути, является эта психическая составляющая, которая соответствует закономерным этапам

или стадиям принятия больным факта наличия неизлечимой болезни или приближающегося летального исхода заболевания. Этапы принятия факта неизлечимой болезни или «фазы умирающего больного» были описаны Kubler-Ross (цит. по К. П. Кискер и соавт., 1999).

1) *Стадия отрицания болезни* («Желание не знать правду»). На данной стадии больной не принимает, отрицает факт наличия неизлечимой болезни, и его поведение направлено на подтверждение этого отрицания.

2) *Стадия гнева и протеста* («Гнев и возмущение»). На данной стадии, пациент протестует против допущенной к нему несправедливости.

3) *Стадия поиска компромисса или сделки с болезнью* («Компромисс или сделка»). На этой стадии больной стремится, как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, стараясь продлить свою жизнь.

Литература:

1 Недзельский Н., Морозова Е., *Поддержка людей, живущих с ВИЧ. Просветительский Центр «ИнфоПлюс»*. - М., 2003, 148 с.

2 Kubler-Ross E. Dr. *On death and dying*. MacMillan Publishing Co. - N. Y, 1969

3 Kubler-Ross E. Dr. *Death does not exist. The Coevolution Quarterly. Summer*, 1977

4 Н. А. Бohan, А. Л. Катков, Ю. А. Россинский. *Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией*, 2005, 45 с.

4) *Стадия отчаяния* («Депрессия»). Данная стадия проявляется депрессивной симптоматикой с реакциями отчаяния, нередко включающими в себя суицидальные мысли и попытки самоубийства.

5) *Стадия компенсации* («Адаптация или смирение и новые надежды»). На данной стадии больной полностью принимает факт наличия неизлечимой болезни, как часть жизни, которая есть на сегодняшний день. Страх смерти и чувство безысходности уходят на второй план, и на первый план выходит принятие жизни с данным неизлечимым заболеванием.

Таким образом, в процессе психотерапевтической интервенции и психологического консультирования необходимо учитывать этап принятия факта неизлечимой болезни, неизбежно ведущей к смерти. Несоответствие представлений психотерапевта и больного опийной наркоманией с сопутствующим ВИЧ/СПИДом могут привести к нарушению терапевтического комплиайенса и утяжелению аффективной симптоматики.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ СИНДРОМОВ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПРОЖИВАЮЩЕГО В ПРИАРЛЬЕ

Ж. Бултачеев

г. Кызылорда

Полученные в результате проведенного клинико-эпидемиологического исследования данные указывают на чрезвычайно неблагополучную ситуацию с распространенностью психических расстройств среди населения, проживающего в Аральской зоне экологической катастрофы и в Кызылординской зоне экологического риска. Установлено, что 64,6% населения, проживающего в зоне экологической катастрофы, 45,5% населения, проживающего в зоне экологического риска, имеют клинически очерченные синдромы психических расстройств. Структура психической патологии, выявляемой среди лиц, проживающих в зоне экологической катастрофы, никогда ранее не обращавшихся за помощью к психиатрам и психотерапевтам, имеет свои, обусловленные специфическими факторами, особенности, в том числе гендерные.

Вопросы охраны природы и создания наилучших условий ее сохранения являются приоритетами международного сотрудничества. Двадцать восьмая сессия Генеральной Ассамблеи ООН учредила “Программу ООН по окружающей среде” (ЮНЕП), а в 1981 г. приняла резолюцию “Об исторической ответственности государств за сохранение природы Земли для нынешних и будущих поколений”. Это связано с тем, что среди факторов, ухудшающих здоровье человека, в том числе и психическое, по мнению Всемирной организации здравоохранения, все больший вес приобретает нарушение экологии. Если изменение экологии происходит в неблагоприятную сторону, оно более опасно, чем “одноразовая конфронтация со значительным стрессом”, поскольку избежать экологического стрессового воздействия человек не может, а длительность его влияния измеряется годами. В условиях неблагоприятной экологии человек вынужден мобилизовать механизмы долгосрочной адаптации, что нередко приводит к снижению уровня функционирования, как индивидуума, так и популяции в целом.

Прослеживается связь между экологическим неблагополучием и психическими расстройствами населения. Они обусловлены хроническим характером средовых воздействий, наличием в среде комплекса патогенных факторов, эмбриотоксическим влиянием на организм человека, а также обязательным присоединением социально-экономических воздействий и психологического стресса. Вместе с тем, не всегда легко вычленить обусловленность психических расстройств каким-либо экологическим

фактором, так как социально-психологические эффекты в определенный период перекрывают биологические воздействия.

Изучение распространенности синдромов психических расстройств среди населения, не попадающего в поле зрения психиатров, имеет большое значение для организации и планирования медицинской помощи. Особую актуальность эта проблема приобретает в экологически неблагоприятных зонах. Одним из ярких примеров таких зон очевидного и достаточно многолетнего экологического неблагополучия, характеризующегося, в первую очередь, дефицитом и низким качеством питьевой воды, а также частыми песчаными бурями, является Приаралье.

В Республике Казахстан принят специальный закон «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологической катастрофы в Приаралье». В настоящее время уже очевидно влияние ряда неблагоприятных последствий на здоровье населения Приаралья, возникших вследствие произошедшей там экологической катастрофы. Однако каких-либо сведений о реальной ситуации с распространенностью психической патологии среди здоровой части популяции региона не имеется, что затрудняет организацию профилактической работы.

Следует также отметить, что в законе Республики Казахстан «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологической катастрофы в Приаралье» подчеркнуто, что каждая рекомендация по преодолению последствий катастрофы должна иметь научное обоснование. Таким образом, настоящая работа направлена на научно-методическое обеспечение упомянутого закона в области совершенствования организации профилактической психиатрической помощи населению Приаралья. Основной целью данного исследования являлось выявление частоты синдромов психических расстройств среди населения, не попадающего в поле зрения психиатров.

В качестве основного инструмента клинико-эпидемиологического исследования использовалась “Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований”, разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, включающая в себя социodemографические и социокультуральные сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов (по критериям DSM-IV и МКБ-10). Все собранные и формализованные таким образом сведения были занесены в

единую компьютерную базу данных и подвергнуты статистико-математическому анализу.

Анализ психического здоровья обследованных проводился по 30 психопатологическим синдромам, включающим в совокупности 175 симптомов.

Материалом обследования послужили взрослые в возрасте 20-59 лет – 325 (в том числе 160 женщин) человек, проживающих в зоне экологической катастрофы (Аральская зона) и 325 человек (женщин), проживающих в зоне экологического

риска (Кызылординская зона), никогда ранее не обращавшихся за помощью к психиатрам и психотерапевтам. Обследование проводилось методом случайной выборки, с учетом демографической структуры характерной для популяций этих зон.

В таблицах 1 и 2 представлены сравнительные данные о частоте психопатологических расстройств среди населения исследуемых зон в зависимости от половой принадлежности.

Таблица 1

Распространенность основных синдромов психических расстройств в зависимости от половой принадлежности (на 1000 мужчин и женщин, проживающих в Аральской зоне экологической катастрофы)

Синдромы	мужчины	женщины
Депрессивные расстройства	50,0	60,6
Маниакальные состояния	12,5	12,1
Генерализованные тревожные расстройства	37,5	97,0
Специфическая фобия	50,0	24,2
Посттравматические стрессовые расстройства	12,5	12,1
Соматизированные расстройства	75,0	24,2
Соматоформные болевые расстройства	25,0	24,2
Пироманические расстройства	12,5	12,1
Патологическое влечение к азартным играм	12,5	12,1
Параноидное расстройство личности	12,5	12,1
Шизотипическое расстройство личности	12,5	12,1
Антисоциальное расстройство личности	37,5	12,1
Истерическое расстройство личности	12,5	48,5
Расстройство личности в виде уклонения	25,0	24,2
Зависимое расстройство личности	50,0	24,2
Пассивно-агрессивное расстройство личности	37,5	12,1
Депрессивное расстройство личности	100,0	48,5
Легкие когнитивные расстройства	37,5	12,1
Шизоидное расстройство личности	37,5	12,1
Агорафобия	25,0	24,2
Паническое расстройство личности	25,0	24,2
ВСЕГО:	700,0	545,5

Проведенный нами анализ (таблица 1) показал, что среди проживающих в Аральской зоне экологической катастрофы мужчин достоверно чаще, чем среди женщин, выявляются специфические фобии, соматизированные расстройства; антисоциальное, зависимое, пассивно-агрессивное, депрессивное и

шизоидное расстройства личности; а также легкие когнитивные расстройства. Среди женщин статистически достоверно чаще выявлялись выраженные депрессивные расстройства, генерализованные тревожные расстройства и истерическое расстройство личности.

Таблица 2

Распространенность основных синдромов психических расстройств в зависимости от половой принадлежности (на 1000 мужчин и женщин, проживающих в Кызылорде)

Синдромы	мужчины	женщины
Депрессивные расстройства	25,0	24,2
Маниакальные состояния	12,5	12,1
Генерализованные тревожные расстройства	25,0	24,2
Специфическая фобия	50,0	24,2

*Распространенность основных синдромов психических
расстройств в зависимости от половой принадлежности
(на 1000 мужчин и женщин, проживающих в Кызылорде) (продолжение)*

Синдромы	мужчины	женщины
Посттравматические стрессовые расстройства	12,5	12,1
Соматизированные расстройства	62,5	24,2
Соматоформные болевые расстройства	12,5	12,1
Пироманические расстройства	12,5	12,1
Патологическое влечение к азартным играм	12,5	12,1
Параноидное расстройство личности	12,5	12,1
Шизотипическое расстройство личности	12,5	12,1
Антисоциальное расстройство личности	37,5	12,1
Истерическое расстройство личности	12,5	48,5
Расстройство личности в виде уклонения	50,0	24,2
Зависимое расстройство личности	37,5	12,1
Пассивно-агрессивное расстройство личности	12,5	12,1
Депрессивное расстройство личности	37,5	12,1
Легкие когнитивные расстройства	25,0	12,1
Шизоидное расстройство личности	25,0	12,1
Агорафобия	12,5	12,1
Паническое расстройство личности	12,5	12,1
ВСЕГО:	512,5	351,5

Анализ таблицы 2 показывает, что мужчины чаще, статистически достоверно, страдают специфическими фобиями, соматизированными расстройствами, антисоциальными расстройствами личности, расстройствами личности в виде уклонения, зависимое расстройство личности, депрессивное расстройство личности, легкие когнитивные расстройства. У женщин встречается только истерическое расстройство личности. Кызылординские женщины, в сравнении с мужчинами и с аральскими женщинами, наименее подвержены различным расстройствам.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствует о том, что проживание в зоне экологического бедствия служит фактором риска в развитии тех или иных психопатологических синдромов у

населения. Структура психической патологии, выявляемой среди лиц, проживающих в зоне экологической катастрофы, никогда ранее не обращавшихся за помощью к психиатрам и психотерапевтам, имеет свои, обусловленные специфическими факторами, особенности, в том числе гендерные. Вместе с тем, до настоящего времени не выработаны подходы к диагностике, лечению, профилактике психических расстройств, возникающих в связи с экологическими бедствиями и катастрофами, среди населения, не обращающегося за психиатрической помощью. Требуют своего решения и многие вопросы трудовой экспертизы, реабилитации и материальной компенсации в связи с утратой здоровья этой категорией населения.

КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, ВКЛЮЧАЯ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

Невротические расстройства по данным мировой литературы являются одними из самых распространенных среди класса психических и поведенческих расстройств. Так, например, при проведении соответствующих исследований весьма часто выявляются симптомы тревоги, свидетельствующие о

наличии пограничных психических расстройств невротического уровня (Т. Д. МакГлинн, Г. Л. Меткалф, 1989) Даные о распространенности невротических расстройств в течение жизни варьируют в разных исследованиях в зависимости от критериев и объема выборки. По данным Eaton W. W., 1975

почти 75% жителей США переживает один или более эпизодов необоснованного страха, паники или общей нервозности. Наиболее часто встречаются фобические расстройства, объединяющие агорафобию, социальную и специфическую фобию – от 7% до 13% обследованных (Jenike J. H., 1986; Terner S. M. et al, 1991) генерализованные тревожные расстройства по данным тех же авторов выявляются у 5% населения.

По данным P. Kielholz и C. Adams (1989) эти цифры значительно ниже. Примерно 1% населения испытывает переживания тревоги. Другие авторы считают, что тревогой поражены от 3 до 6% всей популяций.

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение невротических, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформных расстройств среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г.г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована подгруппа с невротическими, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформными расстройствами численностью 56 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

Социально-демографические характеристики подгруппы с невротическими расстройствами (n=56)

<i>Общая группа</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Мужчины	19	33,9%	+/-12,4%
Женщины	37	66,1%	+/-12,4%
<i>Возраст</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
12-16	2	3,6%	1,2<>12%
17-21	1	1,8%	0,6<>9,3%
22-26	2	3,6%	1,2<>12%
27-35	2	3,6%	1,2<>12%
36-47	5	8,9%	2,9<>19,9%
47-55	4	7,1%	1,7<>14,6%
<i>Национальность</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Казахская	21	39,6%	+/-13,4%
Украинская	2	3,8%	1,2<>12,5%
Русская	19	35,8%	+/-11,3%
Корейская	3	5,7%	1,8<>15,3%
Татарская	1	1,9%	0,6<>9,6%
Немецкая	0	0%	0<>6,8%
Узбекская	2	3,8%	1,2<>12,5%
Другие национальности	5	7,5%	2,3<>18,3%

Таблица 1

*Социально-демографические характеристики подгруппы
с невротическими расстройствами (n=56) (продолжение)*

<i>Образование</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Неграмотный (вспомогательная школа)	1	1,9%	0,6<>9,5%
Начальное (неполное среднее)	12	22,2%	+/-11,1%
Среднее (среднее специальное)	23	42,6%	+/-13,2%
Высшее	18	33,3%	+/-12,6%
Без образования	0	0%	0<>6,8%
Не обучаем / не применимо	0	0%	0<>6,8%
Неполное высшее	0	0%	0<>6,8%

<i>Сфера профессиональной деятельности</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Промышленность	8	15,1%	+/-9,6%
Сельское хозяйство	5	9,4%	2,9<>20,9%
Бизнес, финансы	4	7,5%	2,4<>18,1%
Образование	7	13,2%	+/-9,1%
Наука и высшая школа	0	0%	0<>6,8%
Культура	0	0%	0<>6,8%
Здравоохранение	8	15,1%	+/-9,6%
Транспорт	2	3,8%	1,2<>12,5%
Торговля, бытовое обслуживание	4	7,5%	2,4<>18,1%
Не работает, не учится	10	18,9%	+/-10,5%
Учащийся школы (ПТУ)	5	9,4%	2,9<>20,9%
Учащийся ВУЗа	0	0%	0<>6,8%
Служба в армии	0	0%	0<>6,8%
СМИ	0	0%	0<>6,8%
Социальная служба	0	0%	0<>6,8%
Силовые, надзорные, юридические	0	0%	0<>6,8%
Фонды, партии, движения	0	0%	0<>6,8%
Госслужба	0	0%	0<>6,8%
Иная	0	0%	0<>6,8%

*Социально-демографические характеристики подгруппы
с невротическими расстройствами (n=56) (продолжение)*

<i>Семейное положение</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Женат (замужем)	37	68,5%	+/-12,4%
Холост (не замужем)	7	13%	+/-9%
Разведен(а)	4	7,4%	2,3<>17,8%
Вдов(а)	2	3,7%	1,2<>12,3%
Незарегистрированный брак	1	1,9%	0,6<>9,5%
Женат (замужем), но живут отдельно	0	0%	0<>6,8%
Разведен(а), но живут вместе	0	0%	0<>6,8%
(для детей) живет в полной семье	3	5,6%	1,8<>15%
(для детей) родители разведены	0	0%	0<>6,8%
(для детей) сирота	0	0%	0<>6,8%
Неприменимо	0	0%	0<>6,8%
Живет с неродным отцом (матерью)	0	0%	0<>6,8%
Живу одна (один) нет близких родственников	0	0%	0<>6,8%
Холост (не замужем), один	0	0%	0<>6,8%
<i>Материальная обеспеченность</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Недостаточно	11	20,4%	+/-10,7%
Скорее недостаточно	17	31,5%	+/-12,4%
Скорее достаточно	9	16,7%	+/-9,9%
Достаточно	9	16,7%	+/-9,9%
Затрудняюсь с ответом	8	14,8%	+/-9,5%

*Социально-демографические характеристики подгруппы
с невротическими расстройствами (n=56) (продолжение)*

<i>Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Понизился	5	9,3%	2,9->20,6%
Скорее понизился	13	24,1%	+/-11,4%
Скорее повысился	9	16,7%	+/-9,9%
Повысился	6	11,1%	+/-8,4%
Остался таким же	10	18,5%	+/-10,4%
Затрудняюсь ответить	11	20,4%	+/-10,7%

Основные, не перекрываемые значениями доверительных интервалов, различия в социально-демографических характеристиках исследуемой и сравниваемой групп были отмечены по следующим позициям.

В отношении подгруппы органических психических расстройств различия прослеживались по гендерным характеристикам. Мужчин в рассматриваемой подгруппе было 34,5%, в сравниваемой – 69,6%, $p<0,01$. Соответственно, женщин – 65,5% и 30,4% ($p<0,01$). По уровню образования – в рассматриваемой подгруппе процент среднего образования был представлен в меньшей степени – 42,6% против 62,9% в сравниваемой группе, $p<0,05$. А процент высшего образования – в большей (33,3% против 11,3%, при $p<0,01$). Различия прослеживались по семейному статусу. В рассматриваемой подгруппе было больше тех, кто имел собственную семью (женат, замужем) – 68,5% против 40,3%, $p<0,01$. И наоборот, меньше холостых и незамужних – 13% против 33,9% в сравниваемой подгруппе, при $p<0,05$. Далее, в рассматриваемой подгруппе было относительно меньше тех, уровень материальной обеспеченности которых за последние 3 года понизился – 9,3 против 30% в сравниваемой подгруппе, $p<0,01$. И, наоборот, относительно больше тех, уровень материального обеспечения которых за это же время повысился – 11,1% против 0%, при $p<0,01$.

В отношении подгруппы эндогенных расстройств можно говорить только о недостоверных тенденциях. Единственное различие, которое можно принимать во внимание, прослеживалось в отношении семейного статуса. В исследуемой подгруппе существенно больше женатых (замужних) – 68,5% против 36,4%, в сравниваемой.

В отношении подгруппы аффективных расстройств различия прослеживались по следующим

параметрам. Семейному статусу – 68,5% в исследуемой подгруппе женаты (замужем) против 45,5% в сравниваемой, $p<0,05$. Уровень материальной обеспеченности как недостаточный отметили 18,9% респондентов рассматриваемой подгруппы и 46,5% – сравниваемой, $p<0,01$. Динамику уровня материальной обеспеченности в сторону понижения отметили 33,3% респондентов сравниваемой подгруппы против 7,5% – исследуемой ($p<0,01$). В сторону умеренного повышения уровня материальной обеспеченности – 17% респондентов исследуемой группы и 2,4% – в сравниваемой, $p<0,05$.

В отношении подгруппы с расстройствами личности и поведения достоверные различия устанавливались по гендерным характеристикам – больше мужчин было в сравниваемой подгруппе (62,5% против 32,7% при $p<0,01$). Больше женщин – в исследуемой подгруппе – 67,3% против 37,5%, при $p<0,05$.

В отношении подгруппы с прочими расстройствами личности и поведения достоверные различия были выявлены в отношении гендерного распределения. Мужчины – 32,7% в исследуемой и 89,7% в сравниваемой подгруппе, $p<0,01$. Женщины – 67,3% в исследуемой и 10,3% – в сравниваемой подгруппе, $p<0,01$. В отношении образования – со средним 42,6% в исследуемой подгруппе и 68,4% – в сравниваемой, $p<0,05$. С высшим образованием 33,3% в исследуемой и 10,5% – в сравниваемой подгруппе, $p<0,05$. По параметру семейного положения – женатых (замужних) в исследуемой группе 68,5%, в сравниваемой – 34,2%, $p<0,01$. Далее, достоверные различия прослеживаются по параметру вероисповедания. В исследуемой подгруппе относительно больше православных – 23,9% против 2,8% в подгруппе прочих расстройств. Недостаточный уровень материальной обеспеченности отмечают 20,4% респондентов в исследуемой подгруппе и

51,4% - в сравниваемой. Снижение этого уровня за последние 3 года – 9,3% респондентов в исследуемой и 29,7% - в сравниваемой подгруппе, $p<0,05$.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что подгруппа респондентов с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными проявлениями, в целом, демонстрирует более высокий показатель социальной адаптации в сравнение с прочими клиническими подгруппами.

Основные клинико-психопатологические характеристики подгруппы неврологических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств

Отнесение описываемых психопатологических проявлений к какой-либо рубрике рассматриваемого диагностического кластера проводилось в соответствие с критериями МКБ-10.

По условиям, оговоренным в ходе работы клинической группы проекта диагноз психических и поведенческих расстройств в отношении респондентов рассматриваемой подгруппы официально не выносился. Информация о лицах, проходивших обследование, в учреждения здравоохранения не направлялась. Респонденты данной клинической подгруппы при необходимости (вопросы дифференцированной диагностики) проходили патологическое и инструментальное исследование (ЭЭГ, реоэнцефалография). Далее они получали необходимую консультативную помощь и рекомендации терапевтического плана.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F43.20 (Кратковременная депрессивная реакция на ситуацию), отмечались у 17 респондентов данной клинической подгруппы. При этом, наряду с анамнестическими сведениями, подтверждающими наличие психотравмирующей ситуации, имели значения проявления легкого депрессивного состояния, развивающегося непосредственно в ходе или сразу после перенесенного стресса. Отмечалось достаточно устойчивое снижение настроения, некоторая идеомоторная заторможенность (трудно концентрироваться, не хочется двигаться); пессимистическая оценка событий и перспектив их развития; идеи малоценности; общее снижение работоспособности; повышенная утомляемость; эпизодические нарушения сна. Все вышеописанные расстройства имели место у обратившихся лиц в продолжение от 10 дней по 1 месяца с незначительными колебаниями в сторону улучшения (но не полного выхода из депрессивного статуса). В абсолютном большинстве случаев (16 из 17) данное обращение за профессиональной помощью было первым. В одном случае респондент обращался к частнопрактикующему терапевту и принимал назначенные транквилизаторы.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F43.23 (Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций), отмечались у 10 респондентов. При этом, наряду с анамнестическими сведениями, подтверждающими

наличие психотравмирующей ситуации, фиксировались такие, достаточно стойкие, эмоциональные реакции как тревога, беспокойство, депрессия, общая напряженность, гнев. При этом ни одна аффективная реакция не была преобладающей. Развитие описанных проявлений отмечалось в ходе переживания стрессовых обстоятельств. При этом смешанная аффективная реакция держалась от 12 дней до 1 месяца. Все респонденты данной диагностической подгруппы обращались по поводу имеющихся у них расстройств с целью получения профессиональной медицинской помощи впервые.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 43.21 (Пролонгированная депрессивная реакция на ситуацию) отмечались у 6 респондентов. При этом имели значения анамнестические сведения о наличие психотравмирующей ситуации, предшествующей или совпадающей по времени с развитием депрессивных расстройств аналогичных тем, что описанные в рубрике F 43.20. Однако длительность фиксируемой депрессивной реакции в данной нозологической подгруппе была существенно выше – от 3,5 месяцев до 1,5 лет. 5 из 6 респондентов по поводу имеющихся у них расстройств обращались к специалистам в области психологического консультирования (2), психотерапевтам (1), целителям (2), однако достигнутое улучшение после однократных или двукратных терапевтических сессий (сеансов) было незначительным и непродолжительным.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 41.2 (Смешанное тревожное и депрессивное расстройство), отмечались у 5 респондентов. В данном случае у респондентов наблюдались симптомы депрессии и симптомы тревоги, в сочетании с достаточно выраженным вегетативным компонентом (тремор, сухость во рту, тахикардия). Отмеченные признаки тревожно-депрессивного состояния имели место, по описаниям респондентов, от 3-4 недель до 6 месяцев. В целом, данные проявления достаточно «удачно» маскировались от окружающих. Однако, оказывались на общей продуктивности и работоспособности респондентов. Также как и в других случаях, респонденты данной нозологической подгруппы в 4-х случаях из 5 обращались к специалистам и парaproфессионалам с целью получения помощи.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство), были отмечены у 4 респондентов. При этом обращалось внимание на связь появившихся расстройств с массированным психотравмирующим фактором (в нашем случае: разрыв семейных отношений – 2; измена любимого человека – 1; потеря близких – 1; нападение с угрозой для жизни - 1). А также наличие таких диагностических признаков, как «неотвязные» воспоминания и представления о психотравмирующем событии; эмоциональная отгороженность от окружающих;

физическая, но больше психическая «оцепенелость»; наличие вегетативных расстройств; сниженное или тревожно-сниженное настроение; усиление тревоги и вегетативных проявлений при воспоминании или проговаривании психотравмирующей ситуации; эпизодические нарушения сна. Отмеченные проявления имели место на протяжении от 4-х недель до 5 месяцев. Поводом для обращения в клиническую группу проекта явилось желание респондентов и их родных каких-то более существенных изменений в состоянии, чем те кратковременные улучшения, отмечаемые после приема транквилизаторов.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F45.3 (Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы) были отмечены у 3-х респондентов. При этом имели значения как анамнестические сведения, так и непосредственные жалобы и клинические проявления, демонстрирующие: длительное и устойчивое (более 2-х лет) наличие псевдо-соматических симптомов (в нашем случае данные проявления касались сердечно-сосудистой системы (2) и желудка (1)), которые не находили адекватного клинического подтверждения и объяснения; агрессивно-недоверчивое отношение к попыткам разубеждения в отношении соматической природы заболевания; объективнофиксированные сложности в учебе и на производстве, связанные с имеющимися проявлениями «телесного» дискомфорта. При всем этом, респонденты оставались достаточно адаптированными, эмоциональными, понимали необходимость использования других профессиональных медицинских подходов «если уже ничего не удастся найти в сердце, желудке». При патологическом исследовании наличия каких-либо диссоциативных нарушений мышления у них не выявлялось. Обращение в клиническую группу проекта было связано с надеждой «наконец-то разобраться что происходит с организмом».

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 45.1 (Недифференцированное соматизированное расстройство) были обнаружены у 3-х респондентов. Общая картина здесь характеризовалась аналогично предыдущей диагностической рубрике с той разницей, что фиксируемые соматоформные симптомы было сложно отнести к какому-либо определенному виду соматической патологии.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 45.2 (Ипохондрическое расстройство) отмечались у 3-х респондентов. При этом имели значение как собственно признаки фиксируемого ипохондрического расстройства: наличие стойких идей о существовании достаточно тяжелого соматического заболевания (более важных чем непосредственные проявления патологии) при отсутствии каких-либо доказательств действительной заинтересованности соответствующей системы органов; неверие каким-либо попыткам разубеждения; снижено-тревожный аффект, сопутствующий

убежденности в серьезном заболевании; снижение уровня социального функционирования, которое, в нашем случае, не носило выраженный и отражающийся на социальном статусе респондентов, характер. Имели значение также и дифференциально-диагностические критерии, позволяющие ограничить данные состояния от соматизированных и депрессивных расстройств с одной стороны и бредовых расстройств – с другой. Тщательное изучение динамики формирования основных клинико-психопатологических проявлений, а также дополнительное диагностическое (психопатологическое) исследование позволили, в результате, квалифицировать описанные случаи под соответствующей рубрикой ипохондрического расстройства. В клиническую группу проекта респонденты данной нозологической подгруппы обращались с целью «вывяснить, наконец, все обстоятельства их болезни», в то время как в других местах «их не понимали».

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 48.0 (Неврастения) были отмечены у 3-х респондентов. При этом, практически у всех респондентов фиксировалось наличие таких проявлений как: постоянная повышенная утомляемость, слабость, особенно после выполнения какой-либо умственной или физической работы; головные боли, головокружения, неприятные ощущения в теле, появляющиеся, обычно, после умственного или физического напряжения; почти постоянные нарушения сна – сонливость днем и трудности засыпания в вечернее и ночное время; раздражительность; постоянное напряжение и неспособность расслабления. Во всех случаях появлению данных расстройств (продолжающихся от 1 месяца до 3-х месяцев) предшествовали или перегрузки по месту работы или учебы (2 случая), или хроническая конфликтная ситуация в семье (1 случай).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее распространенными невротическими реакциями и состояниями, не охватываемыми активностью действующих служб психического здоровья, являются кратковременные и более стойкие аффективные (депрессивные и смешанные) реакции на травмирующую ситуацию. Которые, тем не менее, требуют квалифицированной психотерапевтической, а при необходимости и медикаментозной коррекции. Далее по распространенности идут соматизированные, ипохондрические расстройства, правильная диагностика которых также требует специального навыка. Что касается неврастении, то данное состояние «вплотную» примыкает к подгруппе с общим психологическим дискомфортом, представленной в общей клинической группе достаточно широко.

Социально-психологические характеристики подгруппы невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств

Основные социально-психологические характеристики рассматриваемой клинической подгруппы приведены в таблице 2.

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов)

<i>Вероисповедание</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Ислам	27	58,7%	+/-14,2%
Православное	11	23,9%	+/-12,3%
Католицизм	0	0%	0<>7,8%
Буддизм	1	2,2%	0,6<>11,1%
Традиционные (языческие) культуры	1	2,2%	0,6<>11,1%
Секты	0	0%	0<>7,8%
Прочее	0	0%	0<>7,8%
Не верующий	6	13%	+/-9,7%
Лютеранство	0	0%	0<>7,8%
Баптизм	0	0%	0<>7,8%
Англиканство	0	0%	0<>7,8%
<i>Взаимоотношения в собственной семье</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Доброжелательные, ровные	32	61,5%	+/-13,2%
Формальные	3	5,8%	1,8<>15,5%
Конфликтные со всеми членами семьи	4	7,7%	2,4<>18,4%
Конфликтные с супругом (супругой)	7	13,5%	+/-9,3%
Конфликтные с матерью	0	0%	0<>6,9%
Конфликтные с отцом	0	0%	0<>6,9%
Конфликтные с братьем (сестрой)	2	3,8%	1,2<>12,6%
Конфликтные с детьми	2	3,8%	1,2<>12,6%
Нет собственной семьи	3	5,8%	1,8<>15,5%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Приоритетные ценности</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Семья и брак	34	70,8%	+/-12,9%
Образование и профессия	24	50%	+/-14,1%
Материальное благополучие	34	70,8%	+/-12,9%
Общественное признание	9	18,8%	+/-11%

<i>Предпочитаемые методы лечения</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Официальная медицина	40	81,6%	+/-10,8%
Народная медицина	13	26,5%	+/-12,4%
Религиозные методы	1	2%	0,6<>10,3%
Современное "целительство"	5	10,2%	3,1<>22,4%
Неопределенное	3	6,1%	1,8<>16,4%

<i>Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Понизился	6	11,1%	+/-8,4%
Скорее понизился	9	16,7%	+/-9,9%
Остался без изменений	19	35,2%	+/-12,7%
Скорее по высился	4	7,4%	2,3<>17,8%
Повысился	2	3,7%	1,2<>12,3%
Затрудняюсь с ответом	5	9,3%	2,9<>20,6%
В данное время не работаю и не учусь	9	16,7%	+/-9,9%

<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от случая, судьбы/пророчества</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От случая, судьбы/пророчества	15	29,4%	+/-12,5%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от усилий других людей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий других людей	7	13,7%	+/-9,4%
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от моих собственных усилий</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От моих собственных усилий	16	31,4%	+/-12,7%
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: не знаю/затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Не знаю/ затрудняюсь с ответом	14	27,5%	+/-12,2%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от усилий врачей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий врачей	19	35,2%	+/-12,7%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов	0	0%	0<>6,8%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от усилий других людей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий других людей	7	13,7%	+/-9,4%
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от моих собственных усилий</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От моих собственных усилий	16	31,4%	+/-12,7%
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: не знаю/затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Не знаю/ затрудняюсь с ответом	14	27,5%	+/-12,2%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от усилий врачей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий врачей	19	35,2%	+/-12,7%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов	0	0%	0<>6,8%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от природных сил организма</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От природных сил организма	18	33,3%	+/-12,6%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от собственных усилий по достижению здоровья</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От собственных усилий по достижению здоровья	16	29,6%	+/-12,2%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Затрудняюсь с ответом	9	16,7%	+/-9,9%
<i>Частота жизненных кризисов</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Редко	10	18,9%	+/-10,5%
Скорее редко	10	18,9%	+/-10,5%
Скорее часто	14	26,4%	+/-11,9%
Часто	9	17%	+/-10,1%
Затрудняюсь с ответом	10	18,9%	+/-10,5%
<i>Оценка способности разрешения трудных ситуаций</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Легко	3	5,7%	1,8<>15,3%
Скорее легко	7	13,2%	+/-9,1%
Скорее трудно	16	30,2%	+/-12,4%
Трудно	12	22,6%	+/-11,3%
Затрудняюсь с ответом	15	28,3%	+/-12,1%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Способность к новому решению любой проблемы</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Невозможно	3	6,3%	1,8<>16,8%
Трудно	15	31,3%	+/-13,1%
Скорее трудно	22	45,8%	+/-14,1%
Скорее легко	7	14,6%	+/-10%
Легко	1	2,1%	0,6<>10,5%
<i>Отношение к собственному здоровью</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
С равнодушием	2	3,9%	1,2<>12,8%
Иногда думаю об этом	10	19,6%	+/-10,9%
Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья	23	45,1%	+/-13,7%
Уделяю этому вопросу много времени и внимания	13	25,5%	+/-12%
Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни	3	5,9%	1,8<>15,8%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Чувствовать себя комфортно	26	52%	+/-13,8%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: дольше прожить</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Дальше прожить	17	34%	+/-13,1%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Оценка необходимости личного здоровья: лучше справляться с работой, больше зарабатывать</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Лучше справляться с работой, больше зарабатывать	17	34%	+/-13,1%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Достичь своих жизненных целей	15	30%	+/-12,7%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Хорошо выглядеть	9	18%	+/-10,6%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Другое	4	8%	2,4<>19%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Затрудняюсь с ответом	0	0%	0<>7%
<i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)	24	48%	+/-13,8%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (n=56) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Определение здорового образа жизни: правильный режим труда и отдыха</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Правильный режим труда и отдыха	25	50%	+/-13,9%
<i>Определение здорового образа жизни: физическая нагрузка, спорт</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Физическая нагрузка, спорт	13	26%	+/-12,2%
<i>Определение здорового образа жизни: гармония в семье и на работе (учебе)</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Гармония в семье и на работе (учебе)	27	54%	+/-13,8%
<i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие	12	24%	+/-11,8%
<i>Определение здорового образа жизни: другое</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Другое	3	6%	1,8<>16%

Анализ достоверных различий, не перекрывающихся значениями доверительного интервала, с другими клиническими подгруппами по социально-психологическому профилю показал следующее.

В отношении подгруппы с органическими психическими расстройствами достоверные отличия

фиксировались по параметру характеристик локуса контроля в отношение зависимости жизненных успехов и неудач. Трудности с определением по данной позиции испытывали 27,5% респондентов исследуемой подгруппы и 49,2% респондентов – сравниваемой ($p<0,05$). Те же отличия прослеживались

по параметру отнесения возможности и повышения личного уровня здоровья за счет природных возможностей организации (33,3% в исследуемой подгруппе и 12,9% в сравниваемой, $p<0,05$). Следующее отличие имело место в распространенности неопределенных оценок в отношение частоты жизненных кризисов (18,9% в исследуемой, и 50% в сравниваемой подгруппе, $p<0,01$). Та же самая тенденция прослеживается в отношение оценки способностей в решении трудных жизненных ситуаций. В исследуемой подгруппе затруднялись с ответом 28,3% респондентов, в сравниваемой – 50,8%, при $p<0,05$. Оценка данных промежуточных результатов показывает более определенную и, следовательно, более адаптивную позицию в отношение рассматриваемых параметров, в сравнение с респондентами сравниваемой подгруппы органических психических расстройств. Следующие параметры достоверных отличий касались мотивов к достижению личного здоровья. В частности такой мотив как комфортное самочувствие выдвигали 52% респондентов исследуемой подгруппы и 24,1% респондентов сравниваемой, $p<0,01$. А также по параметру интерпретации понятия здорового образа жизни. В исследуемой группе под этим подразумевалась чаще гармония в семье и на работе (54% против 10,5% в сравниваемой подгруппе), наличие жизненных целей и умением их достигать (24% против 7% в сравниваемой подгруппе, $p<0,05$).

В отношении подгруппы с эпизодическими расстройствами недостоверные отличия (тенденции) прослеживались по параметру формальных признаков вовлечения в религиозное мировоззрение (респонденты исследуемой группы предпочитали неформальное вовлечение в религиозное мировоззрение, в отличие от представителей сравниваемой подгруппы). А также по параметру способности разрешения сложных жизненных ситуаций. Наличие данных способностей чаще отмечали у себя представители сравниваемой группы (30% против 5,7%).

В отношении подгруппы аффективных расстройств каких-либо достоверных различий выявлено не было.

В отношении подгруппы с расстройствами личности и поведения также не выявилось каких-либо достоверных различий по социально-психологическому профилю.

В отношении подгруппы прочих психических и поведенческих расстройств прослеживались

достоверные отличия в отношение позиции локуса контроля в оценке способов повышения уровня здоровья. Позиция внутреннего локуса контроля достоверно чаще (в 29,6%) отмечалась в рассматриваемой группе, чем в сравниваемой (11% при $p<0,05$). В отношении собственного здоровья, больше внимания данному вопросу уделяли респонденты исследуемой группы (25,5% против 7,9% в сравниваемой при $p<0,05$). Здоровый образ жизни как гармонию в семье и на работе понимали 54% респондентов в исследуемой группе и 18,9% с сравниваемой.

Таким образом, результаты настоящего исследовательского фрагмента показывают более высокий уровень социально-психологической адаптации респондентов рассматриваемой подгруппы в сравнении с подгруппой органических и прочих психических расстройств. И примерно равный уровень адаптации с подгруппами аффективных расстройств, расстройств личности и поведения.

В целом по фрагменту, касающемуся подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными проявлениями, следует отметить, что данная подгруппа занимает второе место по распространенности в ряду психических и поведенческих расстройств, не охватываемых активностью действующих служб психического здоровья. В пользу этого свидетельствуют значения дифферента статистических показателей 2003 года – 19,31 (2,53% эпидемиологической распространенности против 0,131% официального показателя). Данный показатель уступает только дифференту по аффективным расстройствам (85,86), и незначительно превосходит значения дифферента по классеру расстройств личности и поведения (17,17). Приведенные данные лишний раз свидетельствуют о необходимости дифференцированной и профессиональной оценки эмоциональных расстройств на уровне первичного (поликлинического) звена медицинской помощи.

Далее следует отметить сравнительно более высокий уровень социальной адаптации респондентов рассматриваемой подгруппы в сравнение с другими клиническими подгруппами. В отношение социально-психологических характеристик адаптационного потенциала рассматриваемая клиническая подгруппа выглядит более предпочтительно, чем подгруппа органических и прочих психических расстройств (на одном уровне с расстройствами личности и аффективными расстройствами).

Литература:

1. МакГлинн Т.Д., Меткалфа Г.Л. Диагностика и лечение тревожных расстройств (руководство врачей) под редакцией проф. Александровского Ю. А.: Coperiht, 1989, by American Psychiatric Press
2. Eaton W.W. Social class and chronicity of schizophrenia // J. chronic diseases, 1975. - Vol. 28. - P. 191-198
3. Jenike J.H. Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management. Eds. M.Jenike et al. – Chicago, London, 1986. - P. 77-111
4. Kielholz P., Adams C. Panic Anxiety States. Eds. P. Kiel-holz, C. Adams. - Koln, 1989. - P. 7
5. Turner S.M. et all Social phobia: axis I and II correlates // Journal of abnormal psychology, 1991. - № 100. – P. 102-106

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ ПРОЧИХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

Б. Б. Джарбусынова

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение невротических, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформных расстройств среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована подгруппа с прочими психическими и поведенческими расстройствами численностью 39 респондентов, основные клинико-психопатологические характеристики которой приводятся ниже.

Отнесение приведенных психопатологических расстройств к какой-либо рубрике смешанного диагностического кластера проводилось по критериям, предусмотренным МКБ-10. В тех случаях, когда для вынесения нозологического диагноза не находилось достаточно оснований, фиксируемые психопатологические проявления обозначались синдромально. По условиям, установленным для работы клинической группы проекта диагноз психических и поведенческих расстройств официально не выносился. Информация о лицах, проходивших обследование, в учреждения здравоохранения не направлялись. Респонденты анализируемой смешанной диагностической подгруппы при необходимости проходили патопсихологическое и инструментальное исследование. Далее, они получали необходимую консультативную помощь и рекомендации терапевтического плана.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F51.0 (Бессонница неорганической этиологии), отмечались у 16 респондентов. При этом имели место следующие признаки принадлежности к вышеназванной нозологической рубрике: плохое засыпание, трудности сохранения сна, низкое качество состояния сна; частота нарушений, как минимум, 3 раза в неделю; озабоченность и беспокойство в связи с бессонницей; снижение способности к работе и учебе. Длительность отмеченных нарушений сна колебалась от 3 недель до 4,5 месяцев. Каких-либо других сопутствующих нарушений не выявилось. Некоторые сомнения, применительно части респондентов, имели место в отношении возможности употребления ими психостимуляторов типа экстази и других. В пользу данного предпочтения говорил возраст (10 из 16

респондентов рассматриваемой нозологической подгруппы имели возраст от 17 до 26 лет), пол (8 респондентов из данной обособленной возрастной группы были мужского пола), и повышенная озабоченность близких (в тех случаях, когда была возможность с ними встретиться) в отношении времяпрепровождения респондентов. При этом каких-либо других данных, говорящих за употребление психоактивных веществ (объективных или субъективных) не отмечалось. В связи с чем их состояние квалифицировалось как изолированное нарушение сна.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F50.1 (Нервная булимия), отмечались у 4 респондентов. При этом фиксировались в течение достаточно длительного времени (от 2,5 месяцев до 3-х лет) такие признаки как: постоянная озабоченность едой и тяга к пище; попытки «борьбы» с перееданием (вызывание искусственной рвоты, приём слабительных и т.д.); постоянный страх набора лишнего веса с повышенным вниманием данному вопросу – регулярным изменением объема талии, взвешиванием и др.

Клинико-психопатологическими проявлениями, соответствующие рубрике F51.3 (Снохождение (сомнамбулизм)), отмечались у 4-х респондентов (три из них девушки) подросткового возраста. При этом имели значения анамнестические сведения о фактах снохождения (подъем с постели во время ночного сна с «пустым» выражением лица, слабой или отсутствием реакции на окружающее; последующей амнезией на события данного периода времени). При обследовании (в том числе инструментальном – ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО) каких-либо данных за текущий или остаточной органической процесс, эпилепсии не выявилось. Такого рода проявления у респондентов отмечались от 2-3-х до 6-7 раз в году, с тенденцией к урежению.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 52.0 (Сексуальная дисфункция – потеря сексуального влечения) отмечались у 3-х респондентов. При этом снижение или потеря сексуального влечения наблюдалась, во-первых, изолировано – каких-либо других, в том числе аффективных психопатологических проявлений не отмечалось. Во-вторых – исключалось наличие соматической или эндокринной патологии (респонденты проходили полное обследование с исключением соответствующих диагнозов). В-третьих, данные расстройства отмечались у сравнительно молодых людей (возраст от 27 до 43 лет).

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 91.0 (Расстройства поведения, ограниченные рамками семьи) отмечались у 2 респондентов подросткового возраста. При этом имели значения сведения об утрированно-агрессивном поведении дома; жестокости, проявляемой по отношению к членам семьи, при отсутствии нарушений такого рода по месту учебы подростков и во взаимоотношениях с чужими людьми. Обращение в клиническую группу эксперимента и в одном и в другом случае имело место по инициативе родителей.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 91.1 (Несоциализированное расстройство поведения), отмечались у 2-х респондентов подросткового возраста. При этом нарушения поведения, описанные в предыдущей рубрике, не ограничивались рамками семьи.

Для других случаев, представляющих комбинированную нозологическую подгруппу, диагностика оказалась возможной лишь на синдромальном уровне в связи с недостаточностью выявленных критериев для отнесения к какой-либо определенной диагностической рубрике. Таким образом сюда были включены 3 респондента с эпизодическими возникающими состояниями деперсонализации – дереализации, при отсутствии данных за пароксизмальный, эндогенный или невротический механизм фиксируемых расстройств; 3 респондента с психовегетативным синдромом при отсутствии дополнительных данных о возможной этиологии имеющихся расстройств; 2 респондента с неустойчивыми и относительно неглубокими дистимическими проявлениями, которые не подходили ни под одну рубрику МКБ-10. При этом у всех 8 респондентов длительность имеющихся расстройств ограничивалась сроками от 2-х до 6 месяцев, а

настоящее обращение за медицинской помощью в 6 случаях из 8 было первичным.

Таким образом, по настоящему исследовательскому фрагменту следует констатировать недостаточность временных рамок и диагностических возможностей клинической группы проекта для нозологической квалификации части психических и поведенческих расстройств, входящих в данную сборную подгруппу. А также, в целом, пограничный уровень выявляемых психических нарушений.

В целом по исследовательскому фрагменту следует отметить, что если все прочие расстройства психики и поведения, не рассматриваемые в клинических подгруппах 1-5 (также сюда не входит и олигофрения), по данным официальной статистики имеют показатель интенсивности распространения 0,15%, то по данным эпидемиологического исследования 2003 года этот показатель составил 1,76% (дифферент 11,73). Значения дифферента по данной сборной диагностической подгруппе находятся в промежуточной зоне между подгруппой органических психических расстройств (5,15), невротическими (19,31), расстройствами личности и поведения (17,17). Результаты, полученные в ходе исследования социальных и социально-психологических характеристик данной подгруппы в сопоставлении с клиническими подгруппами 1-5, также свидетельствуют о среднем положении данной подгруппы в смысле общего уровня и потенциала адаптации в сравнение с другими клиническими подгруппами, идентифицируемыми в ходе проводимого эпидемиологического исследования.

Вместе с тем данная клиническая подгруппа, как никакая другая, нуждается в регулярном наблюдении и уточнении динамики отмеченных расстройств психики и поведения.

КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ДИСКОМФОРТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

Проблема психической и психологической адаптации вызывает повышенный интерес исследователей и практиков, действующих в сфере психического здоровья населения (А. И. Скорик, И. Н. Никиташина, 1993). На основании такого рода исследований (С. Б. Семичев, 1982, 1987) выделяются группы психического здоровья: 1) без отклонений от нормы; 2) типологическая норма; 3) потенциально-повышенный риск; 4) психическая дезадаптация - непатологическая; 5) предболезненные психические

расстройства; 6) вероятно болезненное состояние; 7) верифицированная болезнь. В исследованиях В. П. Вахова (1997) уровни психической адаптации (состояние психического покоя; состояние психической адаптации; зона повышенного риска; состояние психической дезадаптации - допсихотический уровень; состояние психической дезадаптации - психотический уровень) соотносятся с зонами адаптации (зона психической адаптации - уровнем 1-3; зона психической дезадаптации - уровнем 4-5), а также с

уровнем психического здоровья (уровень психического здоровья - зона адаптации; уровень психической болезни - зона дезадаптации).

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение гипертрофированных реакций психологической адаптации среди

населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г.г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована группа с гипертрофированными реакциями психологической адаптации численностью 387 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

Социально-демографические характеристики общей подгруппы с психологическим дискомфортом (n=387)

<i>Общая группа</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Мужчины	134	34,4%	+/-4,7%
Женщины	254	65,6%	+/-4,7%
<i>Возраст</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
12-16	26	6,7%	+/-2,5%
17-21	33	8,5%	+/-2,8%
22-26	70	18,1%	+/-3,8%
27-35	110	28,4%	+/-4,5%
36-47	55	14,2%	+/-3,5%
48-55	60	15,5%	+/-3,6%
<i>Национальность</i>			
Наименование	абс	%	Довер. Интервал ср.
Казахская	163	42,2%	+/-4,8%
Украинская	5	1,3%	0,8<>3,2%
Русская	152	39,4%	+/-3,8%
Корейская	7	1,8%	+/-1,3%
Татарская	19	4,9%	+/-2,2%
Немецкая	5	1,3%	0,8<>3,2%
Узбекская	14	3,6%	+/-1,9%
Другие национальности	21	7,5%	+/-2,5%
<i>Образование</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Неграмотный (вспомогательная школа)	0	0%	0<>1,6%
Начальное (неполное среднее)	33	8,6%	+/-2,8%

Таблица 1

*Социально-демографические характеристики общей подгруппы
с психологическим дискомфортом (n=387) (продолжение)*

<i>Образование</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Среднее (среднее специальное)	110	28,6%	+/-4,5%
Высшее	242	62,9%	+/-4,8%
Без образования	0	0%	0<>1,6%
Не обучаем / не применимо	0	0%	0<>1,6%
Неполное высшее	0	0%	0<>1,6%
<i>Сфера профессиональной деятельности</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Промышленность	39	10,2%	+/-3%
Сельское хозяйство	15	3,9%	+/-1,9%
Бизнес, финансы	67	17,5%	+/-3,8%
Образование	49	12,8%	+/-3,3%
Наука и высшая школа	14	3,7%	+/-1,9%
Культура	20	5,2%	+/-2,2%
Здравоохранение	44	11,5%	+/-3,2%
Транспорт	4	1%	0,6<>2,9%
Торговля, бытовое обслуживание	30	7,8%	+/-2,7%
Не работает, не учится	70	18,3%	+/-3,9%
Учащийся школы (ПТУ)	27	7%	+/-2,6%
Учащийся ВУЗа	2	0,5%	0,3<>2,3%
Служба в армии	0	0%	0<>1,6%
СМИ	0	0%	0<>1,6%
Социальная служба	0	0%	0<>1,6%
Силовые, надзорные, юридические	0	0%	0<>1,6%
Фонды, партии, движения	0	0%	0<>1,6%
Госслужба	0	0%	0<>1,6%
Иная	2	0,5%	0,3<>2,3%
<i>Семейное положение</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Женат (замужем)	130	33,9%	+/-4,7%

Таблица 1

*Социально-демографические характеристики общей подгруппы
с психологическим дискомфортом (n=387) (продолжение)*

<i>Семейное положение</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Холост (не замужем)	99	25,8%	+/-4,4%
Разведен(а)	93	24,3%	+/-4,3%
Вдов(а)	15	3,9%	+/-1,9%
Незарегистрированный брак	9	2,3%	+/-1,5%
Женат (замужем), но живут отдельно	13	3,4%	+/-1,8%
Разведен(а), но живут вместе	1	0,3%	0,2<>2%
(для детей) живет в полной семье	1	0,3%	0,2<>2%
(для детей) родители разведены	22	5,7%	+/-2,3%
(для детей) сирота	0	0%	0<>1,6%
Неприменимо	0	0%	0<>1,6%
Живет с неродным отцом (матерью)	0	0%	0<>1,6%
Живу одна (один) нет близких родственников	0	0%	0<>1,6%
Холост (не замужем), один	0	0%	0<>1,6%
<i>Материальная обеспеченность</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Недостаточно	245	63,8%	+/-4,8%
Скорее недостаточно	71	18,5%	+/-3,9%
Скорее достаточно	40	10,4%	+/-3,1%
Достаточно	17	4,4%	+/-2,1%
Затрудняюсь с ответом	11	2,9%	+/-1,7%
<i>Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Понизился	60	15,6%	+/-3,6%
Скорее понизился	55	14,3%	+/-3,5%

*Социально-демографические характеристики общей подгруппы
с психологическим дискомфортом (n=387) (продолжение)*

<i>Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Скорее повысился	79	20,6%	+/-4%
Повысился	50	13%	+/-3,4%
Остался таким же	111	28,9%	+/-4,5%
Затрудняюсь ответить	29	7,6%	+/-2,6%

Основные, не перекрываемые значениями доверительных интервалов, различия в социально-демографических характеристиках исследуемой и сравниваемых подгрупп были отмечены по следующим позициям.

В отношении подгруппы органических психических расстройств достоверные различия обнаруживались по гендерному признаку. В исследуемой подгруппе относительно больше женщин (65,6% против 31,4% в сравниваемой, $p<0,01$). И, соответственно, в сравниваемой подгруппе – мужчин (68,6% против 34,4% - в исследуемой подгруппе, $p<0,01$). Отличия прослеживались по уровню образования. Высшее образование сравнительно более интенсивно было представлено в исследуемой подгруппе (62,9% против 11,3% в сравниваемой, $p<0,01$). А среднее и начальное – в подгруппе органических психических расстройств (в 2,9% против 28,6%, и 22,6% против 8,6%, соответственно, при $p<0,01$). Далее, различия прослеживались по основной сфере деятельности. Занятость в таких престижных сферах как бизнес, финансы в исследуемой подгруппе была выше (17,5% против 3,4%, $p<0,01$), также как и в сфере образования (12,8 против 3,4%, $p<0,05$). В отношении характеристик семейного статуса среди респондентов с психологическим дискомфортом оказалось больше разведенных (24,3% против 9,7%, $p<0,05$). Далее, отличия касались уровня материального обеспечения. Повышение уровня в последние 3 года отмечали, в общей сложности 33,6% респондентов в исследуемой подгруппе, в то время как в сравниваемой - существенной динамики по данному параметру не отмечалось (0%) при $p<0,01$.

В отношении подгруппы эндогенных расстройств, в силу малочисленности последней можно говорить лишь о тенденциях в различиях по социально-демографическим характеристикам. Такие тенденции были отмечены по одной позиции – занятости в сфере высшего образования (62,9% в исследуемой подгруппе и 27,3% - в сравниваемой).

В отношении подгруппы аффективных расстройств достоверные отличия прослеживались по позициям образования (высшее в исследуемой группе – 62,9% против 30,4% в сравниваемой; начальное – 8,6% против 26,1% в сравниваемой, $p<0,01$). По сфере профессиональной деятельности (сельское хозяйство – 15,9% в сравниваемой группе и 3,9% - в исследуемой, $p<0,01$). По семейному статусу – разведенных в исследуемой подгруппе 24,3%, овдовевших – 3,9%, в сравниваемой – 8,9 и 13,3%, соответственно, при $p<0,05$. Далее достоверные различия были установлены по уровню материального обеспечения. Понижение этого уровня отметили у себя 34,9% респондентов сравниваемой группы и 15,6% - исследуемой ($p<0,01$). Умеренное повышение – 20,6% респондентов рассматриваемой и 2,3% сравниваемой подгрупп.

В отношении подгруппы расстройств личности и поведения достоверные отличия прослеживались по гендерным параметрам (мужчин больше в сравниваемой подгруппе – 64% против 34,4%; женщин – в исследуемой подгруппе – 65,6% против 36%, $p<0,01$). А также по образованию (высшее образование более интенсивно было представлено в исследуемой подгруппе – 62,9% против 29,2%; среднее – в сравниваемой – 58,3% против 28,6%, при $p<0,01$).

В отношении подгруппы невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств достоверные отличия прослеживались по параметрам образования с более интенсивным представительством высшего образования в исследуемой подгруппе, а начального – в сравниваемой (62,9% против 33,3% и 22,2% против 8,6%, соответственно, при $p<0,01$). Параметру семейного статуса – женатых (замужем) относительно больше в сравниваемой группе – 68,5% против 33,9% в исследуемой, $p<0,01$. А так же по динамике уровня материальной обеспеченности за последние 3 года – затруднились определить такого рода динамику 20,4% респондентов в сравниваемой подгруппе и 7,6% респондентов в исследуемой.

В отношении подгруппы прочих психических и поведенческих расстройств достоверные отличия прослеживались по гендерному признаку с преобладанием женщин в исследуемой подгруппе, параметрам образования (преобладание высшего образования в исследуемой подгруппе) и занятости в системе образования – с преобладанием данной профессии в исследуемой группе, при значениях $p<0,05$.

Таким образом, по настоящему исследовательскому фрагменту следует констатировать более высокий уровень социальной адаптации респондентов исследуемой группы в сравнении с основными клиническими подгруппами. Такого рода различия были более заметными в отношении подгруппы с органическими психическими расстройствами.

Клинико-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом

У респондентов данной подгруппы ($n=388$), как уже было отмечено, каких либо клинико-психопатологических проявлений на уровне соответствия нозологическим рубрикам МКБ-10 или очертенному синдрому психических и поведенческих расстройств не наблюдалось. Особенности психологических реакций, как правило наблюдающихся в стрессовых ситуациях или сразу после их минования, проявлялись в виде: общего чувства психологического дискомфорта; мимолетных дистимических проявлений; легких депрессивных реакций (по несколько часов в день); эпизодических (функциональных) головных болей; эпизодических нарушений сна; стремлений ограничить нагрузку в учебе и на работе; стремлений ограничить психологические контакты; фиксировании на эмоциях и переживаниях отрицательного характера; поиска возможностей для изменения состояния, воспринимаемого как «нежелательное», но и «неболезненное». Длительность фиксируемых проявлений, как правило, не превышала 1,5-2-х месяцев, при этом отмечались и улучшения, так же связанные с изменениями ситуации в зоне основного конфликта. Основная часть респондентов (до 75%) отмечали, что такого рода реакции на жизненные трудности

достаточно характерны для них, наблюдались и в прошлом, исчезали по мере разрешения жизненных сложностей.

Интерес представляло распределение рассматриваемой группы респондентов по типам основных конфликтов – социальных, межличностных и внутриличностных, а также по отдельным разновидностям данных конфликтов. Социальные конфликты (проблемы миграционного выбора, межэтнических отношений, поисков адекватной занятости и заработка) составили 12%; межличностные конфликты (семейные, супружеские конфликты, а также конфликты в ближайшем окружении (на производстве, учебных заведениях)) составили до 47%; внутриличностные конфликты (в основном – несоответствие сценарных планов реальной ситуации) – до 20%; оставшиеся 21% приходится на сложные конфликты, включающие, как правило, сферу межличностных отношений и внутриличностных конфронтаций.

Следует отметить, что практически все респонденты обратились в клиническую группу проекта с надеждой на получение профессиональной помощи и поддержки. Дополнительным стимулирующим фактором была гарантия полной конфиденциальности.

Полученные результаты показывают, что основными причинами психологического дискомфорта, проявляющегося в несколько гипертрофированных эмоциональных реакциях, транзиторных, поверхностных функциональных нарушениях, являются межличностные, внутриличностные, социальные и смешанные конфликты. Таким образом, описанные состояния следует расценивать как естественные (возможно, несколько гипертрофированные) психологические реакции адаптации. Данные состояния, воспринимаемые как психологический дискомфорт, также требуют внимания специалистов.

Социально-психологические характеристики группы с гипертрофированными реакциями психологической адаптации (n=388)

Основные социально-психологические характеристики рассматриваемой подгруппы приведены в таблице 2.

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом (n=388) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов)

Вероисповедание			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Ислам	142	37,1%	+/-4,8%
Православное	28	7,3%	+/-2,6%
Католицизм	1	0,3%	0,2<>2%
Буддизм	1	0,3%	0,2<>2%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом (n=388) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Вероисповедание</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Традиционные (языческие) культуры	0	0%	0<>1,6%
Секты	17	4,4%	+/-2,1%
Прочее	3	0,8%	0,5<>2,6%
Не верующий	191	49,9%	+/-5%
Лютеране	0	0%	0<>1,6%
Баптизм	0	0%	0<>1,6%
Англиканство	0	0%	0<>1,6%
<i>Взаимоотношения в собственной семье</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Доброжелательные, ровные	105	27,9%	+/-4,5%
Формальные	56	14,9%	+/-3,6%
Конфликтные со всеми членами семьи	21	5,6%	+/-2,3%
Конфликтные с супругом (супружой)	38	10,1%	+/-3%
Конфликтные с матерью	15	4%	+/-2%
Конфликтные с отцом	6	1,6%	+/-1,3%
Конфликтные с братом (сестрой)	5	1,3%	0,8<>3,2%
Конфликтные с детьми	5	1,3%	0,8<>3,2%
Нет собственной семьи	128	34%	+/-4,8%
<i>Предпочитаемые методы лечения</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Официальная медицина	341	92,2%	+/-2,7%
Народная медицина	109	29,5%	+/-4,6%
Религиозные методы	20	5,4%	+/-2,3%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом (n=388) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Предпочитаемые методы лечения</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Современное "целительство"	27	7,3%	+/-2,7%
Неопределенное	4	1,1%	0,7<>3%
<i>Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Понизился	19	5%	+/-2,2%
Скорее понизился	39	10,2%	+/-3%
Остался без изменений	190	49,6%	+/-5%
Скорее по высился	35	9,1%	+/-2,9%
Повысился	39	10,2%	+/-3%
Затрудняюсь с ответом	8	2,1%	+/-1,4%
В данное время не работаю и не учусь	53	13,8%	+/-3,5%
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от случая, судьбы/пророчества</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От случая, судьбы/пророчества	176	46,1%	+/-5%
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от усилий других людей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий других людей	119	31,2%	+/-4,6%
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от моих собственных усилий</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От моих собственных усилий	69	18,1%	+/-3,9%

Социально-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом (n=388) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов)
(продолжение)

<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: не знаю/затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Не знаю/ затрудняюсь с ответом	18	4,7%	+/-2,1%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от усилий врачей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От усилий врачей	62	16,2%	+/-3,7%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов	55	14,4%	+/-3,5%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от природных сил организма</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От природных сил организма	177	46,3%	+/-5%
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от собственных усилий по достижению здоровья</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
От собственных усилий по достижению здравья	90	23,6%	+/-4,3%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом (n=388) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Затрудняюсь с ответом	8	2,1%	+/-1,4%
<i>Частота жизненных кризисов</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Редко	58	15,2%	+/-3,6%
Скорее редко	74	19,4%	+/-4%
Скорее часто	147	38,5%	+/-4,9%
Часто	30	7,9%	+/-2,7%
Затрудняюсь с ответом	73	19,1%	+/-3,9%
<i>Отношение к собственному здоровью</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
С равнодушием	96	25,3%	+/-4,4%
Иногда думаю об этом	106	28%	+/-4,5%
Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья	100	26,4%	+/-4,4%
Уделяю этому вопросу много времени и внимания	67	17,7%	+/-3,8%
Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни	10	2,6%	+/-1,6%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Чувствовать себя комфортно	316	83,8%	+/-3,7%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом (n=388) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов) (продолжение)

<i>Оценка необходимости личного здоровья: дольше прожить</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Дольше прожить	160	42,4%	+/-5%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: лучше справляться с работой, больше зарабатывать</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Лучше справляться с работой, больше зарабатывать	168	44,6%	+/-5%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Достичь своих жизненных целей	83	22%	+/-4,2%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Хорошо выглядеть	167	44,3%	+/-5%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Другое	0	0%	0<>1,7%
<i>Оценка необходимости личного здоровья: затрудняюсь с ответом</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Затрудняюсь с ответом	1	0,3%	0,2<>2%
<i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)	368	97,6%	+/-1,5%

Таблица 2

Социально-психологические характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом (n=388) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов)
(продолжение)

<i>Определение здорового образа жизни: правильный режим труда и отдыха</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Правильный режим труда и отдыха	231	61,3%	+/-4,9%
<i>Определение здорового образа жизни: физическая нагрузка, спорт</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Физическая нагрузка, спорт	355	94,2%	+/-2,4%
<i>Определение здорового образа жизни: гармония в семье и на работе (учебе)</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Гармония в семье и на работе (учебе)	8	2,1%	+/-1,5%
<i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие	8	2,1%	+/-1,5%
<i>Определение здорового образа жизни: другое</i>			
Наименование	абс	%	Довер. интервал ср.
Другое	1	0,3%	0,2<>2%

При этом достоверные различия по социально-психологическому профилю в отношение других клинических подгрупп, идентифицируемых в рамках проводимого эпидемиологического исследования, были установлены по следующим позициям.

В отношении подгруппы с органическими психическими расстройствами различия прослеживались по параметру предпочтаемых форм медицинского обслуживания. Более интенсивно в исследуемой группе представлено предпочтение

официальной медицины (92,2% против 80,4% в сравниваемой группе при $p<0,01$). Неопределенное отношение по данной позиции чаще отмечалось в сравниваемой группе (7,1% против 1,1%, при $p<0,05$). Далее, достоверные различия прослеживались в динамике социального статуса, где по всем анализируемым показателям (умеренный и существенный уровень повышения, умеренный и существенный уровень понижения, стабильное состояние) лидируют респонденты исследуемой группы с значениями $p<0,01$. Далее были отмечены преимущественные позиции внутреннего локуса контроля по отношению к жизненным успехам и неудачам в сравниваемой группе (33,9% против 18,1% в исследуемой группе, $p<0,01$). Та же тенденция была отмечена и по параметру оценки способов повышения личного здоровья. На природные силы организма здесь полагались 46,3% респондентов исследуемой подгруппы и 12,9% - сравниваемой, $p<0,01$. Однако, на усилия врачей полагались 37% респондентов сравниваемой и лишь 16,2% - исследуемой подгруппы, $p<0,01$. Данный факт может свидетельствовать не столько о векторе локуса контроля, сколько об оценке имеющегося опыта обращения за профессиональной медицинской помощью.

Далее обращают на себя внимание различия по профилю отношения к собственному здоровью. С равнодушием к данному вопросу отнеслось 25,3% респондентов в сравниваемой и 6,8% респондентов в сравниваемой группе ($p<0,01$). Стремление неукоснительно соблюдать все требования здорового образа жизни было отмечено в 10,2% случаев в сравниваемой подгруппе и 2,6% случаев в исследуемой подгруппе, $p<0,05$. По таким показателям, характеризующим уровни мотивации на достижение личного здоровья, как комфортное самочувствие (83,8% против 24,1%, $p<0,01$); профессиональная продуктивность и высокий заработок (44,6% против 20,7%, $p<0,01$); хороший внешний вид (44,3% против 27,6%, $p<0,05$), лидируют респонденты рассматриваемой подгруппы. В отношении понимания здорового образа жизни у респондентов исследуемой подгруппы отмечается явное предпочтение в аспектах: воздержания от вредных привычек (97,6% против 68,4%, $p<0,01$); физической нагрузки и спорта (94,2% против 28,1%, $p<0,01$), правильного режима труда и отдыха (31,3% против 35,1%, $p<0,01$) пред респондентами сравниваемой подгруппы.

В отношении подгруппы эндогенных расстройств можно говорить лишь о тенденциях отличия по параметрам: материального благополучия (данный признак более интенсивно представлен в исследуемой подгруппе); предпочитаемых методов лечения – официальную медицину предпочитают чаще в исследуемой группе; стабильного социального статуса (здесь также лидирует рассматриваемая группа – 49,6% против 0% в исследуемой подгруппе). Такой мотив достижения личного здоровья как повышение работоспособности и заработка, а

также улучшение внешнего вида чаще отмечали респонденты рассматриваемой подгруппы. В отношение подгруппы аффективных расстройств следует отметить, что достоверные различия были установлены по параметру вовлечения в религиозное мировоззрение – не верующих существенно больше в рассматриваемой группе (49,9% против 26,7%). Далее, достоверные различия устанавливались по параметру приоритетных ценностей. Интересно, что в подгруппе аффективных расстройств лидировал такой показатель как соблюдение национальных традиций (70,3% против 24,5% в исследуемой подгруппе). А в рассматриваемой подгруппе – приоритет материального благополучия (85,5% против 65,9%). Понижение социального статуса отмечали 25% респондентов сравниваемой группы и лишь 5% - исследуемой, при $p<0,01$. Стабильный социальный статус отмечали 49,6% респондентов исследуемой подгруппы и 15,9% респондентов сравниваемой ($p<0,01$). В отношение способностей к нахождению новых решений жизненных проблем, трудности чаще отмечали респонденты сравнительной подгруппы (42,9% против 12,1%, $p<0,01$). Более заинтересованное отношение к собственному здоровью демонстрировали респонденты сравниваемой подгруппы (47,7% против 26,4%, $p<0,01$). Достоверные отличия были зафиксированы по параметрам мотивации к достижению здоровья, в частности, комфорtnого самочувствия (83,8% в исследуемой и 44,2% в сравниваемой группе, $p<0,01$), стремления хорошо выглядеть (44,3% против 11,6%, соответственно, при $p<0,01$).

В отношение подгруппы расстройств личности и поведения различия были установлены по параметру приоритетных ценностей. Такую ценность как материальное благополучие чаще отмечали респонденты рассматриваемой подгруппы (85,6% против 63,6% в сравниваемой подгруппе, $p<0,05$). Такие методы лечения как «целительство», относительно чаще предпочитались среди респондентов сравниваемой группы (22,7% против 7,3%, $p<0,05$). Социальный статус достоверно чаще как стабильный обозначился в исследуемой подгруппе (49,6% против 22,7%, $p<0,05$). В отношение озабоченности собственным здоровьем и активной позицией в смысле его достижения лидировала сравниваемая группа (50% против 26,4% в рассматриваемой группе, $p<0,01$).

В отношение подгруппы невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств достоверные различия прослеживаются по параметрам приоритетных ценностей – позицию «семья и брак» чаще отмечали респонденты сравниваемой подгруппы (70,8% против 53,5%, $p<0,05$). Более интенсивное представительство метапозиции внутреннего локуса контроля имело место в сравниваемой подгруппе (31,4% против 18,1%, при $p<0,05$). В отношение повышения личного уровня здоровья в сравниваемой группе респондентов сравнительно большее число полагается на усилие врачей (35,2% против 16,2% в исследуемой группе, $p<0,01$).

В отношение подгруппы с прочими расстройствами психики и поведения достоверные различия прослеживались по параметрам приоритетных ценностей.

В исследуемой подгруппе менее интенсивно были представлены ценности национальной культуры ($p<0,01$). Далее, отличия были установлены по параметру динамики социального статуса – повышение и стабильность чаще отмечались в исследуемой подгруппе, а повышение в сравниваемой подгруппе ($p<0,01$). Также отличались основные мотивы к достижению личного здоровья: позицию комфортное самочувствие отмечали 83,8% респондентов исследуемой группы и 34,2% респондентов сравниваемой, $p<0,01$.

Полученные результаты свидетельствуют о сравнительно более высоком уровне социально-психологической адаптации (особенно в том, что касается динамики социального статуса) в подгруппе респондентов с психологическим дискомфортом в сравнении с другими клиническими подгруппами. Несколько неожиданной оказалась преимущественная позиция внешнего локуса контроля по отношению к жизненным сложностям, которая позиционировала данную подгруппу по всему сравниваемому спектру.

В целом, по исследовательскому фрагменту, оценивающему подгруппу с психологическим дискомфортом, следует отметить, что в исследуемой возрастной группе населения настоящая подгруппа

представлена наиболее широко (17,5% населения). По своим основным характеристикам рассматриваемая подгруппа сопоставима с группой низкого уровня психологического здоровья. Таким образом, в результате реализации настоящего исследовательского фрагмента появляется возможность клинико-психологической дифференциации группы низкого уровня психологического здоровья. В частности, было установлено, что специфика психологического дискомфорта представлена в основном, гипертрофированными эмоциональными реакциями, возникающими в ответ на повышение адаптационной нагрузки на индивида. Сам по себе дистресс, как правило, представлен психологическим конфликтом (межличностным, внутриличностным, социальным или смешанным) с процентным соотношением – 47; 20; 12 и 21, который не находит разрешения в обыденных условиях. Следовательно, такого рода лица нуждаются в профессиональной психотерапевтической или консультативной психологической помощи.

Далее, обращает на себя внимание существенно более высокий уровень адаптации респондентов рассматриваемой подгруппы по сравнению с другими клиническими подгруппами, фиксируемый по социальным параметрам. И менее значительная разница в пользу респондентов рассматриваемой подгруппы, фиксируемая по социально-психологическим параметрам.

Литература:

1. Вахов В.П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 1. - С. 32-35
2. Семичов С.Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Л., 1982, 68 с.
3. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987, 184 с.
4. Скорик А.И., Никиташина И.Н. Краткий опросник для диагностики нарушений психической адаптации (НПА) // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1993. - № 2. - С.89-91

Литература:

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЕ РАЙОНОВ ПРИАРАЛЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултакеев

Печатая многочисленные публикации диссертационной работы для полноты оценки необходимо описание общих сведений об Аральской экологической катастрофе, для лучшего понимания побудительных мотивов к проведению исследования ее психолого-психиатрических последствий, а так же выбора объекта наблюдения. Эти сведения были необходимы для сравнительного анализа с другими крупномасштабными бедствиями. Уникальная по масштабам экологическая катастрофа, вместе с тем, по нашим предположениям, могла иметь общие черты с другими бедствиями. Наряду со специфическими характеристиками, иметь некоторые общие черты реакций населения на совокупность неблагоприятных факторов, возникающих в результате значительных повреждений среды обитания.

До сих пор не расставлено твердых акцентов в происхождении того, что случилось с Аральским морем во второй половине XX века. Справедливости ради нужно отметить, что акваторию Аральского моря нельзя назвать чем-то постоянным. В связи с геотектоническими и климатическими особенностями Среднеазиатского региона на протяжении веков «зеркало» этого второго по величине соленого бессточного водоема постоянно изменялось. Начавшееся в 60-х годах XX века стремительное его обмеление привлекло внимание большого числа исследователей разных специальностей. В их числе, геологические и археологические изыскания, проведенные на территории окружающей море и на дне высохших его участков, позволили в определенной степени восстановить историческую динамику изменений очертаний и площади Аральского моря (рисунок 1). Если обратить внимание на реконструкцию Аральского региона, датируемую примерно 1500 годом н.э., очертания береговой линии весьма схожи с современными.

Основной причиной, приведшей к столь стремительному высыханию Арала, В. Н. Михайлов (1999), профессор кафедры географии МГУ им. М. В. Ломоносова, считает нарушение баланса между притоком (реки Сырдарья и Амударья, а также, в меньшей степени, осадки) и естественной убылью водных ресурсов (за счет интенсивного испарения). До 1960 года среднегодовой речной сток составлял примерно 56 km^3 (46 km^3 – Амударья и 10 km^3 - Сырдарья) в год. Однако, если в первой половине XX века среднегодовой баланс был равен $0,1 \text{ km}^3$ в год (приток и естественная убыль были примерно равны), то к 1988 году среднегодовой баланс составлял отрицательную

величину ($-30,0 \text{ km}^3$ в год). Данное положение, по мнению ряда исследователей, сложилось примерно после 1960 года, и было обусловлено преимущественно за счет негативного антропогенного влияния на регионы бассейнов Сырдарьи и Амударьи - 80%, и только на 20% - вызвано естественным маловодьем в них (В. Н. Бортник, В. И. Кукса, А. Г. Цыцирин, 1991). К слову сказать, хозяйственное использование водных ресурсов главных среднеазиатских рек насчитывает более двух с половиной тысяч лет, и первые упоминания об этом относятся примерно к VI – VII векам до н.э. Однако, как видно из исторической реконструкции, представленной на рисунке 1., это не приводило к выраженному обмелению Арала. Скорее можно говорить об изменениях в конфигурации акватории.

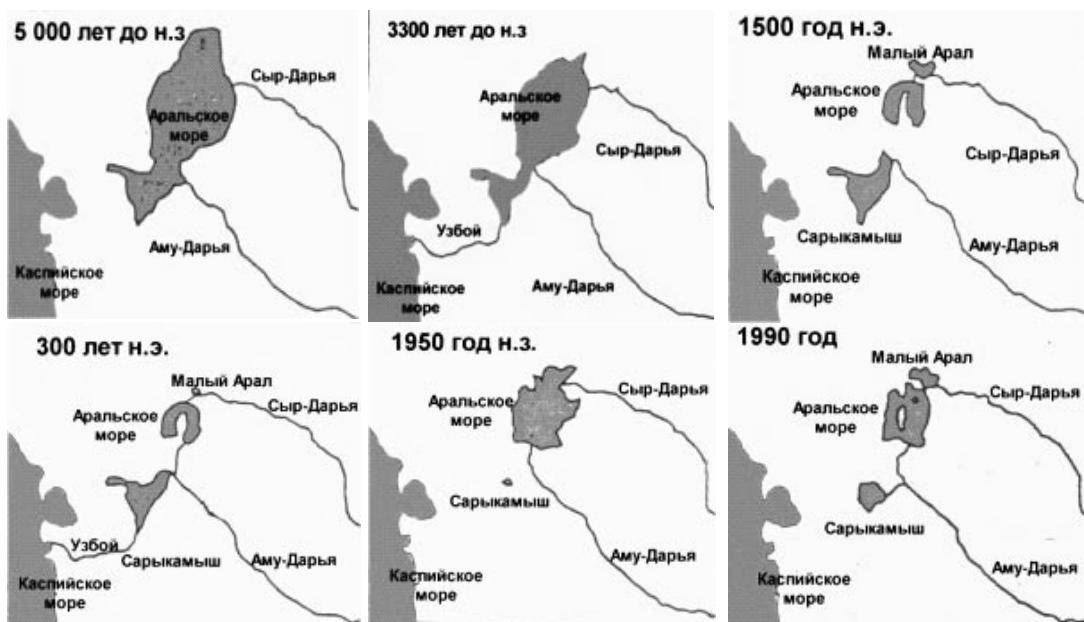
Главными составляющими антропогенного фактора считается увеличения объема и интенсивности орошаемого земледелия. Проводилось строительство большого числа оросительных систем (в том числе – Каракумского и Большого Ферганского каналов, водохранилищ), что в свою очередь привело к потерям за счет испарения воды с их поверхности и фильтрации через земляное дно искусственных водоемов. Бессистемный подход в хозяйственном использовании водных ресурсов к тому же поощрялся псевдоучеными обоснованиями о положительном эффекте уменьшения акватории Аральского моря. В частности нам удалось обнаружить источник, в котором высказывается буквально следующее мнение: «Искусственное понижение уровня Аральского моря или его исчезновение как озера привело бы к осушению огромных болотистых массивов в дельте рек Амударья и Сырдарья, к понижению уровня грунтовых вод, а, следовательно, к улучшению мелиоративной обстановки. Эти земельные массивы смогли бы быть частично вовлечены в земледельческое использование». Апофеозом такой «хозяйственной деятельности» стало строительство насыпных плотин в дельте реки Сырдарья (1974) и в дельте реки Амударья (1982), после чего естественный речной сток в море практически прекратился. Согласно измерениям, сделанным в период с 1960 по 1995 год, уровень моря понизился на 17 метров. Скорость этого процесса составляла в разные годы от 20 до 90 см, что привело к сокращению общего объема воды в море на 75%, а площади поверхности – на 50%. Вышеперечисленные причины привели к тому, что Аральское море, как единий водоем, прекратило свое существование за последнее

десятилетие, что хорошо видно на карте и данных космической фотосъемки, представленных на рисунках 1 и 2. Стремительное усыхание моря привело к ухудшению физико-химических свойств морской воды, качественно изменился ее солевой состав. В связи с этим, как считают специалисты (В. Н. Михайлов, 1999), необратимо повреждена биосистема фито- и зоопланктона - основной кормовой базы рыбы, и, следовательно, это приводит к катастрофическому снижению рыбных ресурсов. Повреждение Приаральской экосистемы не могло не отразиться на гидрометеорологической составляющей экологической системы региона. Сюда, прежде всего, необходимо включить снижение влажности воздуха нижних слоев атмосферы, более ранние и частые заморозки, рост числа пыльных бурь, и, следовательно,

бурно развивающееся опустынивание прилегающих к Аральскому морю территорий. Море разделилось на две части - Большой и Малый (Северный) Арай и отошло от берегов местами более чем на 100-150 км (рисунок 1). С обнаженного, площадью 35 тыс. кв. км., засоленного бывшего дна выдувается и выносится за пределы Аральского моря до 100 млн. тонн в год солевой пыли. В ее составе преобладают взвешенные частицы в виде аэрозолей с примесью сельскохозяйственных ядохимикатов, удобрений и других вредных компонентов промышленных и бытовых стоков. Поэтому пестициды Аральского региона обнаружены в крови пингвинов Антарктиды, а характерная Аральская пыль оседает на ледниках Гренландии, в лесах Норвегии и полях Белоруссии, удаленных от Центральной Азии на тысячи километров.

Рисунок 1

Историческая реконструкция изменений акватории Аральского моря



В известной степени можно оценить перспективы развития неблагоприятной экологической ситуации, сущность которой анализируется в данном разделе работы. Это видно из некоторых показателей, представленных на рисунке 2 и в таблице 1.

В частности, за последнюю четверть XX века площадь вновь возникшей солевой пустыни в районе Приаралья увеличилась более чем в три раза.

Вместе с тем, комплекс экопатогенных факторов, связанных с увеличением пустынных районов, расширяется высокими темпами. Масса выносимой в атмосферу соли, а вместе с ней токсичных веществ с 1976 по 2000 годы увеличилась почти в шесть раз. Площадь распространения пыле-солевой взвеси возросла в 3-4 раза. Темп нарастания этого процесса увеличился в 7 – 11 раз. Соответственно увеличивается и

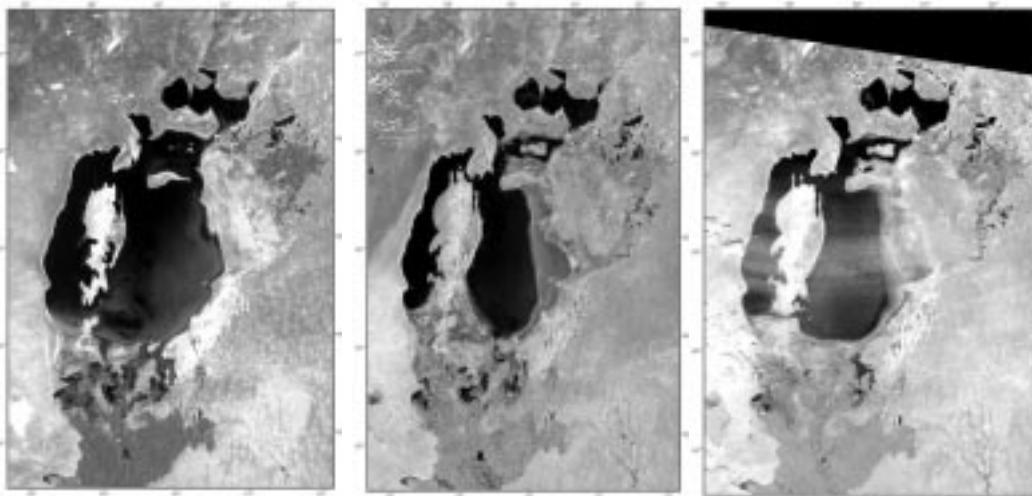
численность популяции, которая подвергается экопатогенным факторам. Если в 1976 году экологическим рискам подвергалось до полумиллиона населения, то к 2000 году этот показатель оценивался уже в пределах от 3,5 до 7 миллионов человек, то есть увеличился в 7 – 14 раз.

Помимо собственно экологических проблем, связанных с опустыниванием Приаральского региона, данная ситуация привела к возникновению и прогрессированию ряда социальных проблем, усугубляющих картину бедствия. К настоящему времени как само Аральское море, так и дельты питавших его рек полностью утратили свое хозяйственное значение. В том числе – рыболовное, транспортное и рекреационное (т.е. – возобновляющее основные экобиологические ресурсы региона). В таких

Рисунок 2

Динамика изменения зеркала воды Аральского моря с 1993 по 2004 (космические фотоснимки*)

17.07.1993	07.06.2001	01.07.2004
35,6 км ²	24,5 км ²	20,4 км ²



* из Интернет - сообщения Научного Центра оперативного мониторинга Земли (НЦ ОМЗ) от 23.07.2004

Таблица 1

Развитие экологического кризиса в бассейне Аральского моря (период 1966-1996 г.г.)

Составляющие развития экологического кризиса	Единица измерения	1966 г.	1976 г.	1996 г.	2000 г.
Площадь «новой» солевой пустыни, возникшей в результате усыхания моря	км ²	Нет	130200	38000	42000
Физическая масса соли, пыли и отходов в границах солевой пустыни	млн. тонн	Нет	500	2300	3300
Площадь, на которую распространяется вынос солей и пыли	тыс. км ²	Нет	100-150	250-300	400-450
Нарастание выноса и выпадения солей и пыли	кг/га	Нет	100-200	500-700	700-1100
Численность населения в зоне, подверженной влиянию экологического кризиса	тыс. чел.	Нет	500-600	3000-3500	3500-7000

условиях развились миграционные процессы (особенно усилившиеся после распада Советского Союза), когда резко возросло число закрывающихся промышленных и сельскохозяйственных предприятий. В поисках работы люди были вынуждены оставлять насиженные места и переезжать в большие города. Таким образом, наметилась не только экологическая, но и социальная деградация районов Приаралья.

В качестве проявлений «цепной реакции» экологической катастрофы Приаральского региона ухудшилась экологическая ситуация в Кызылординской области в целом. Основным её фактором стало осложнение экологической обстановки по берегам Сырдарьи, где проживает подавляющая часть населения области. В их числе - заболачивание берегов, которое резко снизило качество прилегающих сельскохозяйственных земель. В них наблюдается

отложение и накопление опасных для здоровья химических соединений, использовавшихся в качестве удобрений, пестицидов и гербицидов. Эти обстоятельства привели к бедственному положению населения, которое пользуется малопригодными источниками водоснабжения.

Таким образом, анализ общих сведений об экологической катастрофе в Приаралье позволяет

отнести ее к типу, так называемых, токсических катастроф. Не надеясь больше на иностранную помощь Правительство Казахстана выделило деньги на строительство Малого Арала, запущен в эксплуатацию водопровод в Аральске. Этого очень мало, но мы поняли главное - кроме нас, за нас никто и ничего не сделает.

Литература:

1. Михайлов В. Н. *Почему обмелело Аральское море?* // Соросовский образовательный журнал. - № 2. – М, 1999. - С. 85 – 90
2. Бортник В. Н., Кукса В. И., Цыцарин А. Г. *Современное состояние и возможное будущее Аральского моря* // Изв. АН СССР, Сер. географ., 1991. - № 4. -С. 62-68

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА (на примере Павлодарской области)

К. Г. Шарапатова

За последнее десятилетие доля подростков, имеющих опыт сексуальных контактов, значительно возросла. Изменение морально-нравственных критериев в обществе, отсутствие у детей и подростков иммунитета против открытой пропаганды эротики и порнографии привели к распространению среди подростков рискованных форм сексуального поведения. В связи с этим возрастает роль изучения проблемы, связанной с нравственно половыми аспектами образа жизни и здоровья школьников и вопросов, связанных с решением проблем репродуктивного здоровья и профилактики ИППП, ВИЧ/СПИДа.

Удельный вес абортов среди девушек младше 18 лет в Республике Казахстан составляет в среднем 6-7% от общего числа абортов. В возрастной группе 15-18 лет прерывание беременности в 42% случаев это повторно беременные [1].

Начало половой жизни в возрасте 14-17 лет отмечают 7,7% девушек.

По результатам медицинского осмотра в 2002 году в Павлодарской области отмечена высокая пораженность девочек-подростков гинекологическими заболеваниями – 59,5% (средне-республиканский показатель 36,3%) [2]. Показатель абортов у девочек (до 18 лет) в 2001 г. составил 7,7%. Следует отметить позитивную тенденцию в последующие годы и снижение этого показателя до 3,8% в 2004 году [3]. За последние годы у подростков зарегистрирован рост болезни мочеполовой системы в 1,5 раза (2001 г. - 7024,5 и 10829,1 в 2004 г.), болезни осложнения беременности, родов и послеродового периода (девочки 15-18 лет) в 1,7 раза (93,1 в 2001 г. и 159,7 в 2004 г.) [4].

г. Павлодар

Материалы и методы исследования

С целью изучения образа жизни подростков нами проведено анкетирование среди городских и сельских школьников области, обучающихся в общеобразовательных средних школах. Объем исследований составил 400 подростков от 15 до 18 лет. Из них 200 мальчиков и 200 девочек трех городов (Павлодар, Экибастуз, Аксу) и восьми сельских регионов.

Для обсуждения мы предлагаем сравнительную характеристику двух групп школьников; первая группа – лица, имевшие опыт сексуальных отношений, составила n=95; вторая группа – лица, не имевшие сексуального дебюта, n=249; 56 респондентов отказались ответить на вопросы. Исследование проводилось по схеме кросс-секционного исследования. Различия определялись с помощью коэффициента Стьюдента. Достоверным считались результаты Р менее 0,05.

По результатам исследования нами выявлено, что более 1/5 части опрошенных школьников (23,7%) в данном возрасте имели опыт сексуальных отношений. Чаще сексуальный опыт имели городские школьники, чем сельские ($70,5 \pm 4,7\%$ и $29,5 \pm 4,7\%$). Сексуальная активность среди мальчиков ($88,4 \pm 4,7$) достоверно выше, чем среди девочек.

Сексуально активные подростки чаще, подвержены табакокурению (таблица 1).

Так, в первой группе курит каждый третий подросток ($35,1 \pm 4,9\%$). Они же чаще считают себя пассивными курильщиками ($84,2 \pm 3,8\%$). Почти в 2 раза чаще опыт употребления алкоголя в первой группе, чем во второй ($47,9 \pm 5,2\%$ и $27,9 \pm 2,9\%$), достоверно чаще испытывают стресс ($47,3 \pm 5,85$).

Почти все опрошенные в первой группе ($94,2\pm2,5\%$) и каждый пятый во второй группе ($19,6\pm2,6$) считают допустимыми сексуальные отношения для сверстников своего возраста.

При половых контактах три четверти подростков ($76,4\pm4,5\%$) использует средства защиты от инфекций, передаваемых половым путем, и половина ($52,3\pm5,1$) использует контрацептивы.

Подростки, имеющие опыт сексуальных отношений реже прислушиваются к мнению взрослых, не обсуждают свои проблемы и вопросы интимного характера с родителями, предпочитая решать и обсуждать данную проблему в кругу друзей ($52,6\pm5,1\%$ и $30,1\pm2,9\%$). Если в первой группе проблемы решали чаще с братьями, то во второй группе, преимущественно, обращались к сестрам, по-видимому, данное обстоятельство связано с тем, что в первой группе преобладали мальчики, а во второй девочки, и следует ожидать, что чаще решают свои проблемы в семье с лицами своего пола.

Заслуживает внимания характеристика взаимоотношений в семье и в кругу сверстников сравниваемых групп. Так первой группе реже, чем во второй группе, считают «хорошими» «взаимоотношения с родителем», а безразличное отношение к себе со стороны родителей испытывают лишь подростки первой группы ($4,3\pm2,1\%$). Взаимоотношения со сверстниками «плохими» и «скорее плохими, чем хорошими» оценивают чаще в первой группе.

Досуг молодежи по последним исследованиям имеет тенденцию не только сравнивать с рабочим временем в количественном отношении, но и определить их по социальной значимости. Отклонение от принципов здорового образа жизни среди подростков определяются, в основном, неправильно организованным досугом. На вопрос «Как вы проводите свободное время?» из предложенных вариантов ответов достоверно реже встречается в первой группе просмотр телепередач, чтение художественной литературы, прослушивание радио, чаще проводят за компьютерными играми, и гуляя.

Респонденты первой группы реже получают информацию о здоровом образе жизни из литературы ($16,8\pm3,9\%$ и $30,1\pm2,9\%$).

Почти 1/3 часть подростков в первой группе ($28,4\pm4,7\%$) не выполняют домашние задания. Как следствие этого, знания, получаемые в школе, подростки

первой группы чаще, чем во второй оценивают на «удовлетворительно» и «неудовлетворительно» и реже на «хорошо». Из дополнительных занятий: в первой группе подростки чаще занимались спортом, были в спортивных лагерях, реже у них были дополнительные занятия по другим предметам в школе.

Школьный уровень является основным по внедрению принципов здорового образа жизни. Для лиц, имеющих сексуальный дебют, не достаточно знаний получаемых в школе по вопросам здорового образа жизни. В первой группе, чаще, чем во второй считают, что в школе ($12,8\pm3,5$ и $4,7\pm1,4\%$) и в семье не достаточно уделяется внимание аспектам здорового образа жизни ($13,8\pm3,6$ и $6,4\pm1,6\%$).

Одним из факторов, определяющих образ жизни и здоровье, характеризуется медицинская активность, обращаемость в лечебно-профилактические организации с профилактической целью. Подростки, имеющие сексуальный опыт в течение последних двух лет за профилактической помощью обращались реже, чем во второй группе ($17,1\pm4,5\%$ и $32\pm3,8\%$). Разницы в оценке своего здоровья в сравниваемых группах не выявлено.

Выводы: В анализируемых двух группах подростков опыт сексуальных отношений чаще распространен среди городских школьников и лиц мужского пола. Достоверно разница касалась поведенческих факторов риска, оценка взаимоотношений с окружающими, успеваемости в школе, время проведения досуга. Для обеих групп не достаточно навыков и знаний по ведению здорового образа жизни, получаемых в школе и в семье. В анализируемых группах не выявлено достоверной разницы в оценке своего здоровья. Анализ позволяет говорить о необходимости постоянного внимания к проблеме досуга подростков.

Внедрение рекомендаций по профилактике заболеваний и укреплению здоровья у школьников во многом зависит от родителей и педагогов. Полученные данные указывают о необходимости более дифференцированного подхода в выборе профилактических мероприятий среди школьников, имеющих факторы риска и усиление образовательной работы по охране репродуктивного здоровья и планирования семьи среди подростков, имеющих опыт сексуальных отношений.

Таблица 1

Сравнительная характеристика подростков имеющих и не имевших опыт сексуальных отношений (на примере Павлодарской области)

Наименование от 15 до 18 лет	1 группа n=95	2 группа n=249	Pс
Курят	$35,1\pm4,9\%$	$2\pm0,9\%$	<0,01
Курят окружающие	$84,2\pm3,8\%$	$67,9\pm3\%$	<0,01
Имеют опыт употребления алкоголя	$47,9\pm5,2\%$	$27,9\pm2,9\%$	<0,01

Таблица 1

Сравнительная характеристика подростков имеющих и не имевших опыт сексуальных отношений (на примере Павлодарской области) (продолжение)

Наименование от 15 до 18 лет	1 группа n=95	2 группа n=249	Pс
Считают допустимыми сексуальные отношения в данном возрасте	94,2±2,5%	19,3±2,6%	<0,01
Используют контрацептивные средства	52,3±5,4%	0±0%	<0,01
Используют средства защиты от ИППП	76,4±4,5%	0±0%	<0,01
Обсуждают интимные вопросы с мамой	8,4±2,9%	19,9±2,6%	<0,05
Обсуждают интимные вопросы с друзьями	52,6±5,1%	30,1±2,9%	<0,01
Испытывают стресс	47,3±5,8%	31,9±3,6%	<0,05
Проблемы решают с мамой	23,2±4,4%	54,3±3,2%	<0,01
Прислушиваются к мнению взрослых	86,7±3,6%	93,6±1,6%	<0,05
Отношение родителей к себе считают хорошим	73,4±4,6%	85,8±2,3%	<0,01
Отношение родителей к себе считают безразличным	4,3±2,1%	0±0%	<0,01
Взаимоотношения со сверстниками скорее плохое, чем хорошее	4,3±2,1%	0,8±0,6%	<0,05
Взаимоотношения со сверстниками - плохие	3,2±1,8%	0,4±0,4%	<0,05
Досуг проводят читая	12,6±3,4%	27,5±2,9%	<0,01
Досуг – слушают радио	15,8±3,8%	25,8±2,8%	<0,05
Досуг-смотрят телепередачи	18,9±4%	32±3%	<0,05
Досуг – компьютерные игры	14,7±3,7%	5,3±1,4%	<0,01
Досуг-гуляют	41,1±5,1%	28,3±2,9%	<0,05
Дополнительные занятия - спортом	67,4±4,9%	45,1±3,3%	<0,01
Дополнительные занятия - математикой	6,5±2,6%	14,7±2,4%	<0,05
Дополнительные занятия - музыкой	2,2±1,5%	9,8±2%	<0,05
Домашние задания не выполняют	28,4±4,7%	6±1,5%	<0,01
Успеваемость на "хорошо"	38,5±5,1%	58,7±3,2%	<0,01
Успеваемость на "удовлетворительно"	46,2±5,3%	30,7±3%	<0,01
Успеваемость на "не удовлетворительно"	7,7±2,8%	2,1±0,9%	<0,05
Достаточно внимания уделяется вопросам здорового образа жизни в семье	58,5±5,1%	71,6±2,9%	<0,05
Не уделяется внимания вопросам здорового образа жизни в семье	13,8±3,6%	6,4±1,6%	<0,05
В школе не уделяется внимание вопросам здорового образа жизни	12,8±3,5%	4,7±1,4%	<0,01
Информацию о здоровом образе жизни получают из литературы	16,8±3,9%	30,1±2,9%	<0,05
В течении последних двух лет обращались в лечебно профилактические организации с профилактической целью.	17,1±4,5%	32±3,8%	<0,05

Литература:

1. К. Ж. Кульбаева, А. Т. Даутбаева *Социально-гигиенические аспекты репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девушек подростков, перенесших искусственный аборт // Акушерство, гинекология и перинатология. - № 1, 2004. - С. 12-14*
2. Шарапатова К. Г. в со авт. *Реализация динамического наблюдения и оздоровление детей на примере Качирского района Павлодарской области. Региональные особенности здоровья детей в возрасте от 12-18 лет. – С. 80-85 // Материалы международной научно-практической конференции г. Астана, 14-15 октября 2004 г. «Проблемы, опыт и перспективы развития программы проведения скрининга, раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и оздоровления населения Республики Казахстан»*

3. Данные отчета о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам Департамента здравоохранения Павлодарской области

4. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в 2004 г.

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Б. Б. Джарбусынова

1.1 Место проблемы психического здоровья в современном мире

1.1.1 Приоритет психического здоровья

Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала (ВОЗ, 2005). Оценивая величину экономического и социального ущерба, привносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья Всемирный Банк и Гарвардский Университет, считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья притом, что этот кризис оказывает влияние на жизни более чем четверти миллиарда людей (Всемирный день психического здоровья, 2000).

Психические и поведенческие расстройства в любое время наличествуют приблизительно у 10% взрослого населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет обычно хотя бы одного члена, который страдает, поведенческим или психическим расстройством. Эти семьи не только обеспечивают физическую и эмоциональную поддержку, но и несут на себе бремя стигматизации и дискриминации. По подсчетам, в 1990 г. психические и неврологические расстройства составляли 10% от общего показателя DALY, потерянных в результате заболеваний и травм. В 2000 г. этот показатель равнялся 12,1%. К 2020 г., как предполагается, бремя этих расстройств возрастет до 15%. Обычные расстройства, которые служат причиной тяжелой инвалидности, включают депрессивные расстройства, нарушения, связанные с употреблением вызывающих зависимость веществ, шизофрению, эпилепсию, болезнь Альцгеймера, умственную отсталость и нарушения детского и подросткового возраста. Факторы, которые ассоциируются с распространением, началом и течением психических и поведенческих расстройств, включают бедность, принадлежность по признаку пола, возраст, конфликты и несчастья, основные физические заболевания, а также семейное и социальное окружение (ВОЗ, 2001).

Ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством, 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки (Данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе», 2005).

В настоящее время все более отчетливо прослеживается тенденция смешения границ и взаимозависимости

понятий психического здоровья и духовного или морального здоровья с «раскаленной» атмосферой, существующей вокруг этого последнего понятия (Всемирный день психического здоровья, 1998). Другой аспект проблемы психического здоровья, который занимает все больше внимания – качество жизни, не только лиц с психическими поведенческими расстройствами, но и лиц с другими инвалидизирующими заболеваниями, а также пожилых людей (Л. Н. Виноградова, 1999).

Все вышесказанное обязывает психиатрическую науку и практику заниматься обеспечением наилучшего лечения психических расстройств, реабилитацией и способствовать формированию высоких уровней психического здоровья в обществе. А психиатров – идти в ногу с научными достижениями в своей специальности (Г. Торникрофт, М. Танселла, 2000).

1.1.2 Основные тенденции противодействия снижению уровня психического здоровья

Если не предпринимать самых энергичных и эффективных мер в отношении тенденций к снижению уровня психического здоровья в мире, то с высокой долей вероятности будут нарастать экономические социальные медицинские проблемы, а также гражданские беспорядки. Их все возрастающее бремя будет стоить невероятно дорого с точки зрения человеческих страданий, инвалидности, преступности и экономических потерь (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001). Между тем, современная медицина уже обладает средством для лечения многих психических расстройств. Имеются и другие возможности (прежде всего – социальные), для того, чтобы эффективно предупредить или облегчить страдания людей. Однако многие правительства пренебрегают своими обязанностями по обеспечению соответствующего лечения, профилактики и оказания социальной помощи лицам с психическими расстройствами в своих странах. Продолжается дискриминация в отношении таких людей (Г. Х. Брундаланд, 2001). Если психические и поведенческие расстройства составляют около 12% глобального бремени болезней, то бюджеты лечения психических расстройств в большинстве стран составляют менее 1% от общего объема расходов на здравоохранение (ВОЗ, 2001). Все вышесказанное относится и к постсоветским республикам (В. С. Ястребов, И. И. Михайлова, А. Ф. Степанова, 2003).

Главный вопрос, который встает в данной связи – как и каким образом обеспечить высокое качество оказания психиатрической и профилактической

помощи при существующем ограничении ресурсов; что такое современная психиатрическая служба; является ли ею вообще любая служба, оказывающая помощь психически больным, либо это служба, где работают психиатры? Притом, что хорошо известно, что в любой стране лишь 3-4% от всех психически больных обращаются непосредственно к психиатрам. Что же касается остальных 96-97%, то они получают помочь в других секторах здравоохранения (Н. Сарториус, 1998). Таким образом, перемещение помощи из психиатрических больниц, развитие психиатрических служб в системе медико-санитарной помощи является одним из основных направлений развития современной психиатрической практики. В рамках данного направления предусматривается выполнение следующих важнейших задач: 1) обеспечение лечения психически больных в рамках первичной помощи; 2) обеспечение наличия психотропных лекарственных средств на всех уровнях; 3) обеспечение оказания помощи психически больным по месту жительства; 4) обеспечение просвещения населения в области психиатрии; 5) обеспечение участия самих больных и их ближайшего окружения, в том числе семей, в разработке и принятии решений в отношении как общей политики в сфере психического здоровья, так и в области конкретных программ и услуг; 6) разработка национальной политики в области психиатрии, соответствующих программ и законодательства; 7) развитие кадровых ресурсов; 8) обеспечение связи с другими организациями; 9) осуществление мониторинга психического здоровья; 10) оказание поддержки научным исследованиям (Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда, ВОЗ, 2001).

Министрами здравоохранения государств – членов Европейского региона ВОЗ одобрен и принят Европейский план действий по охране психического здоровья. Настоящий план предусматривает разработку, реализацию и оценку эффективности стратегий и законодательных актов, которые позволяют осуществить меры в области охраны психического здоровья, способные повысить благополучие всего населения, обеспечить предупреждение и профилактику проблем психического здоровья, а также расширить возможности социальной интеграции и функционирования лиц с психическими проблемами. Наиболее приоритетными задачами на следующее десятилетие являются: I) способствовать более широкому осознанию важного значения психического благополучия; II) осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со: (III) стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе; IV) разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление

здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья; V) обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях; VI) признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб. (Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения, 2005).

Стратегия и политика наиболее крупных ассоциаций, объединяющих профессионалов в сфере психического здоровья также способствует достижению всех вышеперечисленных целей и задач. В частности, стратегия ВПА (Всемирной Психиатрической Ассоциации) предусматривает: 1) всемирное содействие качеству психиатрической помощи и профилактике психических заболеваний, благополучию психически больных; 2) содействие профессиональному развитию молодых психиатров, их адресному вовлечению в расширение программ профессиональных обществ, в обучение, в научные области, в сети взаимодействия; 3) улучшение профессиональной организации, качества науки и образования; 4) улучшение международного обучения и образования в области психиатрии; 5) повышение партнерских отношений между психиатрическими и другими организациями, действующими в сфере психического здоровья населения (А. Окаша, 2002).

1.2 Общие вопросы методологии исследуемой проблемы психического здоровья

1.2.1 Понятие и определение психического здоровья

Многочисленными исследователями подчеркивались необходимость и важность позитивного (а не только как отсутствие болезни) определения понятия «психическое здоровье» (M. Jahoda, 1958). Известный американский психиатр и основоположник современной психиатрии в США K. Meninger (1946) определял психическое здоровье как: удовлетворенность, ощущение счастья, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и «примерное» социальное поведение. По T. Parsons (1967) психическое здоровье можно определить как состояние оптимальной работоспособности индивида в смысле эффективного выполнения ролей и задач, соответствующих его социальному статусу. R. Becker (1995) формулирует три главных компонента душевного здоровья: психическое и физическое хорошее самочувствие (с такими характеристиками как полнота чувств, альтруизм, отсутствие жалоб); самоактуализация (развитие, автономия); уважение к себе и другим (чувство собственной успешности, способности любить). Мейнард Перре и Урс Бауман (2002) подчеркивают, что психическое здоровье следует рассматривать исходя из 3-х различных перспектив: здоровье; хорошее самочувствие; роль здорового. По мнению A. Schorr (1995) психическая норма –

это нейтральная область усредненного нормального состояния между экстремальными случаями плохого психического самочувствия (проявления отдельных психических болезней) и идеальными состояниями хорошего психического самочувствия в смысле оптимального развития и полностью функционирующей личности. Последнее определение психического здоровья весьма перспективно с точки зрения выведения соответствующих уровней психического здоровья.

В русскоязычной литературе психическое здоровье по В. П. Белову, А. В. Шмакову (1977) определяется как единственная и полноценная жизнедеятельность человека, с присущими ему видовыми и индивидуальными биологическими, психологическими и социальными функциями. А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский (1990) дают следующее определение: «психическое здоровье – состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности». В. Я. Семке (1996) определяет психическое здоровье как состояние динамического равновесия индивида с окружающей природной и общественной средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности жизненные способности проявляются наиболее полно, а все важные подсистемы организма функционируют с максимальной интенсивностью. Б. Д. Петраков и Л. Б. Петракова (1988), указывая на сложность и многоаспектность определения психического здоровья, на основании анализа большего числа таких исследований, делают вывод, что психическое здоровье – это динамический процесс психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия, благодаря способности человека самоконтролировать поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде.

Следует отметить, что каждое из приведенных здесь определений категории психического здоровья адресовано к каким-либо существенным обстоятельствам, его обеспечивающим и критериям, по которым можно судить о его наличии. Одним из самых существенных таких критериев является феномен адаптации (Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский 1993). В границах феномена психической адаптации различают равновесные и неравновесные состояния (А. О. Прохоров 1996). Высокий уровень психического развития определяет сравнительно большие адаптационные возможности человека (О. И. Сиренко и др. 1993). Обычно при описании приспособительных реакций человека употребляют термины «адаптация», «социально-психологическая

адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация». В сущности, речь идет об одном и том же феномене, под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне неврно-психической деятельности, возникающие в результате активного решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями. При этом различают состояние психической адаптированности и состояние психической дезадаптации (В. М. Воробьев 1993). С. В. Запускалов и Б. С. Плотников (1991) выделяют уже два вида: субъективная (внутренняя) социальная адаптация и внешняя социальная адаптация; 3 уровня адаптации – полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация, нарушенная социальная адаптация; а также 5 уровней психического здоровья – уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, до-нозологический уровень, уровень болезни, которые обусловлены комбинацией видов и уровней адаптации. Степень психической адаптации человека возможно соотнести с состоянием его психического здоровья, ранжированном по соответствующим уровням. Различают и такие патологические формы психической адаптации как аддиктивное поведение (одна из форм деструктивного поведения), в ряде случаев наносящего вред человеку и обществу (Ц. П. Короленко 1991-1993). При этом различают несколько видов аддикций, не все из которых равнозначны по своим последствиям для общества (например, «работоголик» или «алкогольный аддикт»). Ряд исследователей предостерегает от «психиатрических» оценок даже крайних форм адаптации «реальных людей, живущих в реальных условиях», что может привести к тотальной «психиатризации» населения (В. А. Тихоненко, Г. М. Румянцева, 1990).

1.2.2 Понятие и определение психологического здоровья

Термин «психологическое здоровье» стал употребляться с начала 50-х годов прошлого столетия как следствие неудовлетворенностью традиционными определениями и классификациями психического здоровья (Д. Шапиро – мл., 2003). При употреблении данного термина особое значение придается качественным (психологическим) характеристикам психики индивида. Так, С. Р. Rogers (1951) подчеркивает, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя основными признаками такой самодостаточности: 1) открытость для собственного опыта; 2) жизнь в соответствие с экзистенциальными принципами и осознанием своего непосредственного экзистенциального опыта; доверие своему организму как основе собственных решений и действий. М. Jahoda (1958) выделяет шесть критериев психологического здоровья: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия и самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности;

6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. По мнению J. Brandtstdter (1982) в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепции оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытии. По Р. Уайту (2003) под психологическим здоровьем понимается: компетентность, мотивация и активная способность – как направленное, систематизированное, позитивно-само-вознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой. По мнению R. Bastine особых различий между психически больными и психически здоровыми людьми нет. Следовательно, нет особых оснований выделять самостоятельную категорию «психическое» или «психологическое» здоровье. Имеет значение лишь степень возможности справляться с актуальными жизненными проблемами. Отметим, что данное определение также обосновывает необходимость дифференциации соответствующих уровней психической адаптации.

Согласно Д. Шапиро-мл. (2003) все теории и определения психологического здоровья так или иначе опираются на представления о человеке, заложенные в основе известных психологических традиций и школ. Наиболее важными из них являются: 1) психодинамическая; 2) когнитивно-бихевиоральная; 3) экзистенциально-гуманистическая. Соответственно данным традициям различаются и подходы в развитие индивидуального и социального психологического здоровья. В частности, о состоятельности психодинамического направления в интерпретации основных компонентов категории психологического здоровья свидетельствуют работы, подтверждающие важность неосознаваемых механизмов интегративной психической деятельности, обеспечивающих качество психических процессов (F. A. Hayek, 1978). Также находят подтверждение данные о повышенном значении эмоциональных реакций на неосознаваемые стимулы (O. E. Goncalves, A. E. Ivey, 1987). Известный психотерапевт J. D. Frank (1974) по материалам своих исследований делает вывод о важности бессознательных установок в отношении общей интенции и направленности психических процессов у индивида. Ряд исследований, проведенных, в том числе и в последние годы, подтверждает жизнеспособность и эффективность многих идей Зигмунда Фрейда относительно колossalного значения неосознаваемых инстанций психического в общей динамике психологического статуса индивида, больших и малых групп (J. F. Kihlstrom, 1981; M. Svarthberg, T. C. Stiles, 1991; Crits-Christoph, 1992; B. Karon, J. Widener, 1995). И в то же время многими исследователями отмечается тот факт, что психодинамика неосознаваемых психических процессов является наиболее сложным и, соответственно, субъективно интерпретируемым аспектом проблемы психологического здоровья (D. Spence, 1984).

Бихевиоральное (поведенческое) направление в концепции психологического здоровья развивается с 50-х годов прошлого столетия с появления работ B. F. Skinner (1953), подчеркивающего значение правильных поведенческих реакций на средовые стимулы. В последние годы были опубликованы обширные исследования и обзоры, подтверждающие правомерность подобной точки зрения (A. Bandura, 1986; B. Flanagan, I. Goldiamond, N. H. Azrin, 1989; L. Ost, X. Hughdall, 1995). В частности, существует значительное количество презентативных исследований, показывающих преимущество поведенческих методов повышения уровня психологического здоровья индивида перед любыми другими (R. Emmelkamp, A. Kuipers, P. Eggerat, 1978; D. Barlow, 1988; R. Emmelkamp, 1994).

Преимущественную роль когнитивной составляющей в комплексе условий, обеспечивающих высокий уровень психологического здоровья, подчеркивал A. Ellis (1977). M. Mahoney (1991) считает, что рациональное мышление – лучший способ контролирования эмоций. S. Hollon, A. T. Beck (1994) в результате многолетних исследований пришли к выводу, что расширение и коррекция когнитивного репертуара существенно повышают уровни психологической адаптации индивида. В то же время другими исследователями (A. Bandura, 1977, 1986) доказывается наибольшая эффективность психотерапевтических вмешательств при сочетании когнитивных и бихевиоральных подходов.

Ряд авторов специально выделяют эмоциональную составляющую в структуре факторов, определяющих уровень психологического здоровья. В частности, аксиоматичным является то утверждение, что стресс порождает негативные эмоции, негативные эмоции стимулируют развитие негативных когниций, а в результате имеет место общее снижение психологической адаптации (L. Parkinson, R. Rachman, 1980). Эмоциональный фон существенно влияет на восприятие (R. Kennedy, E. Craighead, 1982), память (G. Bower, 1983), внимание (J.Forgas, 1995). В то же время эмоции – это лишь неустойчивое и нечеткое измерение опыта. Следовательно, эмоциональный параметр – наименее надежный в определении уровня психологического здоровья (C. Goldberg, 1986; L. Greenberg, R. Elliot, G. Lietaer, 1994). При этом, однако, нужно помнить, что в любых технологиях формирования высоких уровней психологического здоровья эмоциональный контакт клиента с терапевтом имеет определяющее значение (S. L. Garfield, 1992).

Экзистенциально-гуманистическое или интегральное направление в концепции психологического здоровья, развиваемое на основе супрапарадигмального понимания функций «Я», началось с работ A. H. Maslow (1943), утверждавшего, что «Я» – центральный элемент в опыте человека. В последующем многие исследователи убедительно доказывали центральную роль «Я» в общем конгломерате психических функций, обеспечивающих высокий

уровень индивидуальной адаптации. Н. Kohut (1971) считал феномен «Я» сущностью индивидуальной устойчивости к воздействиям среды. G.Bateson (1972) обращал внимание на то, что в основном, самодостаточные, в смысле «Я», люди сами создают себе стимулы для развития и в гораздо меньшей степени зависят от средовых стимулов. M. B. Smith (1978) подчеркивал значение личностных смыслов и самого процесса поиска смыслов в динамике развития адаптационных возможностей человека. В таком же ключе высказывался R. Kegan (1982), в частности утверждавший, что личностный смысл придается всяко му индивидуальному опыту. R. Dell (1982) считал, что «Я» выступает в качестве основного регулятора психологического гомеостаза человека. A. W. James (1984) и V. Guidano (1987) подчеркивали роль завершения процесса идентичности в динамике саморегуляции. По мнению H. G. Furth (1992) познание и обучение способствуют повышению адаптационных кондиций человека не сами по себе, а лишь раскрывая систему «Я». O. Kernberg (1989) утверждал, что «Я» в той степени ценно, в которой оно осуществляет контроль над поведением человека. B. E. Wolfe (1995) в большой обзорной работе приходит к выводу, что «Я» - это сущностный и интегрирующий конструкт психологических свойств человека.

В русскоязычной литературе высказывается мнение, что здоровый психически человек может быть одновременно лично ущербным (Б. С. Братусь, 1997). Однако конечные критерии психического и психологического здоровья часто совпадают. Согласно В.В.Горинову (1993), точкой компромисса здесь является то, что здоровый и в том, и в другом смысле человек - это человек свободный, независимый, активно действующий в различных социально-психологических ситуациях. В качестве таких критериев в отношении подростков приводятся: 1) развитие полезных знаний и навыков; 2) позитивное отношение к учебной деятельности; 3) адекватное отношение к педагогическим воздействиям; 4) наличие положительно ориентированных жизненных планов; 5) коллективистские проявления; 6) критичность, способность правильно оценивать других; 7) самокритичность, самоанализ; 8) способность к сопереживанию, эмпатия; 9) волевые качества; 10) внешняя культура поведения; 11) отказ от вредных привычек (С. А. Беличева, 1995). Рассматривая способность человека противостоять вредным воздействиям среды, Ю. А. Александровский (1996) выделил такие психологические особенности как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность к преодолению жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов.

Ряд исследователей выделяют категорию психологического (духовного) здоровья в ряду прочих, как естественного приоритета в свете задач по активному

формированию здоровья населения (В. И. Покровский, 1994; В. А. Лищук, 1994-1995). По мнению В. А. Лищука (1995), духовное здоровье - наиболее адекватная мера индивидуального и общественного благополучия. Психологическое здоровье связано с ориентированностью в информационных потоках, нравственностью (И. И. Брехман, 1987). По мнению И. В. Дубровиной (1995), если термин «психическое здоровье» имеет отношение к отдельным психическим процессам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья, в отличие от медицинского, социологического, философского и др. В связи со сложностями определения данной категории здоровья через привычные медицинские критерии, духовное здоровье определяют и как «социально-психологический климат» (Р. С. Немов, 1995), и как «менталитет» (И. Г. Дубов, 1993). Содержание последнего термина, по мнению автора, заключается в когнитивной сфере и определяется, прежде всего, теми знаниями, которыми владеет изучаемая общность. Совместно с верованиями, знания составляют представления об окружающем мире, которые являются базой менталитета, задавая вкупе с доминирующими потребностями и архетипами коллективного бессознательного иерархию ценностей, характеризующую данную общность. Комментарии к данному определению (И. Г. Дубов, 1993) дают ключи к формированию феноменов психологического здоровья в обществе. Автор полагает, что в структуре имеющихся знаний следует, прежде всего, выделить перцептивные и когнитивные эталоны (а применительно к общественным отношениям - социальные нормы), играющие важную роль в регуляции поведения и наряду с ценностями, характеризующие менталитет данной культуры. При рассмотрении реальных фактов эталоны становятся критериями выносимых оценок и определяют систему туманных умозаключений и ясных взглядов на мир, обуславливающих модальность смысловой системы отношений к миру. В упрощенном, схематизированном виде взгляды на мир, оценка окружающей действительности выглядят как стереотипы сознания, выделяясь в сфере общественных отношений как социальные стереотипы. А это и есть предмет первичного информационного воздействия с целью изменения деструктивных, саморазрушающих (в смысле интегрального здоровья) стереотипов социального поведения. Некоторые определения культуры в свете сказанного (А. В. Сухарев, 1997), также могут быть охарактеризованы как имеющие отношение к психологическому (духовному) общественному здоровью. Предлагается понимание культуры как способа организации и развития человеческой жизнедеятельности, представленной, в том числе, в системе общественных норм, институтов, духовных ценностей, в совокупности отношений людей к природе, к себе, к другим людям.

Наряду с индивидуальным и общественным психологическим здоровьем выделяется также психологическое здоровье семьи (В. С. Торохтий, 1996), понимаемое как интегративный показатель жизненно важных для нее функций, выражающий качественную сторону протекающих в ней социально-психологических процессов и, в частности, способность семьи противостоять нежелательным воздействиям социальной среды.

Адекватная разработка, уточнение содержания, семантики, функциональных возможностей определений категории психического и психологического здоровья требуют поисков и применения новых парадигм (Т. Кун, 1977) в медицинских и немедицинских дисциплинах соответствующего профиля.

1.2.3 Качество психического здоровья и качество жизни в сфере психического здоровья

Третье направление, разрабатывающее сущностное содержание емкого понятия «психическое здоровье», складывается из исследований в сфере определения качественной составляющей психических процессов. При этом внимание обращается на субъективные и объективные индикаторы, оценивающие общее качество жизни субъекта.

Необходимость такого рода исследований возникла, в частности, в связи с тем, что далеко не всегда можно провести грань между нормой и патологией, основываясь лишь на содержании психических процессов (Ф. В. Кондратьев, 1994), а также и потому, что решающим в успешности человека как субъекта деятельности, зачастую, оказывается качество его психических процессов (А. Л. Катков, 1997). Между тем, исследования показывают, что именно в данной сфере концентрируются основные, угрожающие признаки деструктивности, дефицитарности (Б. С. Положий, 1993), которые являются базой для суициального поведения «психически здоровых» людей (А. Г. Амбарумова, Л. И. Пустовалова, 1991). При исследовании социального самочувствия студентов выявилось, что большинство из них чувствует «разочарование», «пессимизм», «неуверенность», «безнадежность», «растерянность», «апатию», «агgressivность», «злость», «экстремизм», «страх». Более 75% студентов испытывают неуверенность в завтрашнем дне, оценивают цели и пути развития современного общества негативно (А. В. Шаронов, 1996). В ходе такого рода исследований для характеристики качественных психических отклонений, за неимением других, применяются медицинские термины: «аномальные реакции», «варианты субклинического реагирования», «преневротическое состояние», «препсихопатическое состояние», «третье состояние», «условно-патологическое состояние», «донозологическое состояние», «период повышенного риска», «социально-психологическая дезадаптация», «непатологические невротические проявления», «явления психической дезадаптации» (В. П. Вахов, 1997). К таким состояниям примыкают «психологические кризисы» продолжительностью

до 1 года, характеризующиеся достаточно выраженным «психологическим» изменениями. Считается, что в отличие от невротических или травматических кризисов, психологические кризисы являются нормативными процессами, необходимыми для личностного развития (Е. А. Сахаров, 1997). По мнению В.А.Абрамова явления психического дискомфорта, возникающие у многих практически здоровых людей в ответ на воздействие среды, отражают неустойчивое равновесие в системе психического гомеостаза, поэтому их не следует выводить за пределы индивидуальных вариаций, считающихся «нормальными» (В. А. Абрамов, 1992).

Понятие «качество жизни» появилось в 60-х годах XX века первоначально в рамках социологических научных направлений. Оно рассматривалось как характеристика, которая отображала степень удовлетворенности духовных, интеллектуальных, культурных, эстетических и других потребностей людей (Г. В. Залевский, О. Н. Логунцова, В. А. Непомнящая, 2002). Первое определение качества жизни в литературе соотносило данное понятие с «гармонией внутри человека и между человеком и миром», то есть то, что может быть обозначено как «функциональное состояние» и «средовые жизненные условия» на современном научном языке (Y. Elkinton, 1966). Под качеством жизни ВОЗ предлагает понимать «восприятие людьми своего положения в контексте культурных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». При этом обращается внимание на то, что показатели качества жизни являются исключительно субъективными, их дефиниции могут быть сколь угодно разнообразными в зависимости от задач и целей исследователей (Цит. по В. Я. Семке, 2000). Концепция качества жизни не получила универсального определения, поскольку ей не хватает ясности и нередко возникает путаница в определениях и базисных понятиях. Тем не менее, количество публикаций на данную тему в медицинской литературе стремительно увеличивается – например, только в 1995 году было опубликовано до 2000 работ (H. Katsching, 1997). В психиатрической науке и практике концепция качества жизни, несмотря на свои недостатки, оказалась востребованной в силу общей тенденции к переключению внимания исследователей с узко клинических аспектов психопатологии на детальное изучение пациента с позиции оценки его личностных и социальных особенностей (H. Сарториус, 2000; цит. по В. Я. Семке, 2000). Многими психиатрами концепция качества жизни, в силу всего сказанного, воспринимается не в качестве научно-обоснованной парадигмы, но в виде гуманистического дополнения к медицинской практике (H. Katsching, 1997). В тоже время другие исследователи считают, что именно в силу своей гуманистической направленности проблема качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами должна занимать особое место в современной

психиатрии (L. N. Voruganti, R. J. Heslegrave, A. G. Awad, 1997; H. Hinterhuber, C. Barvas, 1996). По мнению M. Bullinger (1993) в сфере охраны психического здоровья требуется широкая и многомерная концепция качества жизни, которая охватывает большинство параметров жизни. Вместо использования единичных показателей здесь более адекватным является применение определенных профилей, характеризующих существенные аспекты жизни индивида с проблемами в сфере психического здоровья. Ряд авторов считает, что параметры, используемые в концепции качества жизни, отражают, в основном, психологическое благополучие субъекта, и в существенно меньшей степени оценивают уровень его психического здоровья (N. M. Bradburn, 1969; R. Kaplan, Y. Bush, C. Berry, 1976; H. Dupni, 1984; S. M. Hunt, 1997). Дискуссия в отношении того, следует ли использовать концепцию качества жизни для проведения научных исследований, привела к тому, что в последние годы отдается предпочтение определенным индикаторам социального и социально-психологического плана, имеющим непосредственное отношение к оценке качества жизни субъекта (J. E. Ware, 1987; G. Fillenbaum, 1990; В. Гебель, 1996).

1.2.4 Общая и частная методология оценки психического здоровья

К середине XX века сформировалось направление, в наибольшей степени отвечающее задачам исследований в сфере психического здоровья - эпидемиология психических заболеваний (Н. М. Жариков, 1977), и был разработан его концептуальный и методологический аппарат (Методика эпидемиологических исследований психических заболеваний: Хроника ВОЗ, 1961; Е. Д. Красик, 1964; Н. М. Жариков, 1965, 1977; Н. М. Жариков и др., 1968; Б. Д. Петраков, 1972; Л. М. Шмаонова, 1983; Г. Карстес, 1971; Э. Стремгрен, 1975; Дж. Винг, 1975; Н. Еу et al., 2000, В. MacMahon, T. F. Pugh, 1970; N. Sartorius, 1972 и др.).

Ценность эпидемиологического изучения психических расстройств в целом и в рамках отдельных нозологических форм не требует специальной аргументации (M. Kramer, 1976; В. Г. Ротштейн, 1985.). В условиях социальной и экономической нестабильности они позволяют выявить факторы, способствующие формированию психических нарушений, что крайне важно как для клинической, так и для социальной и организационной психиатрии (С. В. Запускалов, Б. С. Положий, 1991; Ю. А. Александровский, 1996). Эпидемиологические методы позволяют получить основные представления о частоте психических расстройств и численности больных, о популяционных закономерностях течения болезней, и о клинико-демографической структуре контингентов, нуждающихся в том или ином виде психиатрической помощи. Таким образом, формируется та база, на которой основывается планирование научных исследований и организационных мероприятий (А. А. Чуркин, 1990).

В. MacMahon с соавт. (1970) вполне правомерно выделяют четыре этапа или группы методов

эпидемиологических исследований, отражающих стратегическую суть эпидемиологии. В соответствии с их мнением наиболее важные определения эпидемиологии включают в себя следующие разделы: описательная эпидемиология, с помощью которой распространение болезни описывается при сравнении ее частоты в разных категориях населения; формулировка гипотез - объяснение наблюдаемого распространения болезни на предварительных этапах исследования; аналитическая эпидемиология - проведение наблюдений, предназначенных для проверки развиваемых гипотез; экспериментальная эпидемиология - экспериментальное изучение на больших группах населения с целью проверки точным способом тех гипотез, которые подтвердились наблюдательным аналитическим изучением. Достаточно полно значение эпидемиологических исследований сформулировано в работах Р. V. Lemkau (1955); Е. Д. Красика (1982, 1983, 1985). Эпидемиологические исследования результативны в том случае, если они направлены не только на определения «величины проблемы», но и на анализ данных, позволяющих дать теоретические сведения по наиболее актуальным проблемам психиатрии. Однако, эти сведения, по мнению Е. Д. Красика (1982), следует рассматривать не как самоцель, а как базис для реконструкции существующих форм и методов охраны психического здоровья.

Эпидемиологические исследования в большинстве случаев основываются на результатах обследования географически определенных популяций. Большое число сравнительных эпидемиологических исследований касается оценки клинико-эпидемиологических показателей в странах, принадлежащих к одной культуре (в основном, западно-европейской), и реже - районов одной страны (A. Jablensky, H. Hugler, 1982; T. R. Saunderson, I. N. Langford, 1996 и др.). В качестве географически определенных популяций значительное место в проводимых эпидемиологических исследованиях отводится городским популяциям (Цунг-И. Лин, К. К. Стендли, 1962; M. Shepherd, 1978, 1982; D. Mechanik, 1986).

Современные эпидемиологические исследования в психиатрии стремятся к максимальному вовлечению основных плоскостей обеспечения информации. В частности, учитываются следующие информационные плоскости: 1) учет обращаемости в психиатрические учреждения (все психиатрические учреждения исследуемого региона); 2) кумулятивный регистр случаев (все психиатрические учреждения внутри и вне региона, так или иначе обслуживающие население данного региона); 3) сбор информации на клиентуре врачей общей практики; 4) полевые исследования среди населения (H. Hofner, 1989). Несмотря на то, что наиболее информативной считается четвертая плоскость получения информации, здесь есть свои сложности, возникающие из-за: 1) различных критериев дефиниции случая; 2) учитываются разные возрастные группы; 3)

показатель морбидности зависит от временного интервала получения данных (или 1 день, или за определенный период времени). Все эти обстоятельства следует учитывать при сопоставлении данных, полученных при полевых исследованиях (B. P. Dohrenwend, B. S. Dohrenwend, M. Schwartzs Gould, B. Link, 1980).

Одной из основных трудностей в эпидемиологических исследованиях является выбор методов исследования, позволяющих сопоставить полученные результаты с имеющимися в мировой статистике. С целью сопоставления эпидемиологических показателей созданы оценочные шкалы, диагностические модели, стандартизованные опросники, унифицированные глоссарии (M. Lorr, C. Klett, 1969; H. Nekki, O. Chai, 1978; Robins L. N. et al. 1981; E. Gillear, 1983). Основная задача этих диагностических опросников и моделей – выявить наличие психических расстройств и определить уровень нарушения психического здоровья.

В этих целях используется опросник Общего Здоровья D. Goldberg - один из самых популярных инструментов для исследования такого рода (Г. М. Румянцева и др., 1995). Шкалу уровня социальной фruстрации (УСФ), разработанную Л. И. Вассерман (1995). Тест SIP для измерения поведенческих дисфункций. Тест MPI для измерения уровня психологического дистресса и благополучия (C. Veit, J. J. Ware, 1983). P. Hodiamont et al. (1987) изучали уровень психического здоровья населения с использованием специальной шкалы, допускающей количественную оценку в пределах 8 баллов. Если показатели превышали 5 баллов, констатировалось наличие психического расстройства. Для изучения уровня распространения аффективных (депрессивных) нарушений использовались два модифицированных опросника - MAACL-R, а также PASS (B. Lubin et al., 1988). С этой же целью использовали шкалы CDI; CES-DC; DSRS; CDS; MFQ (E. J. Costello, A. Agod, 1988). Большие надежды возлагаются на комплексный международный диагностический опросник (CIDI), выполненный по заказу ВОЗ, предназначенный для проведения эпидемиологических исследований, изучения факторов риска (L. M. Robins et al., 1988.). Разработаны «Схема клинической оценки в нейропсихиатрии» (J. K. Wing et al., 1990), «Исследование расстройств личности по международной схеме» (Loranger A. W. et al. 1991).

Рядом авторов подчеркивается ненадежность и неоднозначность интерпретации результатов, полученных с помощью данных методик, неадекватность переноса методов, исследующих больную (нарушенную) психику на изучение здоровой (нормальной) психики человека (Ж. Ведрин, Д. Вебер, 1997; E. J. Costello, A. Arnold, 1988; J. A. Flaherty et al., 1988; P. S. Jensen et al., 1988; J. Shedler et al., 1993). Более адекватные варианты оценки психического здоровья населения предлагается проводить с позиций «социально-психологического» исследования.

При таком подходе условно опускаются генетически обусловленные психические качества, структура личности, а уровень психического здоровья здесь определяют социально значимой формой деятельности. Такой подход наиболее оправдан при разработке психогигиенических и психопрофилактических программ (Я. П. Гирич, Т. В. Поспелова 1984). В ряде исследований опрос, тестирование и шкалирование проводятся с целью последующего выявления уровня психической адаптации (А. И. Скорик, И. Н. Никитишина, 1993). На основании такого рода исследований С. Б. Семичевым (1982, 1987) были выделены следующие группы психического здоровья: 1) без отклонений от нормы; 2) типологическая норма; 3) потенциально-повышенный риск; 4) психическая дезадаптация - непатологическая; 5) предболезненные психические расстройства; 6) вероятно болезненное состояние; 7) верифицированная болезнь. В исследованиях В. П. Вахова (1997) уровни психической адаптации (состояние психического покоя; состояние психической адаптации; зона повышенного риска; состояние психической дезадаптации - допсихотический уровень; состояние психической дезадаптации - психотический уровень) соотносятся с зонами адаптации (зона психической адаптации - уровнем 1-3; зона психической дезадаптации - уровнем 4-5), а также с уровнем психического здоровья (уровень психического здоровья - зона адаптации; уровень психической болезни - зона дезадаптации).

Существенным шагом вперед для достижения взаимопонимания в эпидемиологических исследованиях является введение МКБ 10. Наличие единых критериев, необходимых для диагностики психической патологии, позволяет ей быть инструментом для сопоставимых клинико-эпидемиологических исследований (WHO 1992; Sartorius N., 1997).

Несмотря на уже отмеченные недостатки, в настоящее время в рамках концепции качества жизни разработано достаточно инструментов для оценки субъективных составляющих емкого понятия «психическое здоровье». Основные сложности использования данных конкретных инструментов связаны с вопросами: 1) «субъективных» и «объективных» количественных оценок; 2) учета трех компонентов – благополучия / удовлетворенности; функционального состояния; контекстуальных факторов; 3) комплексной оценки статуса и потребностей лиц с психическими и поведенческими расстройствами; 4) включения психопатологии в различные шкалы оценки качества жизни; 5) взаимосвязи временных параметров проведения соответствующих исследований (Н. Katsching, 1997). На территории постсоветского пространства исследования качества жизни в сфере психического здоровья, в основном, осуществляются в Российской Федерации. При этом используются как стандартные опросники, рекомендуемые ВОЗ (IQOLA SF-36 Russia Standart Version 1.0), так и модифицированные варианты, а также оригинальные методические разработки (А. А. Чуркин,

Н. К. Демчева, 2004). Исследования по определению качества жизни проводятся у детей с отклонениями в психическом и речевом развитии (Е. А. Бочарова, П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, Л. В. Постникова, 2003; Б. Д. Цыганков, Н. А. Туманов, 2004). Показатели качества жизни изучаются в группах подростков с психическими расстройствами и стрессогенными факторами (Т. Н. Дмитриева, И. В. Дмитриева и др., 1999; О. С. Работкин, С. Ю. Палатов, Л. Е. Малышева, 2004). Существует большое количество исследований, оценивающих качество жизни больных с эндогенными психозами (В. У. Пашковский, В. А. Дехерт, 2000), в частности с шизофренией (А. Б. Шмуклер, Л. В. Лосев, 1999). Качество жизни больных с эпилепсией в процессе медико-социальной реабилитации исследовали С. А. Громов, В. А. Михайлов и др. (2002). Значительное количество работ посвящено исследованию показателей качества жизни у лиц с депрессивными расстройствами (В. А. Павлов, Г. Н. Носачев, И. Г. Носачев, 2004). Качество жизни изучается у зависимых от ПАВ (А. Г. Соловьев, П. И. Сидоров, И. А. Кирпич, 2000; И. И. Никифоров, 2005), а также у лиц с психосоматическими расстройствами (В. Ю. Ганчо, Ю. П. Успенский и др., 2002). В последние годы показатели качества жизни исследуются не только у лиц с психическими и поведенческими расстройствами, но и у их родных и близких, несущих бремя психических болезней наравне с персоналом специализированных медицинских учреждений (Т. А. Солохина, А. С. Шевченко и др., 1998; В. Е. Голимбет, Н. И. Воскресенская и др., 1999).

1.3 Эпидемиология психического здоровья

1.3.1 Общие сведения о распространности психических расстройств

В настоящее время 450 миллионов человек в мире страдает психическими расстройствами. В том числе 160 миллионов – депрессивными расстройствами, 70 миллионов – алкоголизмом, 50 миллионов – эпилепсией, 24 миллиона – шизофренией. В каждой из четырех семей есть, по крайней мере, один человек, который страдает в данное время от психического расстройства (Данные 1-го национального конгресса по психическому здоровью и безопасности в обществе, 2005). Основными закономерностями в динамике распространения психических и поведенческих расстройств в мире в последние десятилетия следующие.

Первая закономерность – рост выявляемости распространенности и накопления психических расстройств в обществе, особенно в последней четверти XX столетия. Это характерно как для экономически развитых стран Запада, а в последние годы и развивающихся стран. Вторая закономерность проявляется в низком уровне роста распространенности психозов (рост показателя распространенности их почти за столетие только в 3,8 раза) и высокими уровнями неврозов и других пограничных расстройств (более чем в 60 раз). Третьей закономерностью является

наибольший подъем показателей распространенности психических расстройств в большинстве стран мира в последний период столетия, определяющийся преимущественно значительной выявляемостью непсихотических форм психических болезней. Четвертая закономерность определяется высоким ростом выявляемости хронического алкоголизма и наркомании. Пятой закономерностью является фактическая идентичность уровней распространенности психических болезней как в экономически развитых странах Запада, так и в странах Восточной Европы, особенно 70-90 годы, что отражает общечеловеческую (биосоциальную) почву психической патологии и общемировые закономерности формирования во второй половине XX века хронического типа мировой патологии человека (Б. Д. Петраков, 1995).

Между тем, приведенные данные базируются, в основном, на официальной статистике. Значительно более информативны результаты специальных эпидемиологических исследований, характеризующих уровень и состояние психического здоровья населения, по тем или иным причинам не попадающего в поле зрения специалистов, так называемого, контингента «здоровых». В частности, по результатам таких исследований установлено, что в населении распространены не только начальные, но и клинически выраженные формы психической дезадаптации (Г. М. Румянцева, 1995), которые распределяются в классификации одних авторов (А. К. Зиньковский и др., 1990), в континууме норма - донозологические невротические расстройства - невротические реакции - невротические состояния, причем норма была в количественном выражении наименьшей, а невротические состояния - в наибольшей. В других классификациях, определяющих уровни психического здоровья (С. В. Запускалов, Б. С. Плотников, 1991), исследуемый контингент распределялся следующим образом: 1) уровень стабильного психического здоровья - 11,3%; 2) уровень риска - 31,6%; 3) уровень предболезни - 34,6%; 4) уровень донозологический - 6,2%; 5) уровень болезни - 16,3%. В исследованиях, проводимых на крупных промышленных предприятиях, выявляется 54,3% сотрудников, обнаруживающих психические отклонения пограничного уровня; 28% сотрудников с соматизированными психическими расстройствами (В. Я. Гиндикин и др., 1996). При аналогичных исследованиях организованных групп населения относительно высокий уровень психического здоровья определялся у 40,7% обследуемых, средний - 33,8%, низкий - 25,5% (А. Л. Катков, 1997).

Состояние и уровень психического здоровья детей характеризуют следующие факты. До 40% обследованных детей остро ощущают отсутствие или ограничение личной свободы в семье; 10% детей внушиается ощущение собственной неполноценности; 8% - навязаны мнения и поступки, явно не соответствующие требованиям жизни. Многие семьи (родители) агрессивны в отношении детей и подростков

(57%). При обследовании подростков психические расстройства выявляются от 27,8% (М. Б. Брызган, 1995) до 37% (М. А. Лебедев, 1997) или почти у 2/3 обследуемых (Д. П. Дербенев, 1997). Распространенность чисто депрессивных расстройств среди подростков по различным данным колеблется от 8,6% до 50% (Л. В. Ким и др., 1997).

При исследовании всех возможных плоскостей сбора информации о распространенности психических и поведенческих расстройств по данным D. P. Goldberg, P. Huxley (1980) выяснилось, что годовая болезненность по профилю психических и поведенческих расстройств в Манчестере равнялась 25% среди населения. При этом 23% выявления приходилось на врачей общей практики; 1,7% - психиатрические учреждения в целом; 0,6% - на психиатрические стационары. Сходные данные были получены H. Dilling, S. Weyerer (1978) по Верхней Баварии. Здесь годовая болезненность равнялась 24,1%. При том, что выявление в звене врачей общей практики составило 21,4%, в психиатрических учреждениях – 1,9%, в психиатрических стационарах – 0,5%.

1.3.2 Распространенность отдельных психических расстройств

Несмотря на широкую распространенность расстройств личности среди популяции, диагностика их достаточно затруднительна. (Shepherd M., Sartorius N., 1974; Lewis A., 1974; Klein M., 1985; Widiger T. A., Frances A., 1985). Из-за самой природы расстройств личности (например, хроническое течение, начало в детстве или юношестве, неизвестность точного времени возникновения) теоретически очень трудно оценить их частоту. В перспективном исследовании 5395 мужчин и женщин в Исландии, родившихся в 1895–1897 г.г. и доживших до 1977 г., ожидаемый уровень расстройств личности был вычислен на основании трех оценок, проведенных в 1957, 1971 и 1977 г.г. (Helgason и Magnússon, 1989). Ожидаемый уровень развития расстройств личности до 81 года жизни составил 5,2%, однако, этот показатель охватывает не только расстройства личности, но также и другие неспецифические расстройства, не соответствующие диагностическим критериям специфических категорий. К тому же на результат повлиял тот факт, что опрос проводился среди лиц не моложе 60 лет.

В работах, в которых диагностика расстройства личности базировалась только на неструктурированном клиническом опросе пациента или близкого лица, показатели распространенности варьируются от 0,1%, выявленного Lin и соавт. (1989) на Тайване, до 9,8 %, выявленных Langner и Michael (1963) в манхэттенском исследовании в Нью-Йорке, США. Распространенность представляется более низкой среди населения развивающихся стран. Очень низкий уровень расстройств личности (0,01%) был обнаружен при государственном исследовании, проведенном в Китае (Cheung P., 1991).

В обзоре 20 эпидемиологических исследований расстройств личности, проведенных в психиатрических

учреждениях Европы и Северной Америки с 1950 г., Neugebauer R. и соавт. (1980) обнаружили, что средний уровень распространенности расстройств личности равен 7%, однако их исследование включало данные об алкогольной зависимости и наркомании. Наконец, в обзоре эпидемиологических работ, проведенных в Латинской Америке Levav I и соавт. (1989), распространенность заболевания варьировалась от 3,4 (Коста Рика) до 10,7% (Перу)

Maier W. и соавт. (1992) исследовали группу из 109 семей в Германии с целью выявления расстройств личности в течение жизни. Среди 447 опрошенных обнаружен уровень расстройств личности (10,3%), сходный с описанными в других исследованиях. Частота для мужчин и женщин составила соответственно 9,9 и 10,5%, при этом у молодых она оказалась выше, чем у лиц старшего возраста.

Casey и Tugter (1986) в группе из 200 городских и сельских жителей Великобритании, у 26 (13%) выявили расстройства личности. Среди них наиболее характерным был эксплозивный тип. Различий по распространенности между городским и сельским населением, между мужчинами и женщинами не отмечено. В группе населения из 235 взрослых, исследованных с помощью ДОРЛ, у 26 (11,1%) были диагностированы расстройства личности. (Reich и соавт., 1988, 1989). Среди них оказалось 12 (46%) мужчин, причем 14 (54%) состояли в браке. Средний возраст больных составлял 45,8 года. При оценке возрастного и полового распределения (Reich и соавт., 1989) было показано, что черты шизоидного типа не изменяются с возрастом, тогда как черты драматического и тревожного типов заметно связаны с возрастом. Наиболее выражены личностные черты у женщин в возрасте 31–40 лет, у мужчин 18–30.

В исследовании Zimmennan и Coryell (1990) с использованием «Структурированного опросника для определения расстройств личности в соответствии с ДСПР-Ш» (СОРЛ) и ДООЛ были опрошены 697 родственников психически больных лиц и контрольные здоровые лица. По критериям СОРЛ больше пациентов получили диагноз расстройства личности, чем в соответствии с ДООЛ (13,5 и 10,3%). По СОРЛ чаще всего ставили диагноз антисоциального и пассивно-агgressивного расстройства личности, тогда как по схеме ДООЛ расстройства личности относились к зависимому типу. Авторы пришли к заключению, что опросники и беседы имеют низкую степень соответствия, и что сам способ оценки может значительно повлиять на показатели распространенности расстройства, выявляемые при отсутствии его точного определения и надежных внешних признаков.

С точки зрения социально-демографических характеристиках лиц с расстройствами личности, они чаще выявлялись среди городского населения и в группах с низким социально экономическим статусом, чаще у молодых людей, проявляя тенденцию к некоторому снижению в старших возрастных группах.

Различия в распространенности расстройства личности в зависимости от пола следует рассматривать отдельно для конкретных типов расстройства личности, однако они стираются при оценке общего показателя, который примерно одинаков для обоих полов.

Распространенность расстройств личности среди тех, кто обращается в медицинские учреждения, в частности в учреждения первичной медико-санитарной помощи, изучена мало. Некоторые исследователи включают расстройства личности в более широкие диагностические категории, например, неврозы, поэтому выделить показатели распространенности расстройств личности невозможно.

Kessel (1960) обнаружил, что врачи общей практики среди проконсультированных больных в 5% диагностировали патологические изменения личности. В более широком исследовании Shepherd и соавт. (1966) зарегистрировали аналогичные показатели с преобладанием психической патологии у мужчин.

В другом исследовании (Casey и соавт., 1984), проведенном среди 2743 пациентов, проконсультированных врачом общей практики на протяжении 12 мес., выявлена 7% распространенность психических заболеваний. В 8,9% случаев, диагностированных врачами общей практики, и в 6,4% случаев, диагностированных в ходе опроса в качестве психической патологии, расстройства личности были первичным диагнозом, а 33,9% пациентов были признаны страдающими расстройствами личности при применении СОЛ. Наиболее часто отмечались эксплозивные расстройства личности, и этот диагноз ассоциировался с тревожными состояниями. При последующем наблюдении в течение 3 лет у 80% лиц из первоначальной выборки среди страдающих расстройствами личности отмечались большая частота заболеваемости, большее количество контактов со всеми уровнями психиатрических служб и больший уровень потребления психотропных средств.

Mann A. H. и соавт. (1981) обнаружили, что из 87 пациентов, которым врачи общей практики поставили диагноз непсихотических расстройств и которые затем были обследованы с помощью «Схемы клинического опроса» (СКО) и «Стандартизированного определения личности» (СОЛ), у 52 отмечались особенности, характерные для расстройств личности. Из них у 31 пациента была зарегистрирована патология личности.

В рамках исследований в Верхней Баварии было оценено состояние 1274 пациентов, посещавших 18 врачей общей практики; из них 32% были признаны страдающими тем или иным психическим расстройством; при этом в 26% случаев диагноз был поставлен согласно заключению общепрактикующего врача (Dilling и соавт., 1989). Всего у 9,4% выявленных больных (т.е. 3,3% первоначальной выборки) констатировали расстройства личности. Процент заболеваемости среди мужчин был выше (11,8), чем среди женщин (8,1).

В исследовании Smith и соавт., (1991) 118 пациентов с соматическими расстройствами были проверены на

наличие антисоциального расстройства личности. Среди них 8% женщин и 25% мужчин оказались страдающими антисоциальным РЛ. Для сравнения отмечается, что этот показатель в общей популяции составлял соответственно 0,5 - 1,5% и 3,9 - 5,9.

Перечисленные исследования показывают, что у 5-8%, обращающихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи врачи общей практики ставят первичный диагноз расстройства личности. При этом среди мужчин распространенность выше, чем среди женщин. Указывается также на то, что при некоторых расстройствах личности люди особенно часто обращаются за медицинской помощью. К примеру, при исследовании 249 произвольно взятых добровольцев, 10,4% из которых диагностировались расстройства личности, показатели госпитализации в течение предыдущего года были выше среди страдающих расстройствами личности, чем в контрольной группе - соответственно 38 и 17% (Reich и соавт., 1989).

Изучение распространенности отдельных форм расстройств личности являлось целью многих исследований.

Распространенность параноидного расстройства личности была изучена Leighton (1959) и Michael (1963), которые опубликовали существенно различающиеся данные - соответственно 0,03 и 28,4%. Reich и соавт. (1989) и Zimmennan и Coryell (1990) выявили сопоставимые результаты (0,4 - 0,8%), тогда как Maier и соавт. (1992) констатировали несколько более высокий показатель (1,8%). С другой стороны, Baron и соавт. (1985) обнаружили значительно более высокую распространенность параноидных расстройств личности у родственников пробандов с хронической шизофренией (7,3%), чем у родственников лиц из контрольной группы (2,7%). По данным авторов это расстройство более часто встречается в группах с низким социально-экономическим статусом.

Langner и Michael (1963) обнаружили очень высокую распространенность шизоидных расстройств личности (15,2%). Однако гораздо более низкие показатели (0,4 - 0,9%) были приведены Maier и соавт. (1992), Reich и соавт. (1989) и Zimmennan и Coryell (1990). Baron и соавт. (1985) сообщили об 1,6% распространенности шизоидного расстройства личности среди родственников пробандов с хронической шизофренией и об отсутствии случаев заболевания среди родственников здоровых лиц, входящих в контрольную группу.

Reich и соавт. (1989) и Zimmennan и Coiyell (1990) сообщили о распространенности шизотипических расстройств личности, равной соответственно 3 и 5,6%. Аналогичные данные обнаружены Langner, Michael (1963) (4,9%). Однако Maier и соавт. (1992) опубликовали сведения о распространенности, равной лишь 0,6%. Показатели, полученные при применении одинаковых методов, таких, как ДОП, имеют сходства, несмотря на различия в характеристиках и

размерах выборок и в числе полученных ответов. В исследовании Baron и соавт. (1985) шизотипическое расстройство личности встречалось значительно чаще среди родственников probандов с хронической шизофренией (14,6%), чем среди родственников здоровых лиц в контрольной группе (2,1%). Этот результат представляет дополнительный аргумент в пользу наличия специфической взаимосвязи между шизофреническими нарушениями и шизотипическим расстройством личности

Robins и Regier (1991) исследовали распространенность антисоциальных расстройств личности в течение 1 мес., 6 мес. и пожизненно. При этом ее уровень равнялся соответственно 0,5, 1,2 и 2,6% с колебаниями результатов, полученных на протяжении жизни, от 2,1 до 3,4% (Robins и Regier, 1991). Среди мужчин показатель был значительно выше (4,5%), чем среди женщин (0,8%), вне зависимости от возраста или этнических групп. Диссоциальное расстройство наиболее распространено в возрасте около 45 лет, горожан и лиц, не окончивших высшие учебные заведения. Средняя продолжительность расстройства равнялась 19 годам. Менее половины группы имело криминальное прошлое, в 94% случаев встречались затруднения при трудоустройстве, в 85% — насилие, в 67% — серьезные проблемы в семейных отношениях. В довершение всего 84% группы принимали наркотические вещества, у многих обнаружена связь этого расстройства личности с шизофренией и манией (Regier и соавт., 1990).

В эпидемиологическом исследовании психических заболеваний, проводившемся в Новой Зеландии, распространенность антисоциальных расстройств личности, определяемых за 6 мес. и в течение жизни среди 1498 лиц 18–64 лет, составила соответственно 0,9 и 3,1%. Заболевание чаще встречалось среди мужчин, чем среди женщин (1,3% против 0,5% при определении за 6 мес. и 4,2% против 0,5% при определении в течение жизни). Однако эти различия не имеют статистической значимости. В эдмонтонском исследовании 3258 произвольно взятых взрослых лиц были интервьюированы с применением СДО (Bland и соавт., 1988). При этом распространенность, по их данным, составила в течение жизни 33,8%. Соответствующий показатель для антисоциального расстройства личности оказался равным 3,7% (6,5% среди мужчин и 0,8% среди женщин). Максимальная распространенность характерна для возрастной группы 18–34 лет, а также вдовых, отделенных и разведенных лиц.

Распространенность антисоциальных расстройств личности на Тайване была сравнительно ниже - от 0,03% в сельской местности до 0,14% в метрополии Тайлэй (Hwu и соавт., 1989). По Kinzie и соавт. (1992), соответствующий показатель равен 0,8%. Он получен при обследовании 131 взрослого жителя индейской деревни в западной части Америки.

Reich и соавт. (1989) и Zimmerman и Coiyell (1990), применяя ДООЛ, также привели низкие цифры —

соответственно 0,4 и 0,9%. Однако в дальнейшем исследовании с использованием опроса показатель возраст до 3%; вероятно, самоотчеты могут приводить к недооценке распространенности антисоциального расстройства личности. Maier и соавт. (1992), используя структурированный опрос, также обнаружили низкий уровень данной патологии (0,2%).

В исследовании, проведенном Koegel и соавт. (1988) среди 328 бездомных лиц, проживающих в Лос-Анджелесе показатель антисоциального расстройства личности в течение жизни составил 20,8% против 4,7%, обнаруженных в лосанджелесской группе, включенной в исследование эпидемиологической программы Европейского региона (обследовано 3055 человек) (Robins и Regier, 1991). Соотношение риска заболевания антисоциальным расстройством личности среди бездомных по сравнению с группой эпидемиологической программы Европейского региона составило 4,4. Эти различия оказались еще более выраженным, когда рассматривалась распространенность за шестимесячный период: показатель в группе бездомных составил 17,4%, а в группе эпидемиологической программы Европейского региона - 0,8%. Таким образом, относительный риск составил 21,8%.

Суммируя изложенное, можно сказать, что распространенность антисоциального расстройства личности постоянно составляет 3% среди населения в целом и чаще встречается у мужчин, чем у женщин (при соотношении от 2:1 до 7:1). Это состояние характерно для взрослых людей молодого возраста, для городских жителей и для групп с низким социально-экономическим уровнем. Среди лиц с антисоциальным расстройством личности отмечается высокий уровень алкоголизма (Lewis C. E. et al. 1982, 1985).

Пограничные расстройства личности изучались Weissman и Myers (1980). Авторы зарегистрировали распространенность этой патологии в Нью-Хэйвене (США) в группе из 511 взрослых лиц, равную лишь 0,2%. Однако их оценка была однокоментной, а не на протяжении жизни, чем можно объяснить столь невысокий показатель. По данным Reich и соавт. (1989), соответствующий показатель составляет 1,3%, тогда как Zinunerman и Coiyell (1990) указывают на 4,6% при использовании ДООЛ и 1,7% при применении СОРЛ. Последний показатель близок к значению 1,1%, опубликованному Maier и соавт. (1992). К тому же Zimmerman и Coryell (1990) выявили высокую степень корреляции между пограничным и другими расстройствами личности. При сравнении с группами лиц, страдающих другими расстройствами личности, у страдающих пограничными расстройствами личности обнаруживают также высокую частоту злоупотребления алкоголем, табакокурения, фобий, суицидальных попыток и шизофрении. Лица с пограничными расстройствами личности составили наиболее молодую группу, чаще всего, не состояли в браке либо были разведены.

Swartz и соавт. (1990) обнаружили пограничные расстройства личности у 1,8% среди 1540 человек взрослого (19 - 55 лет) населения в районе Дьюк в рамках эпидемиологической программы Европейского региона. Пограничное расстройство личности более характерно для женщин и вдовых лиц или неженатых. Высокий показатель обнаруживался среди небелой молодежи и среди городских жителей с низким социально-экономическим статусом. Максимальная распространенность обнаружена у 19 - 34-летних со снижением показателя по мере увеличения возраста. Пограничное расстройство личности тесно ассоциируется с трудностями в семейных взаимоотношениях, физической недееспособностью, сложностями в трудаустройстве, алкоголизмом, сексуальными и психологическими проблемами.

Часть психиатров отмечает, что пограничные расстройства личности более свойственны женщинам, чем мужчинам. (Akhtar и соавт., 1986; Widiger и Weissman, 1991). Однако, несколько крупных исследований не выявили существенных различий в распространенности расстройств по половому признаку (Kass и соавт., 1985; Reich, 1987)

В исследовании, проведенном Leighton, (1959), 2,2% взрослого населения из числа «эмоционально нестабильных» лиц было признано страдающим истероидным расстройством личности, причем его распространенность среди женщин была вдвое выше, чем у мужчин. Аналогичные данные (1,3 - 3%) были опубликованы Maier и соавт. (1992), Nestadt и соавт. (1990), Reich и соавт. (1989) и Zimmennan и Coryell (1990).

Исследование Nestadt и соавт. (1990), проведенное в рамках эпидемиологической программы Европейского региона в Балтиморе, было направлено на уточнение распространенности истероидного расстройства личности. Авторы обнаружили 2,2% страдающих им среди населения в целом, 2,1 и 2,2% соответственно среди мужчин и женщин. Распространенность случаев среди лиц одиноких и разведенных была значительно выше, чем у состоящих в браке. К тому же 17% женщин с истероидным расстройством личности также страдали депрессивным расстройством. В группе лиц с истероидным расстройством личности частота суицидальных попыток была выше, а обращаемость за медицинской помощью в четыре раза больше, чем среди страдающих неистероидным расстройством личности или среди населения в целом.

Reich и соавт. (1989) и Zimmennan и Coryell (1990), используя ДООЛ, выявили одинаковые уровни нарциссических расстройств личности (0,4%). С другой стороны, Maier (1992), применяя «Структурированный клинический опросник» для определения расстройств личности в соответствии с ДСПР-Ш» и Zimmennan и Coryell (1990), применяя СОРЛ, не обнаружили ни одного случая расстройства такого типа.

Показатели обсессивно-компульсивного расстройства личности по данным Reich и соавт. (1989)

и Zimmennan и Coryell (1990), 6,4 и 4% соответственно. Более низкие цифры (2,2 и 1,7%) были опубликованы Maier и соавт., 1992; Zimmennan и Coryell, 1990. В другом исследовании, проводившемся Nestadt и соавт. (1991) она оказалась равной 1,7%. Распространенность обсессивно-компульсивного расстройства среди мужчин составила 3%, что примерно в пять раз превышает показатель среди женщин. Оно оказалось более характерным для женатых лиц белой расы, имевших работу и высшее образование. Люди с данным заболеванием считаются группой высокого риска в связи с развитием состояний тревоги.

Baron и соавт. (1985) и Reich и соавт. (1989a) среди родственников здоровых лиц контрольной группы не обнаружили ни одного случая уклоняющегося расстройства личности, а Zimmennan и Coryell (1990) сообщили о заболеваемости от 0,4% до 1,3%). Распространенность заболеваний по Maier и соавт. (1992) составила 1,1%, что близко к данным Zimmennan и Coiyell (1990) и Baron и соавт. (1985), полученным среди родственников пробан-дов с хронической шизофренией (1,6% и 1,7%).

В манхэттенском исследовании 2,5% обследованных были признаны страдающими пассивно-зависимыми расстройством личности (Langner, Michael, 1963). Оно более характерно для женщин, чем для мужчин (приблизительное соотношение 3:1). В исследовании, проведенном в графстве Стерлинг, 0,9% из отобранных групп продемонстрировали пассивно-агрессивный или пассивно-зависимый паттерны поведения (Leighton, 1959). Reich и соавт. (1989) и Zimmennan и Coiyell (1990), прибегнув к ДООЛ, сообщили соответственно о 5,1 и 6,7%, однако при использовании структурированного опроса (Maier и соавт., 1992; Zimmennan и Coryell, 1990) были получены более низкие цифры (1,6 и 1,7%).

В исследовании, проведенном Leighton (1959) 0,9% обследованных демонстрировали пассивно-агрессивные расстройства личности. Применяя ДООЛ, Zimmennan и Coryell (1990) выявили низкий уровень (0,4%) распространенности, тогда как Reich и соавт. (1989a) не обнаружили ни одного случая среди 235 добровольцев. Цифры оказались выше (1,8-3%) у Maier и соавт. (1992) и Zimmennan и Coryell (1990), которые прибегли к прямому опросу. Вероятно, лица с расстройствами личности при самоотчетах сообщали о себе неполные сведения.

Депрессия - одна из самых частых патологических форм встречающихся в медицинской практике (Хвиливицкий Т. Я., Нуллер Ю. Л. 1973; Точилов В. А. 1992; Sartorius N., 1974; Loss L. H., 1979; Kielholz P., 1981; Gelder M., 1997). Она бывает различной интенсивности: от тяжелой с бредом до относительно неглубоких, но субъективно неприятных состояний. H. Kaplan, B. Sadosk (1971) считают, что различными видами депрессий в течение жизни могут заболеть 10% мужчин и 20% женщин. Ежегодно депрессивные расстройства диагностируются не менее,

чем у 200 млн. человек. Весьма пессимистичны оценки тенденций их распространенности. С 5% в 1991 г. депрессии распространились на 11,8% населения в мире в 1992 г. и на 17% – в 1994 г. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я. (1998) считают, что, в отличие от других видов психопатологических нарушений, депрессивные состояния в 40% случаев не диагностируются. Прежде всего, это касается депрессий непсихотического уровня, поскольку у таких больных аффективная патология часто манифестирует сомато-вегетативной симптоматикой неврозоподобного характера, и большинство из них наблюдаются врачами-интернистами. Специальное исследование, проведенное в середине 90-х годов в г. Москве, показало, что у 68% больных, обращавшихся в районную поликлинику, имелись явные признаки депрессии. Таким образом, по распространенности депрессии занимают третье место после артериальной гипертензии и гриппа. При этом направленность диагностики на следствие без учета причины, когда вторичные сомато-вегетативные проявления формируются на основе аффективных психопатологических нарушений, приводит к утяжелению и хронизации психической патологии. Наиболее опасным является то, что недиагностированные и нелеченые адекватно депрессивные расстройства в ряде случаев заканчиваются самоубийством больных (Чуприков А. П., Пилягина Г. Я., 1998).

Распространенность депрессий в разные периоды оценивалась по-разному. Friedman A. S., et al., 1963; Kielholz P., 1973, 1980; Akiskal H. S., McKinney W. T., 1975; Bemporad J. R., 1988).

По данным П. Пишио (1990) этот показатель сейчас равен 6%, т. е. 6% взрослого населения страдают данным расстройством. В 1982 г. Boyd и Weissman дали обзор 9 эпидемиологических исследований, выполненных в 1957-1979 гг. в Англии и США на общей взрослой популяции. Частоту распространенности (point prevalence) клинически значимых симптомов депрессии они определили величиной 13-20% (среднее 15%). Она оказалась более высокой у женщин. Эти половые различия могут быть истинными, но они могут отражать и то обстоятельство, что женщины с большей готовностью вообще высказывают те или иные жалобы.

В 1986 г. было выполнено большое эпидемиологическое исследование на общей французской популяции по специальной анкете, основанной на самооценке обследуемым лицом своего состояния путем регистрации наличия соответствующих расстройств. Обследовалась группа населения старше 18 лет, достаточно типичная для Франции по половому и возрастному составу, культурному и профессиональному уровню, а также месту проживания (город, село). Общая частота (распространенность) депрессивных симптомов оказалась равной 10,4%. Интересные данные получились при рассмотрении связи частоты депрессии по возрасту, полу с социально-культурным уровнем обследованных. В

возрасте 18-44 лет средний показатель болезненности был 5,5% без различий по полу и возрасту внутри этой возрастной группы. Здесь соответствующие кривые у мужчин и женщин идут практически параллельно, но после 45 лет частота депрессий начинает возрастать быстрее у женщин, и к 65 годам она у них составляет 30%, а у мужчин - 20%. В подгруппе обследованных с низким уровнем образования показатели распространенности симптомов депрессии были достоверно выше, чем у более высокообразованной части населения.

Что касается клинических эпидемиологических исследований, где речь идет не о регистрации симптомов, а о диагностике болезни, то их результаты в связи с разными диагностическими подходами трудносопоставимы. В 1982 г. Boyd и Weissman дали обзор 22 таких работ по «небиполярной депрессии» и 5 по «биполярной депрессии». Используемый рядом авторов термин «небиполярная депрессия», по-видимому, эквивалентен «большой депрессии» в DSM-III, хотя иногда, видимо, в группу «небиполярных» депрессий исследователи включали депрессии «невротические», «депрессивные личностные расстройства» и др. Поэтому различия в соответствующих данных столь велики. Наиболее ценными из этой группы исследований являются американские работы (цит. по Пишио). Опубликованные к настоящему времени результаты основаны на обследовании 10 000 лиц. У них выявлялись большие депрессивные эпизоды («большая депрессия») и «дифилия», по терминологии, принятой в DSM-III. Обобщая эти данные, можно сделать следующее заключение: 1) распространность (6-месячная болезненность) расстройств депрессивного круга (большая депрессия и дистимия) - 6%; 2) соответственно на долю большой депрессии приходится 3%, дистимии - 3%; 3) распространность большой депрессии в течение жизни (life prevalence), как и следовало ожидать, выше - 5,4% (вместо 3% по показателю 6-month prevalence). Были обнаружены также некоторые корреляции с полом и возрастом. Отношение частоты расстройств (большая депрессия и дистимия) у мужчин и женщин 1:2 во всех возрастах (4% у мужчин и 8% у женщин по 6-месячным данным). По мере увеличения возраста частота депрессии увеличивается, а затем падает: 18-24 года - 5,5%, 25-44 года - 7,8%, 45-64 года - 5,7%, старше 65 лет - 2,3%.

Изложенные данные позволяют сделать вывод, что 5-6% общего населения имеют те или иные проявления депрессии. Но, конечно, лишь немногие из этих лиц попадают к психиатру, большая же часть лечится у врачей общего профиля. Самы эти врачи (например, во Франции, П. Пишио (1990) считают, что депрессивные проявления имеют 8% их пациентов, а с учетом тревоги - 9%, а с учетом и всех других психических отклонений - до 83%.

Симптомы тревоги являются одними из самых распространенных расстройств и проявляются как на невротическом, личностном так и психотическом

уровне (Т. Д. МакГлинн, Г. Л. Меткалф, 1989) Дан-ные о распространенности отдельных тревожных расстройств в течение жизни варьируют в разных исследованиях в зависимости от критериев и объема выборки. По данным Eaton W. W., 1975 почти 75% жителей США переживает один или более эпизодов необоснованного страха, паники или общей нервозности. Наиболее часто встречаются фобические расстройства, объединяющие агорафобию, социальную и специфическую фобию – от 7% до 13% обследованных (Jenike J. H., 1986; Terner S. M. et al, 1991) генерализованные тревожные расстройства по данным тех же авторов выявляются у 5% населения.

По данным P. Kielholz и C. Adams (1989) эти цифры значительно ниже. Примерно 1% населения испытывает переживания тревоги. Другие авторы считают, что тревогой поражены от 3 до 6% всей популяций.

С учетом принятой в настоящее время дифференциации распространность генерализованного тревожного расстройства - от 2,5 до 6,4%, агорафобии - от 2,5 до 5,8%. Bronisch T., 1990, Kantor J. S., 1980; Lehtinen V., 1989.

Вместе с тем исследования последних лет убедительно показали, что сам по себе термин «тревога» является скорее сборным понятием, служащим для обозначения гетерогенной группы расстройств, которые различаются между собой как по клинико-психопатологическим характеристикам, так и по методам биологической терапии (Fodor I. G., 1974).

Вопрос о классификации и типологии тревоги в настоящее время представляется достаточно сложным и запутанным (Boer J., 1988., Bronisch T., Fortsch, 1990, Hollander E., Liebowitz M., German I., Holmberg G. K., 1989; Hiller W., Zanding M., 1989). Это следует уже из того, что в различных классификационно - диагностических системах приводятся отличающиеся друг от друга принципы построения систематики тревоги. В качестве примера можно ссыльаться на классификацию тревожных расстройств в МКБ-10 и американской системе DSM-III-R.

В МКБ-10 классификация тревожных расстройств является более простой и включает две основные группы расстройств, выделенные с учетом преобладающей симптоматики,— фобические расстройства и другие тревожные расстройства. Наряду с этим как самостоятельная группа выделяются реакции на стрессовые события и расстройства адаптации.

В свою очередь каждая из групп распадается на более частые подтипы расстройств. Так, фобические расстройства разделяются на агорафобию, социальную фобию и специфическую изолированную фобию. Группа тревожных расстройств состоит из панических расстройств, генерализованных тревожных расстройств и смешанного тревожно-депрессивного расстройства.

Американская система DSM-III-R отличается от МКБ-10, поскольку в нее на равных правах входят 7 частных вариантов тревожно-фобических состояний

и не предпринято попыток выделить более укрупненные группы. Существенной особенностью DSM-III-R является и то, что паническим расстройствам придается более важное значение (Boer J. A., 1988, Gabriel, 1989; Gelder M. G., 1989). Наряду с этим предусмотрены случаи сочетания симптоматики тревожного и фобического круга. Наконец, в качестве одного из вариантов тревожных расстройств выделяется обсессивно-компульсивное расстройство, которое соответствует понятию «невроз навязчивости» в отечественной психиатрии. Расстройств этого подтипа нет в МКБ-10 в рубрике тревожных расстройств.

Несмотря на то, что эти две системы имеют много общего, остаются нерешенными некоторые вопросы. Так, неясно, где проходит граница группы тревожных расстройств и по какому принципу следует классифицировать отдельные варианты в пределах этой группы (Gabriel E., 1989; Gelder M. G., 1989).

Известно, что собственно тревожные состояния часто сочетаются с депрессией, в результате чего точную границу группы тревожных расстройств определить трудно (Alnaes R., Torgersen S., Grunhaus L., 1988; Hamilton M., 1989; Lesser, 1988; Lesser, Rubin R. T., Peckudd S. C. et al., 1988; Poldinger W., Bern, 1972; Torgersen S., 1989). Westenberg H., Verhoeven W. полагают, что при дифференциальной диагностике заболеваний следует учитывать тяжесть их проявлений. Так, при выраженной, тяжелой симптоматике диагностика не представляет затруднений. И, наоборот, при так называемых пограничных случаях тревоги и депрессии их разграничение представляет значительные трудности. Это касается клинико-феноменологических особенностей. Так, по данным M. Hamilton при диагнозе «тревожное состояние» у 81% больных наблюдаются расстройства сна и у 83% - собственно депрессивная симптоматика. У больных депрессиями частота встречаемости тревожной симптоматики еще выше и составляет 96%. Ажитация при этом встречается у 61-72% больных.

В пользу «перекрытия» тревожных и депрессивных расстройств говорят и данные генетических исследований. Так, при изучении семей больных, страдающих паническими расстройствами, установлено повышение частоты депрессии среди их родственников (Torgersen S., 1989).

Многие больные с хроническим состоянием тревоги переживают короткие депрессивные эпизоды, которые налагаются на симптоматику тревоги либо даже предшествуют ей (Vollrath M., Angst J., 1989). Необходимо отметить, что у этих больных, как правило, не наблюдаются двигательная заторможенность и суицидальные мысли, что может указывать на небольшую глубину депрессивного расстройства (Hamilton M., Poldinger W., 1972). Это в свою очередь обосновывает включение смешанного тревожно-депрессивного расстройства в рубрику тревожных расстройств в готовящемся проекте МКБ-10.

Имеются также указания на то, что среди родственников больных неврозом навязчивостей

довольно часто наблюдаются тревожные неврозы (Lieberman, 1984).

Необходимо подчеркнуть, что катамнестические исследования не смогли продемонстрировать переход невроза навязчивостей в тревожный невроз, хотя симптоматика тревоги при первом из них встречалась довольно часто (Jenike M. A., Lieberman, 1984). Таким образом, если генетические связи между тревожными и депрессивными расстройствами не вызывают сомнений, то этого нельзя сказать в отношении тревожных и обсессивных состояний. Поэтому вопрос о том, правомерно ли рассматривать обсессивные расстройства в рамках группы тревожных расстройств (как это сделано в DSM-II-R), остается открытым.

В настоящее время в структуре тревожного синдрома принято выделять 3 основных компонента (Kelly D., 1980) 1) субъективные переживания, обусловленные собственно тревожной симптоматикой, т. е. симптом тревоги в собственном смысле; 2) поведение избегания, т. е. фобический компонент; 3) вегетативную симптоматику.

Сочетание между этими составляющими может носить различный характер, что, в конечном счете, и предопределяет все многообразие тревожных состояний.

До настоящего времени, несмотря на многочисленные исследования в этом направлении, ведутся дискуссии по поводу диагностики панических приступов (Freedman R. R., 1985; Jacob, R. G., 1988; Kushner M. G., Beitman B. D., 1990; Krystal J. H., et al, 1991). Диагноз приступа паники правомерен лишь тогда, когда в наличии имеется не менее 4 из вегетативных расстройств (одышка; головокружение, слабость; сердцебиения, тахикардия; трепор; потоотделение; ощущение удушья или нехватки воздуха; тошнота, дискомфорт в желудке; деперсонализация, дереализация; парестезии и т.д.) (Boer J. A., 1988; Bronisch T., 1990, Gabriel E., 1989; Holmberg G. K., 1989) и когда они возникают совершенно внезапно для больного и не провоцируются внешней стрессовой ситуацией. Такие диагностические критерии с одной стороны значительно сужают границы диагностики, поскольку приступы тревоги провоцируются чаще всего внутренним неосознаваемым конфликтом и пусковым механизмом их могут быть и внешние причины, а с другой, расширяют, поскольку многие соматоформные расстройства сопровождаются выраженной тревогой, которая может быть оценена как приступ паники.

Диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства по утверждению многих авторов менее четкие, чем критерии ПП (Boer J. A., 1988; Roth M., 1984; Sanderson W., Barlow D. H., 1990). Считают, что длительность перманентного тревожно-го эпизода при генерализованных тревожных расстройствах должна составлять не менее 1 месяца (Boer J. A., 1988, Roth M., 1984; Sanderson W., Barlow D. H., 1990).

Наряду с этим должны отсутствовать признаки, характерные для других типов тревожных расстройств.

Согласно системе DSM-III-R, к диагностическим критериям генерализованного тревожного расстройства относятся признаки моторного напряжения, вегетативной гиперактивности, так называемые понятные для больного ожидания в связи с тревогой, состояние чрезмерной активности, бдительности и зрительной поисковой активности (Boer J. A., 1988; Sanderson W., Barlow D. H., 1990). В некоторых исследованиях была установлена малая надежность диагностических критериев генерализованного тревожного расстройства (Boer J. A., 1988; Charney D. S., Woods S., Goodman W. et al, 1986), вследствие чего диагноз этого варианта тревожных расстройств может быть скорее установлен после исключения других диагностических возможностей (Boer J. A., 1988; Hollander E., Liebowitz M., German, 1989; Roth M., 1984, Sanderson W., Barlow D. H., 1990). В связи с этим полагают, что генерализованное тревожное расстройство — это гетерогенная группа состояний и не является нозологической единицей: В этом плане заслуживает упоминания мнение об отсутствии четких границ между диффузной тревогой в рамках генерализованных тревожных расстройств и невротической (дистимической) депрессией (Boer J., 1988; Hollander E., Liebowitz M., German I. et al., 1989; Roth M., 1984; Sanderson W., Barlow D. H., 1990). В то же время некоторые авторы полагают, что больные с генерализованными тревожными расстройствами отличаются меньшим участием вегетативной симптоматики, более ранним и более постепенным началом заболевания и более благоприятным прогнозом (Boer J., 1988; Roth M., 1984; Sanderson W., Barlow D. H., 1990). Отмечают, что между приступами паники и генерализованными тревожными расстройствами существует причинная связь (4 у 94% больных с приступами паники в дальнейшем развивается генерализованное тревожное расстройство).

Как уже указывалось, обсессивно-компульсивное расстройство соответствует понятию «невроз навязчивостей» в отечественной психиатрии. Клинические характеристики обсессивно-компульсивного расстройства хорошо известны. Следует подчеркнуть, что симптоматика навязчивостей в ряде случаев, хотя и далеко не всегда, сочетается с симптоматикой тревоги (Jenike M. A., 1984., Rasmussen S., Tsuang M. M., Jenike, 1986.). В то же время некоторые больные с приступами паники испытывают обсессивные переживания, которых оказывается недостаточно, чтобы однозначно диагностировать обсессивно-компульсивное расстройство (Boer J., 1988, Lehtinen V. K., 1989). При диагностике обсессивно-компульсивного расстройства следует обращать внимание на дисфорический характер тревоги (Boer J. A., 1988).

Под агорафбией в современной литературе понимают группу психопатологических феноменов с ведущей фобической симптоматикой, развившейся в ответ на приступы паники (Boer J. A., 1988; Klein D.,

Gorman J., 1987). В пользу правомерности рассмотрения агорафобии в структуре тревожных расстройств говорит тот факт, что данное психопатологическое состояние никогда не возникало без предшествующих приступов паники (Klein D., Gorman J., 1987, Rifkin A., Pecknold, Swinson R. et al, 1990), хотя некоторые авторы и допускают возможность этого (Boer J. A., 1988). Агорафобия не имеет четких различий со специфической фобией, поскольку в качестве специфической ситуации может выступать и страх открытых помещений и т.д.

Под социальной фобией понимают боязнь каких-либо социальных функций, например публичных выступлений и др. (Lepine J. P., 1995) Различные варианты социальной фобии в отличие от агорафобии, как правило, не сопровождаются паническими атаками. При агорафобии состояние паники возникает вне связи с социальными ситуациями, событиями. В этом заключается отличительная особенность социальной фобии.

В последние годы значительно возрос интерес к изучению психопатологических проявлений, протекающих в форме различных соматических функциональных расстройств.

Современная трактовка психосоматической патологии не отличается в сравнении с первыми (Alexander F., 1948; 1951; Ribble M., 1945; Sperling M., 1979, Oudshoorn D.N., 1993) конкретизацией этиологии, а скорее наоборот. Так, психосоматическая патология означает органические расстройства, в генезе и эволюции которых усматривается преобладающее участие психологических факторов. J.Reykowski (1979) считает, что связь между эмоциями и деятельностью внутренних органов иногда приводит к изменениям патологического характера.

Приближение психиатрической помощи к населению и повышение качественности соматического обследования привели к уточнению границ функциональной патологии, в результате чего значимость последней оказалась существенно большей, чем это можно было предположить. Так, по данным, полученным при не выборочной совместной соматической и психиатрической диспансеризации сотрудников одного из крупных промышленных предприятий (1991-1995 г.г.), распространенность такого рода расстройств составила 280 на 1000 населения (Н. М. Жариков, В. Я. Гиндинин, 1996) Как известно, разного рода псевдосоматические расстройства, в которых выражаются те или иные психические нарушения, с давних пор описывались в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых иных проявлений. В последнее десятилетие предпринимаются попытки интегрированного рассмотрения этих расстройств (Смулевич А. Б., Титанов А. С., Дубницкая Э. Б., 1992; Родионов И. А., Касимова Л. Н., 1987). Н. М. Жариков, В. Я. Гиндинин (1996) подчеркивают, что особенно важно учитывать, что возникновение соматоформных расстройств определяется не только психогенями.

Последние имеют место в 66,1% случаев, а в других определяющими факторами являются соматическая ослабленность (17,5%), переутомление (49,2%), профессиональные вредности (24,9%), семейное неблагополучие (35,2%), причем чаще имеет место не один фактор, а их сочетание.

При соблюдении дифференцированности наблюдений психических и психосоматических нарушений подготовленными специалистами, были обследованы презентативные группы населения в Нью-Йорке (Michael, 1960) и в Канаде (D. Leighton и соавт., 1963). Обнаружено существенное преобладание психосоматических симптомов в низших слоях населения по сравнению со средним и высшим слоями. Отмечена связь частоты соматических жалоб и симптомов с социальными кризисами внутри данной общины. Впрочем, остается открытым вопрос, не отмечают ли чаще представители низших слоев населения плохое самочувствие в виде соматических ощущений. Наиболее часто психосоматические жалобы в канадских опросах были связаны с желудочно-кишечным трактом, затем следовали жалобы на нарушения деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем, головную боль.

Результаты этих эпидемиологических исследований подтверждают более ранние наблюдения американских психиатров и социологов (Freedman M. et al., 1958), которые также отметили более частые соматические жалобы среди больных, принадлежащих к низшим слоям населения и находящихся на психотерапевтическом лечении. В то время как уровень конфликтов в высших классах касался в основном душевных переживаний, у низших слоев это были чаще конфликты и трудности, связанные с отношениями на работе, в семье и с соседями. Установлена так же зависимость тенденций соматизации от пола и возраста, но не от образовательного уровня населения.

По данным национальной комиссии по исследованию расстройств сна в США – до 36% взрослого населения имеют проблемы с нарушением сна. В результате этого до 40 тыс. человек в год умирает только по этой причине. 250 тыс. человек получают травмы, засыпая за рулем (Доклад национальной комиссии США по исследованию расстройств сна, 1997). Население Австрии при проведении эпидемиологических исследований в 14% случаев отмечает неудовлетворенность своим сном (R. Stepansky, S. Asenbaum, B. Salety, 1997). В Японии 18,7% мужчин и 20,3% женщин имеют выраженные проблемы со сном. А 11,7% населения – постоянные нарушения сна (S. Shirakawa, K. Takahashi, 1998).

1.3.3 Распространение психических и поведенческих расстройств на территории постсоветского пространства

По данным А. А. Чуркина, Н. А. Твороговой (2006) с 1993 по 2003 г.г. уровень заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации повысился в целом и у всех рассматриваемых категорий больных (мужчин, женщин, городских и сельских

жителей), причем темпы роста и прироста были близки между собой (приросты были в пределах 19-24%). При этом выросли уровни заболеваемости психозами и слабоумием и непсихотическими расстройствами (приросты в пределах 20-28%). В группе с психозами и слабоумием увеличилась заболеваемость шизофренией, но совсем незначительно (на 3,5%). Заболеваемость умственной отсталостью увеличилась только у мужчин и у сельских жителей, причем у последних прирост был значительным (в 1,4 раза). Снизились уровни заболеваемости эпилепсией с психическими расстройствами и с непсихотическими расстройствами у всех категорий больных, также снизилась заболеваемость умственной отсталостью у женщин и у городских жителей, причем снижение было за счет уменьшения заболеваемости легкой умственной отсталости. Заболеваемость другими формами умственной отсталости увеличилась у всех категорий больных, но особенно высок был ее рост у мужчин и сельских жителей (в 1,3 раза).

У мужчин показатели заболеваемости оказались выше общих показателей по всем выделенным диагностическим рубрикам. У женщин все показатели заболеваемости были меньше общих показателей. У женщин также все показатели заболеваемости были значительно меньше уровней заболеваемости мужчин, за исключением психозов и слабоумия, уровни заболеваемости которыми у мужчин и женщин оказались очень близки.

В диагностических структурах больных мужчин и женщин преобладают больные с непсихотическими расстройствами (примерно 71-75%), но существуют заметные различия в долях больных с психозами и слабоумием и умственной отсталостью: у мужчин немного меньше, чем у женщин, доля больных с психозами и слабоумием и значительно выше доля больных с умственной отсталостью, при этом у мужчин почти равны доли впервые диагностированных с психозами и слабоумием и умственной отсталостью. У женщин доля больных с психозами и слабоумием существенно выше доли больных с умственной отсталостью.

У городских жителей по сравнению с сельскими жителями значительно выше уровни заболеваемости психическими расстройствами (в 1,4 раза), психозами и слабоумием (в 1,7 раза), шизофренией (в 1,5 раза), непсихотическими расстройствами (в 1,8 раза). Несколько ниже, чем у сельских жителей, заболеваемость эпилепсией с п/с и с н/р, но незначительно. Заболеваемость же умственной отсталостью у сельских жителей существенно больше, чем у городских (умственная отсталость в целом и легкой умственной отсталости — в 2,9 раза, другими формами умственной отсталости — больше в 2,5 раза).

У городских жителей в динамике с 1993 по 2003 г.г. увеличились уровни заболеваемости психическими расстройствами, психозами и слабоумием, шизофренией, непсихотическими расстройствами,

другими формами умственной отсталости, а снизилась заболеваемость эпилепсией с п/с и н/р и умственной отсталостью, включая легкую умственную отсталость. У сельских жителей, кроме эпилепсии с п/с и н/р, возросли уровни заболеваемости психическими расстройствами в целом и по всем другим диагностическим рубрикам, но особенно высоким был рост заболеваемости умственной отсталостью (в 1,35-1,37 раза).

Диагностические структуры больных городских и сельских жителей весьма различаются: у городских жителей наиболее высокая доля приходится на больных с непсихотическими расстройствами (три четверти всех больных), на втором месте — больные с психозами и слабоумием и на третьем — с умственной отсталостью, причем доля больных с психозами и слабоумием в 2,6 раза выше доли больных с умственной отсталостью; у сельских жителей тоже на первом месте больные с непсихотическими расстройствами, но доля их заметно меньше, чем у городских (несколько больше половины всех больных); на втором месте — больные с умственной отсталостью и на третьем — с психозами и слабоумием, но доля больных с умственной отсталостью больше доли больных с психозами слабоумием и с в 1,9 раза.

В других исследованиях, изучающих распространенность психических и поведенческих расстройств с использованием всех возможных информационных источников было показано, что распространность основных форм психических заболеваний среди детей и подростков в Российской Федерации к 2000 году достигла 15% в детском и 20-25% в подростковом населении (С. Я. Волгина, В. Д. Менделевич, В. Ю. Альбицкий, 2000). По данным Ю. В. Первовой (2004) от 2 до 3% грудных детей при обследовании обнаруживают признаки минимальной мозговой дисфункции. Исследования И. В. Макарова (2003) показывают устойчивый рост болезненности по психотически расстройствам у детей в городской популяции (0,87 на 1000). В результате проведенных исследований Н. М. Иовчук, Г. З. Батыгиной (1998) пришли к заключению, что в школьной подростковой популяции распространенность депрессией составляет 19%. Исследования, проводимые в отдельных регионах РФ с выраженным экологическим неблагополучием показывают более чем существенный уровень распространенности нервно-психической патологии среди подросткового населения — 72,5% в регионе Восточного Забайкалья (Н. В. Говорин, И. А. Зимина, Е. В. Абашкина, Т. П. Злова, 2004). По результатам исследований лиц допризывного возраста выясняются факты наличия психических и поведенческих расстройств у 10-14% от общего количества. При этом умственная отсталость выявляется в 39-40% случаев, органические психические расстройства — в 23-24% случаев, невротическое развитие личности и посттравматические стрессовые расстройства — в 17-18% и расстройства личности в

8-9% случаев (О. С. Работкин, С. Ю. Палатов, 2004). В исследованиях, проведенных Н.Д.Букреевой по изучению показателей распространенности психических и поведенческих расстройств в условиях крупного промышленного города (Кемерово), было выявлено, что наиболее высокие показатели болезненности отмечаются у лиц мужского пола и подростков. В группе подростков они на 27% превышают аналогичные показатели у взрослых и в 1,4 раза у мальчиков до 14 лет. По данным Н. М. Жарикова, В. Я. Гиндикина психические отклонения различной степени выраженности отмечаются у 52,5% взрослого населения и 95,5% контингента общесоматических поликлиник (Н. М. Жариков, В. Я. Гиндикин, 2002). По данным М. Н. Богдан (1997) доля женщин, обращавшихся в связи с имеющимися у них расстройствами пограничного уровня в кабинеты общесоматических поликлиник, составляет 80,9%. В исследованиях Н. М. Жарикова, А. Е. Иванова и др. (1997) сообщается о росте распространенности самоубийств как среди общего населения, так и среди психически больных отмечаемого в начале 90-х годов в Российской Федерации. По данным В. Я. Гиндикина (2000), Ю. А. Александровский (2004), Ф. И. Белялова (2005), О. Ф. Ерышева, А. М. Спринца (2005) от 60 до 80% лиц с психическими и поведенческими расстройствами не охвачены активностью действующих служб психического здоровья и получают симптоматическое лечение в общесоматических поликлиниках.

1.3.4 Распространение психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан

О структуре болезненности и заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств можно судить по историческим обзорам развития психиатрии в Казахстане, из которых следует, что в начале прошлого века на первом месте стояли острые бредовые расстройства, делириозные расстройства сознания, симптоматические психические расстройства в результате инфекционных заболеваний (Г. М. Кудьярова, 2004). Особенности системы мониторинга психических и поведенческих расстройств, используемой в Республике Казахстан до настоящего времени, позволяли учитывать сведения о болезненности и заболеваемости по данному профилю лишь из одного источника – психиатрических учреждений Республики (А. Л. Катков, Г. Х. Айбасова, 2004). Полнценный анализ динамики официальных статистических данных в целом, отражал ситуацию в сфере болезненности и заболеваемости наиболее тяжелыми формами психической патологии. В тоже время нельзя не учитывать социально-экономические факторы, в той или иной степени, отражающиеся на активности служб психического здоровья. Так, в Республике Казахстан в период 1990-1996 г.г. снизились показатели болезненности непсихотическими психическими расстройствами (в 1,3 раза). В 1992 году отмечалось общее снижение показателей болезненности и заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по РК

в целом. Однако такой «провал» обусловлен социально-экономическими сложностями, пик которых пришелся именно на данный период времени (Г. М. Кудьярова, 2000). Те же самые тенденции, но только еще в более отчетливо обозначенной динамике, можно проследить в отношении показателей заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств. Более поздними исследованиями (Б. Б. Джарбусынова, 2004) была показана неравновесная динамика показателей первичной и общей болезненности по профилю общих психозов, в том числе аффективных психозов и шизофрении за период 1992-2002 г.г. В этот же период отмечался стабильный рост распространенности органических психических расстройств, рост умственной отсталости, а также отчетливая динамика роста по профилю психических и поведенческих расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте.

В последние годы в Республике Казахстан сравнительно более интенсивно изучался вопрос о распространенности органических психических расстройств. В частности, Б. Н. Айтбембетом, Н. И. Распоповой, А. А. Меркуловой (2004) установлено, что темп прироста заболеваемости органическими психическими расстройствами по Жамбылской области в 2002 году в сравнение с 1997 годом составил 372,1%. Такая же динамика, но несколько менее интенсивная была характерна для Южного региона Республики Казахстан в целом (Г. Х. Айбасова, Р. Г. Иleshева, Н. И. Распопова, Р. Х. Музрафов, 2003). В работах М. Б. Едигеновой, Р. К. Сандыбаевой было показано, что среди сотрудников МВД по Костонайской области, при сплошном исследовании наличие органических психических расстройств той или иной степени выраженности в структуре общих расстройств пограничного уровня составила 34% (М. Б. Едигенова, Р. К. Сандыбаева, 2005). В исследованиях Б. С. Владимирова было показано, что доля органических психических расстройств возрастает в экологически неблагоприятных районах, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону (Б. С. Владимиров, 2004).

Распространенность невротических расстройств изучал М. А. Асимов в аспекте генерализованных тревожных и соматоформных расстройств в амбулаторной практике. В частности, указывалось, что соматоформные расстройства чаще встречаются у женщин при общей заболеваемости 1-2%. В тоже время генерализованное тревожное расстройство чаще встречается у мужчин, и среди пациентов общесоматических учреждений такие расстройства встречаются 3-14% случаев (М. А. Асимов, 2004). Распространенность невротических расстройств в разных этнических группах городского населения Казахстана изучал К. Т. Сарсенбаев (2003). В частности, были показаны более высокие уровни распространенности данной патологии для славянской группы (2,04 на 100 тысяч населения) и других этнических групп (1,6 на 100 тысяч населения) в сравнении с коренной национальностью (0,82 на 100

тысяч населения). Исследования, проведенные Б. Б. Джарбусыновой, в различных группах населения выявили значительный уровень (от 1,3% до 7,94%) распространения социальной фобии или отдельных признаков данного расстройства (Б. Б. Джарбусынова, 2005).

Распространение и динамику суицидов в Казахстане изучали Б. Б. Джарбусынова, Г. М. Кудьярова (2004). В частности, было установлено, что в период 1990-1999 показатель суицидов на 100 тыс. населения возрос с 19,3% до 26,8%. Региональный аспект данной проблемы исследовался А. П. Негай, Р. О. Сарсеновой, А. С. Алиевой, М. А. Дон (2003) по Кзылординской области; Т. Б. Оспан, Т. Р. Байхановой, Ж. С. Жолдыбаевой (2003) по г. Экибастузу; В. И. Беда, Г. Н. Башинской (2004) по г. Астана; Н. А. Черепановой, Т. Ж. Насыровой и др. по г. Усть-Каменогорск. Во всех случаях была отмечена возрастающая динамика показателя суицидов, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в сфере психического и психологического здоровья в РК.

Проблема психологического здоровья населения Республики Казахстан освещалась в публикациях А. Л. Каткова (2002). Ю. А. Россинский, О. В. Россинская, Б. Ж. Нуралиев (2005) пришли к выводу об устойчивой взаимосвязи некоторых характеристик психологического здоровья с агрессивными и эгрессивными формами поведения у подростков мужского пола. В публикациях Б. Б. Джарбусыновой (2004), А. Л. Каткова и Б. Б. Джарбусыновой (2004) исследовались различные аспекты распределения уровней психологического здоровья населения среди различных возрастных и гендерных групп.

Результаты исследования Р. А. Абзаловой показывают, что среди пациентов звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) чувство одиночества испытывают 18%, трудности в общении с окружающими – 12%, испытывают нужду в коррекции психосоматических расстройств – 10%, обращаются в связи с суицидальными мыслями и попытками суицида – 2% (А. Р. Абзалова, 2006).

1.4 Резюме

Исследование литературных данных относительно клинико-эпидемиологических и социальных аспектов проблемы психического здоровья показывают беспрецедентные масштабы данной проблемы, отсутствие готовых форм и рецептов ее решения,

Литература:

1. Akhtar S., Byme J. P., Doghramji K. *The demographic profile of borderline personality disorder // Journal of clinical psychiatry*, 1986. - № 47. - P. 196-198
2. Akiskal H. S., McKinney W. T. *Overview of recent research in depression Integration of Ten Conceptual Models Into a Comprehensive Clinical Frame Arch. // Gen. Psychiatry*, 1975. - Vol. 32. - P. 285-305
3. Alexander F., French t. m., *Studies in Psychosomatic Medicine*. - New York: The Ronald Press, 1948
4. Alexander T. *Certain characteristics of the self as related to affection. Child Dev.*, 1951. - Vol. 22. - N 4. - P. 285-290
5. Alnaes R., Torgersen S. *The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population // Acta psychiatrica Scandinavica*, 1988. - № 78. - P. 485-492
6. Bandura A. *Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change // Psychological Review*, 1977. - N 84. - P. 191-215

наличие существенных методологических сложностей, как в определении, так и мониторинге такого емкого био-психо-социального феномена, который представляет собой индивидуальное и социальное психическое здоровье.

Разрабатываемые в настоящее время подходы к раскрытию позитивного содержания понятия «психическое здоровье», исключительно важные с точки зрения обеспечения восходящей социальной динамики и профилактики социальных эпидемий, концентрируются по трем основным направлениям:

1) разработка и формирование понятия психологического здоровья, учитывающего совокупность качественных (социальных, психологических) характеристик индивидуального и социального психического здоровья;

2) разработка концепции качества жизни, усиливающей гуманистический вектор психиатрической науки и практики;

3) определение уровней психического и психологического здоровья населения с использованием адекватных клинических, социальных и социально-психологических критериев и выведением общих тенденций в динамике распределения данных уровней в популяции.

Также совершенно очевидно, что любые преобразования в системе психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и первичной врачебной помощи, куда, в первую очередь, обращаются лица с психическими и поведенческими расстройствами, должны проводиться с учетом надежных сведений о реальном распространении определенных классов психических и поведенческих расстройств среди общего населения и отдельных групп.

В данной связи проведение кросссекционных полевых исследований, уточняющих действительные уровни распространения основных субклинических форм психических и поведенческих расстройств среди населения РК представляется весьма актуальным.

Не менее актуальным является исследование распределения уровней психического и психологического здоровья (высоких, средних, низких) среди населения РК, поскольку полученные таким образом сведения будут являться основой для разработки соответствующих психопрофилактических и психогигиенических программ национального значения.

-
-
- 7. Bandura A. *Social foundations of thought and action* / Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986, 221 p.
 - 8. Barlow D. *Anxiety and its disorders*. – New York: Guilford Press. 1988. – P. 316
 - 9. Baron M et al. *A family study of schizophrenic and normal control probands: implications for the spectrum concept of schizophrenia* // *American journal of psychiatry*, 1985. - № 142. – P. 447-455
 - 10. Bastine R. *Klinische Psychologie*, 1984 (Bd. 1). – Stuttgart: Koehlerhammer, 445 s.
 - 11. Bateson G. *Steps toward an ecology of mind*. – New York: Ballantine Books, 1972, 331 p.
 - 12. Becker P. *Seelische Gesundheit und Verhaltens Kontrolle*, 1995. - Göttingen: Hogrefe, 210 s.
 - 13. Bemporad J. R. *Depression and mania* ed. // *Anastasios Georgotas, Robert Canaro*. - N.Y., 1988. – P. 167-180
 - 14. Bland R. C., Newman S. C., Om H. *Age of onset of psychiatric disorders* // *Acta psychiatria Scandinavica*, 1988, 77 (Suppl. 338). – P. 43-49
 - 15. Boer J. A. *den. Serotonergic Mechanisms in Anxiety Disorders: An Inquiry into Serotonin Function in Panic Disorder*. - Utrecht, 1988
 - 16. Bower G. *Affect and cognition* // *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, 1983. – N 302. – P. 387-402
 - 17. Bradburn N. M. *The structure of psychological well-being* // Chicago, Aldine, 1969, 77 p.
 - 18. Brandstädter J. *Kern und Leitbegriffe psychologischer Prävention* // *Psychologische Prävention*. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307
 - 19. Bronisch T. II *Fortsch. Neurol. Psychiat.*, 1990. - Bd 58. - N 2. - S. 98-113
 - 20. Bullinger M. *Indices versus profiles – advantages and disadvantages*. In *Quality of life assessment: Key issues in the 1990-s* Edited by Walker S.R., Roser R.M. – Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1993. – P. 209-220
 - 21. Casey P. R., Dillon S., Tyrer P. *The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care* // *Psychological medicine*, 1984. - № 14. – P. 673-681
 - 22. Casey P. R., Tyrer P. *Personality, functioning and symptomatology* // *Journal of psychiatric research*, 1986. - № 20. – P. 363-374
 - 23. Charney D. S., Woods S., Goodman W. et al. *J. din. Psychiat.*, 1986. - Vol. 47. - № 12. - P. 580-586
 - 24. Cheung P. *Adult psychiatric epidemiology in China in the 80s Cultural medicine and psychiatry*, 1991. - № 15. – P. 479-496
 - 25. Costello E. J., Andold A. *Scales to assess child and adolescent depression: Checklists screens, and nets* / / *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.*, 1988. – Vol. 27. - № 6. - P 726-737
 - 26. Crits-Christoph The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis // *The American Journal of Psychiatry*, 1992. – N 49. – P. 151-158
 - 27. Dell R. *Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence* // *Family Process*, 1982. – N 21
 - 28. Dilling H., Weyerer S. *Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung* // München: Urban und Schwarzenberg, 1978, 387 p.
 - 29. Dilling H., Weyerer S., Fichter M. *The Upper Bavarian Studies. Acta psychiatrica Scandinavica*, 79 (Suppl. 348), 1989. – P. 113-140
 - 30. Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S., Schwartz Gould M., Link B., et al. *Mental illness in the United States // Epidemiological estimates*. – New York: Praeger, 1980, 330 p.
 - 31. Dupni H. *The psychological General Well-being Index*. In *Assessment of quality of life in clinical trades of cardiovascular therapies* // Edited by Wender N. – New York: Le Jacq, 1984. – P. 170-183
 - 32. Eaton W. W. *Social class and chronicity of schizophrenia* // *J. chronic diseases*, 1975. - Vol. 28. - P. 191-198
 - 33. Elkinton Y. *Medicine and the quality of life* // *Annals of Internal Medicine*, 1966. – N 64. – P. 711-714
 - 34. Ellis A. *The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy*. In A.Ellis, R.Grieger (Eds.) // *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. – New York: Springer, 1977, 288 p.
 - 35. Emmelkamp R. *Behavior therapy with adults*. In A.Bergin, S.Garfield (Eds.) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 68-74
 - 36. Emmelkamp R., Kuipers A., Eggerat P. *Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects* // *Behavior Research and Therapy*, 1978. – N 16. – P. 33-41
 - 37. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. *Manuel de psychiatrie*. Paris, 1967. - P. 943-2000
 - 38. Fillenbaum G. *Assessment of health and functional status: an international comparison* // In: *Improving the health of the people: A world view*. – Oxford, 1990. - P. 69-90
 - 39. Flaherty J. A., Gaviria F. M., Pathak D., Mitchell T., Wintrob R., Richman J. A., Bizz S. *Developing instruments for cross-cultural psychiatrie research*. // *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1988. – Vol. 176. - № 5. - P. 257-263
 - 40. Flanagan B., Goldiamond I., Azrin N.M. *Instatement of stuttering in normally fluent individuals thought operant procedures* // *Science*, 1989. – N 630. – P. 979-981
 - 41. Fodor I. G. *The phobic syndrome in women: Implication for treatment V. Franks & V. Burtle (Edts.) // Women in therapy*, 1974. - New York: «Press»
 - 42.Forgas J. *Mood and judgment: The affect infusion model* // *Psychological Bulletin*, 1995. – N 117. – P. 39-66
-

-
-
43. Frank J. D. Therapeutic components of psychotherapy F 25 years progress report of research // *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1974. – N 159. – P. 325-342
44. Freedman R. R., Janni P., Ettequai E., Puthezhath N., Ambulatory mon 11 ring of Panic Disorder // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985. - V. 42. – P. 244-248
45. Friedman A. S., Cowitz B., Cohen H. W., Granick S. Syndromes and themes of psychotic depression // *Arch Gen Psychiat.*, 1963. - V. 9. - P. 504-509
46. Friedman M., R. H. Rosenman, V. Carrol Changes in the serum cholesterol and blood clothing time in men subjected to cyclic variation of occupational stress, 1958
47. Furth H. G. *Knowledge as desire: An essay on Freud and Piaget*. – New York: Columbia University Press.
- Garfield S. *Eclectic psychotherapy: A common factors approach*. In J. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.) // *Handbook of psychotherapy integration*. – New York: Basic Books, 1992. – P. 169-201
48. Gabriel E. *Many Faces of Panic Disorder*. Eds. K. Achte et al, 1989. - P. 47-52
49. Garfield S. L. *Major issues in psychotherapy research*. In D.K. Freedheim (Ed) // *History of psychotherapy: A century of change*. – Washington, DC: American Psychological Association, 1992. – P. 276
50. Gelder M., Gath D., Mayou R. *Оксфордское руководство по психотерапии*. - Киеv, 1997
51. Gilleard E. A cross-cultural investigation of Foulds' Hierarchy Model of psychiatric illness // *Brit. j. psych.*, 1983. - Vol. 142. - P. 518-523
52. Goldberg C. *On being a psychotherapist*. – New York: Gardner, 1986, 212 p.
53. Goldberg D. P., Huxley P. *Mental illness in the community*. – London: Tavistock, 1980. – P. 176
54. Goncalves O. E., Ivey A. E. The effects of unconscious presentation of information on therapist conceptualizations, interventions and responses // *Journal of Clinical Psychology*, 1987. N 43. – P. 237-245
55. Greenberg L., Elliot R., Lietaer G. Research on humanistic and experiential psychotherapies. In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 405
56. Guidano V. *Complexity of the self*. – New York: Guilford Press, 1987. – P. 255
57. Hofner H. *The concept of mental illness* // *Developments*, 1989. – N 2. – P. 159-170
58. Hamilton M. *The Borderline Between Anxiety and Depression*. Eds. W. M. A. Verhoeven et al. - Leusden, 1989. - P. 11-21
59. Hayek F. A. *New studies in philosophy, politics, economics, and the history of ideas*. – Chicago: University of Chicago Press, 1978. – P. 185
60. Helgason T. *Psychiatric epidemiological studies in Iceland* In: Schulsin-ger F, Mednick SA, Knop J, eds. *Longitudinal research: methods and uses in behavioural sciences*. - Boston, Marinus Nijhoff, 1981. - P. 216-232
61. Hiller W., Zanding M., Bose M., Von Rummler R. *Anxiety disorders comparison of the ICD-9 and DSM-III-R classification system* // *Ada Psychiatr. Scand.*, 1989. - V. 79. - P. 338-347
62. Hinterhuber H., Barvas C. *Möglichkeiten und Ziele der naturwissenschaftlichen Psychiatrie* // *Therapeut. Umschau*, 1996, Bd. 53. – N 3. – S. 192-197
63. Hodiamont P., Peer N., Syben N. *Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area* // *Psychol. Med.*, 1987. – Vol. 17. - № 7. - P. 495-505
64. Hollander E., Liebowitz M., German I. et al. *Arch. gen. Psychiat.*, 1989. - Vol. 46. - N 2. - P. 135-140
65. Hollon S., Beck A. T. *Cognitive and cognitive-behavioral therapies*. In A. Bergin, S. Garfield (Eds.) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York: John Wiley & Sons, 1994. – P. 428-466
66. Hunt S. M. *The problem of quality of life* // *Qual. Life Res.*, 1997. – N 6. – P. 205-212
67. Hwu H. G., Yeh E. K., Chang L. Y. *Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan denoted by the Chinese Diagnostic Interview Schedule* // *Acta psychiatrica Scandinavica*, 1989. - № 79. – P. 136-147
68. IQOLA SF-36 Russia Standard Version 1.0
69. Jablensky A., Hugler H. *Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer epidemiologischer Surveys für geographisch definierte Populationen in Europa* // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 1982. - Vol. 50. - № 7. - P. 215-238
70. Jacob, R. G. *Panic disorder and the vestibular system* // *Psychiatric Clinics of North America*, 1988. - № 11. - P. 361-374
71. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. – New York, 1958 // *Basic Books*, 321 p.
72. James W. *Absolution and empiricism* // *Mind*, 1984. – 281-286
73. Jenike J. H. *Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management*. Eds. M. Jenike et al. – Chicago, London, 1986. - P. 77-111
74. Jensen P. S., Xenakis S. N., Davis H., Degroot J. *Child psychopathology rating scales and interrater agreement 11. Child. And characteristics* // *J. Amer. Child. Adolesc. Psychiatr.*, 1988. – Vol. 27. - № 4. - P. 451-461
75. Kantor J. S., Zitrin C. M., Zeidis S. M. *Mitral valve prolapse syndrome agoraphobic patients* // *Am. J. Psychiatry*, 1980. - № 137. – P. 467-469
76. Kaplan H. G., Sadock B. J. *Recent perspectives in schizophrenia* // *Canad. Psychiatr. ass. j.*, 1971. - Vol. 16. - N 6. - P. 459-471
-

-
-
77. Kaplan R., Bush Y., Berry C. *Health status: types of validity and the index of well-being* // *Health Serv. Res.*, 1976. – N 11. – P. 478-507
78. Karon B., Widener J. *Psychodynamic therapies in historical perspective*. In B.Bon-gar, L.Beutler (Eds.) / / *Comprehensive textbook of psychotherapy* / Oxford University Press, 1995. – P. 387
79. Kass F. et al. *Scaled ratings of DSM-III personality disorders* // *American journal of psychiatry*, 1985. - № 142. – P. 627-630
80. Katsching H. *How useful is the concept of quality of life in psychiatry?* // *Current Opinion in Psychiatry*, 1997. – N 10. – P. 337-345
81. Kegan R. *The evolving self: Problem and progress in human development*. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982, 239 p.
82. Kelly D. II *Pharmacopsychiatry*, 1980. - Vol. 13. - N 5. - P. 259-266
83. Kennedy R., Craighead E. *Recall of positive and negative feedback by depressed and non-depressed anxious University students* // *Unpublished manuscript*, Pennsylvania State University, 1982. – P. 314
84. Kernberg O. *An ego psychology object relations theory of the structure of the pathologic narcissism: An overview* // *Psychiatric Clinics of North America*, 1989. – N 12. – 723-729
85. Kessel N. *Psychiatric morbidity in a London general practice* // *British journal of preventive and social medicine*, 1960. - № 14. – P. 16-22
86. Kielholz P. *Masked depression*. - Bern, 1973
87. Kielholz P. *Psychopathology of depression* // *Proceeding of the symposium by the section of clinical Psychopathology of the World Psychiatric Association*. Helsinki, 1980. - P. 153-157
88. Kielholz P., Adams C. *Panic Anxiety States*. Eds. P. Kiel-holz, C. Adams. - Koln, 1989. - P. 7
89. Kielholz P., Poldinger W., Adams C. *Die larvierte Depression*, 1981
90. Kihlstrom J. F. *On personality and memory*. In N.Cantor, J.F.Kihlstrom (Eds.), *Personality, cognition and social interaction*. – Princeton N.J. – Princeton University Press, 1981. – P. 263
91. Kinzie J. D. et al. *Psychiatric epidemiology of an Indian village: a 19-year replication study* // *Journal of nervous and mental disease*, 1992. - № 180. – P. 33-39
92. Klein D., Gorman J. *Acta Psychiat. scarid.*, 1987. - Vol. 76. - Suppl. 335. - P. 87-95
93. Klein M. *Wisconsin Personality Inventory (WISPI)*. Madison, WI, University of Wisconsin // Department of Psychiatry, 1985
94. Koegel P. *The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles*. *Archives of general psychiatry*, 1988. - № 45. – P. 1085-1092
95. Kohut H. *The analysis of the self*. – New York: International University Press, 1971. – P. 181
96. Kramer M. *Probleme in psychiatric epidemiology*. Proc. Roy. soc. med., 1976. - Vol. 63. - P. 553-562
97. Krystal J. H., Woods S. W., Hill C. L. Chamey D. S. *Characteristic of panic attack subtypes: Assessment of spontaneous panic, situational panic, and limited symptom attack*. // *Compr. Psychiatry*, 1991. - V. 32. - P. 474-480
98. Kushner M. G., Beitman B. D. *Panic attacks without fear. Paper presented at the 23rd Annual Association for the Advancement of Behavior Therapy Convention, November, Washington D.C.*, 1990
99. Langner T. S., Michael S. T. *Life stress and menial health* // *The Midtown. Manhattan Study*. - London, Collier; MacMillan, 1963
100. Lehtinen V. *Many Faces of Panic Disorder*. Eds. K. Achte et al, 1989. - P. 11-17
101. Leighton A. H. *My name is Legion: the Stilling County Study of Psychiatric Disorder and Sociocultural Environment*. - New York, Basic Books, 1959
102. Leighton D. C., Harding I. S., Macklin D. B. et al. *The Character of danger. The stirling conty studio of psychiatric disorder and social cultural enviroment*. - N.V.: London, 1963
103. Lemkau P. V. *The epidemiological study of mental illness and mental health* // *Amer. j. psychiat.*, 1955. - Vol.3. - P. 801-809
104. Lepine J. P. *Epidemiology of Social phobia: A cross-national perspective. Search for the causes of psychiatric disorders: epidemiological approaches*. - New York, 1995. - P.235
105. Lesser . Al. *J. Anxiety Discord.*, 1988. - Vol. 2. - N 1. - P. 3-15
106. Lesser Al. J., Rubin R.T. Peckudd S.C. et al. *Arch. gen. Psychiat.*, 1988. - Vol. 45. - N 5. - P. 437-443
107. Levav I. et al. *Salud mental para todos en America Latine y el Caribe. Bases epidemiologicas para la accion (Mental health for all in LatinAmerica and the Caribbean. Epidemiological bases for action.)* // *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1989. - № 107. – P. 196-219
108. Lewis A. *Psychopathic personality: a most elusive category* // *Psychological medicine*, 1974. - № 4. – P. 133-140
109. Lewis C. E. et al. *Psychiatric diagnostic predispositions to alcoholism. Comprehensive psychiatry*, 1982. - № 23. – P. 451-461
110. Lewis C. E., Robins L., Rice J. *Association of alcoholism with antisocial personality disorder in urban men* // *Journal of nervous and mental disease*, 1985. - № 173. – P. 166-170
-

-
-
111. Lieberman Neuropsychobiology., 1984. - Vol. 11. - N 1. - P. 14-21
112. Lin T. Y. et al Effects of social change on mental disorders in Taiwan, 1989
113. Loranger A. W. et al. The WHOADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose // Journal of personality disorders, 1991. - № 5. - P. 296-306
114. Lorr M., Klett C. J. Cross-cultural comparison of psychotic syndromes // J. abnormal Psychol., 1969. - V. 74. - P. 531-543
115. Loss L. H. The basic syndrome of depression in: Psychopathology of Depression // Proceedings of the symposium by the World Psychiatric Association, 1979. - P. 149-51
116. Lubin B., Zuckerman M., Breytspraak L. M., Bull N. C., Gumbhir A. K., Rinck Ch. M. Affects, demographic variables, and health // J. Clin. Psychol., 1988. - Vol. 44. - №.- P. 131-141
117. MacMahon B., Pugh T. F. Epidemiology. Principles and Methods. Boston, 1970
118. Mahoney M. Human change progresses. - New York // Basic Books, 1991, 314 p.
119. Maier W. et al. Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community// Journal of personality disorders, 1992. - № 6. - P. 187-196
120. Mann A. H., Jenkins R., Belsey E. The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice // Psychological medicine, 1981. - № 11. - P. 535-550
121. Maslow A. H. A theory of human motivation // Psychological Review, 1943. - N 50. - P. 26-41
122. Mechanic D. The challenge of chronic mental illness: a retrospective and prospective view // Hosp. Commun. Psychiat., 1986. - Vol. 37. - № 9. - P. 891-896
123. Meninger K. The human mind. - New York, 1946
124. Michels R. et al, eds. Psychiatry, Vol. 3. - Philadelphia, Uppincott, 1963. - P. 1-16
125. Neki K., Chai O. P. Parental attitudes and behavioral pathology in children: A cross-cultural study // Ind. psych. Socc, XXX Ann. Conf. New Dehl. 1, 1978. - P. 49
126. Nestadt G. et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder // Psychological medicine, 1990. - № 20. - P. 413-422
127. Nestadt G. et al. DSM-III compulsive personality disorder: an epidemiological survey // Psychological medicine, 1991. - № 21. - P. 461-471
128. Neugebauer R., Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S. Formulation of hypotheses about the true prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the U.S. In: Dohrenwend BP et al., eds. // Mental illness in the United States: epidemiological estimates. New York, Praeger, 1980. - P. 56-92
129. Ost L., Hughdall X. Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients // Behavior Research and Therapy, 1995. - N 19. - P. 439-447
130. Oudshoorn D. N. Детская и подростковая психиатрия.- M., 1993, 319 c.
131. Parkinson L., Rachman R. Are intrusive thoughts subject to habituation? // // Behavior Research and Therapy, 1980. - N 18. - P. 409-418
132. Parsons T. Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A.Mitscherlich, T.Brocher, O. von Mering // Der Kranke in der modernen Gesellschaft. - Kүln, 1967. - S. 57-87
133. Poldinger W. Depressive Illness. Ed. P. Kielholz. - Bern, 1972. - P. 63-72
134. Rasmussen S., Tsuang M. Obsessive-Compulsive Disorders Theory and Management. Eds. M. Jenike et al., 1986. - P. 23-44
135. Reich J. H. et al. Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample // International journal of psychiatry in medicine, 1989. - № 19. - P. 1-9
136. Reich J. H. Sex distribution of DSM-III personality disorders in psychiatric outpatients // American journal of psychiatry, 1987. - № 144. - P. 485-488
137. Reich J. H., Troughton E. Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: comparison with psychiatric and normal control subjects // Psychiatry research, 1988. - № 26. - P. 89-100
138. Reich J. H., Yates W., Nduaguba M. Prevalence of DSM-III personality disorders in the community // Social psychiatry, 1989. - № 24. - P. 12-16
139. Report on health care worldwide situation for 2001. Mental health: new understanding, new hope. - M, 2001. - P. 69-70
140. Reykowski J. Экспериментальная психология эмоций. - M., 1979.-392 c.
141. Ribble M. Anxiety in infants and its Disorganizing Effects. Modern Trends in Child Psychiatry. Ed by N.Lewis. - New York, 1945. - P. 11-25
142. Rifkin A. Pecknold, Swinson R. et al. J. psychiat. Res., 1990. - Vol. 24. - N 1. - P. 18
143. Robins L. M., Wing J., Wittehen H. U., Helzer J. E., Babor Th. F., Burke J., Farmer A., Jablenski A., Pickens R., Regier D. A., Sartorius M., Towle L. H. The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures / Arch. gener. Psychiatry, 1988. - Vol. 46. - № 12. - P. 1069-1077
-
-

-
-
144. Robins L. N. et al. *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity*. Archives of general psychiatry, 1981. - № 39. - P. 381-389
145. Robins L. N., Regier D. A. *Psychiatric Disorders in America // The Epidemiologic Catchment's Area Study*. - New York: Free Press, 1991. - P. 449
146. Rogers C. R. *Client-centered therapy*. - Boston: Houghton Mifflin, 1951
147. Roth M. *Psychiat. Develop.*, 1984. - Vol. 2. - P. 31-52
148. Sanderson W., Barlow D. H. *J. nerv. ment. Dis.*, 1990. - Vol. 178. - N 9. - P. 588-591
149. Sartorius N. *Depressive illness as a worldwide problem // Depression in everyday practice*. - Bern etc., 1974. - P. 18-25
150. Sartorius N. *The Epidemiological Approach to psychiatric disorders. Acta paedo-psychiat.*, 1972. - Vol. 38. - № 10/12. - P. 335-349
151. Sartorius N. *Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств // Карманный справочник*. - Киев, 1997
152. Saunderson T. R., Langford I. H. *A study of the geographical distribution of suicide rates in England and Wales 1989-92 using empirical bayes estimates // Soc. Sci. Med.*, 1996, Aug. - № 43. - Vol. 4. - P. 489-502
153. Schorr A. *Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe mit getrenntes Historie? In R.Luts, N.Mark: Wie gesund sind Kranke?*, 1995. - Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. - S. 53-69
154. Shedler J., Mayman M., Manis M. *The illusion of mental health // Am. Psychol.*, 1993. - Vol. 48. - № 11. - P. 1117-1131
155. Shepherd M. *Epidemiology and clinical psychiatry // Brit. J. Psychiat.*, 1978. - V. 133. - P. 289-298
156. Shepherd M. et al. *Psychiatric illness in general practice // Oxford*, 1966. - Oxford University Press
157. Shepherd M. *The epidemiological approach to psychotropic medication: I.Royal. Soc. Med.*, 1982. - V. 75. - № 4. - P. 226-226
158. Shepherd M., Sartorius N. *Personality disorder and the International Classification of Diseases // Psychological medicine*, 1974. - № 4. - P. 141-146
159. Shirakawa S., Takahashi K. *Epidemiology of sleep disorders // Nippon Rincho*, 1998. - Vol. 56. - № 2. - P. 475-481
160. Skinner B. F. *Science and human behavior*. - New York, 1953, 193 p.
161. Smith M. B. *Perspectives on selfhood // American Psychologist*, 1978. - N 37. - P. 526-532
162. Smith O. R. et al. *Antisocial personality disorder in primary care patients with somatization disorder / Comprehensive psychiatry*, 1991. - № 32. - P. 367-372
163. Spence D. *Narrative truth and historical truth: Meaning and retation in psychoanalysis*. - New York: Norton, 1984. - P.656
164. Sperling M. *Psychosomatic disorders in childhood. Ed. A. With 31 Contrib. De O.E. Sperling*. - N.Y, Lon.: Aronson, 1979. - Vol. XVI, 415 p.
165. Stepansky R., Asenbanm S., Salety B. *Sleep disorders in neurology. Hypersomnia // Wien Klin. Wochenschr.*, 1997. - Vol. 109. - N 22. - P. 869-877
166. Svartberg M., Stiles T.C. *Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis // Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991. - N 59. - P. 704-714
167. Swartz M. et al. *Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // Journal of personality disorders*, 1990. - № 4. - P. 257-272
168. Torgersen J. *Localizing DSM-III personality disorders in a three-dimensional space // Journal of personality disorders*, 1989. - № 3. - P. 274-281
169. Turner S. M. et all *Social phobia: axis I and II correlates // Journal of I abnormal psychology*, 1991. - № 100. - P. 102-106
170. Veit C., Ware J. J. *The structure of psychological distress and ill-being in general population // J. Consul. Clin. Psychol.*, 1983. - № 51. - P.730-742
171. Vollrath M., Angst Many Faces of Panic Disorder. Eds. K. Achte et al., 1989. - P. 74-82
172. Voruganti L. N., Heslegrave R. J., Awad A. G. *Quality of life measurement during antipsychotic drug therapy of schizophrenia // Journal Psychiatry and Neuroscience*, 1997. - Vol. 22. - N 4. - P. 267-274
173. Ware J. E. *Standards for validating health measures. Definition and content // J. Chron. Dis.* - 1987. - Vol. 40. - № 6. - P. 473-480
174. Weissman M. M., Myers J. K. *Psychiatric disorders in a US community// Acta psychiatrica Scandinavica*, 1980. - № 62. - P. 99-111
175. Westenberg H., Verhoeven W. *The Boiderline Between Anxiety arid Depression / Eds. W. M. A. Verhoeven et al. - Leusden, 1989. - P. 5-10*
176. WHO *The ICD-10 Classification of Mental and Rehaviorumi Disorders // Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. - Geneva, World Health Organization, 1992
177. Widiger T. A., Frances A. *Axis II personality disorders: diagnostic and treatment issues // Hospital and community psychiatry*, 1985. - № 36. - P. 619-627
-
-

-
178. Widiger T. A., Weissman M. M. Epidemiology of borderline personality disorder // Hospital and community psychiatry, 1991. - № 42. – P. 1015-1021
179. Wing J K et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry // Archives of general psychiatry, 1990. - № 47. – P. 589-593
180. Wolfe B. E. Self pathology and psychotherapy integration // Journal of the Psychotherapy Intergration, 1995. – N 5. – P. 293-312
181. Zimmerman M., Coryell W. H. Diagnosing personality disorders in the community // Archives of general psychiatry, 1990. - № 47. – P. 527-531
182. 10 октября – Всемирный день психического здоровья «Психическое здоровье и работа» / I Национальный конгресс «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // Независимый психиатрический журнал. – М. - № 3, 2000. – С. 68
183. Абзалова Р. А. Концептуальные основы и методологические аспекты внедрения интегрированной модели медико-санитарной помощи населению на первичном уровне здравоохранения. – Автореферат докт. дис....- Астана, 2006, 41 с.
184. Абрамов В. А. Нравственность и презумпция психического здоровья (по поводу статьи В.А.Тихоненко и Г.М.Румянцевой) // Журн. невропат. и психиатр, 1992. - № 2. - С. 130-132
185. Айбасова Г. Х., Илешева Р. Г., Распопова Н. И., Музрафаров Р. Х. К вопросу о динамике показателей заболеваемости и болезненности органическими психическими расстройствами среди детей и подростков в Южном регионе Республики Казахстан // Психиатрия, психотерапия жене наркология. - № 1, октябрь 2003. – С. 60-62
186. Айтбембет Б. Н., Распопова Н. И., Мейркулова А. А. Социально-демографические, этнические и клинические особенности у лиц с органическими психическими расстройствами у населения Жамбылской области, и г. Тараз Республики Казахстан // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 21-24
187. Александровский Ю. А. К вопросу о патогенезе психической травмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 2.- С.14-15
188. Александровский Ю. А. К вопросу о патогенезе психической травмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. № 2.- С. 14-15
189. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. – М.: Издательский дом Гэотар-МЕД, 2004, 234 с.
190. Амбарумова А. Г., Пустовалова Л. И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1991. - № 1.- С. 26-38
191. Асимов М. А. Генерализованные тревожные расстройства и соматоформные расстройства в амбулаторной практике // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 25-27
192. Беда В. И., Башинская Г. Н. Анализ совершенных суицидных попыток по данным токсикологического отделения 1 городской клинической больницы г. Астаны за 2001-2002 г.г. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 10. - № 3, 2004. – С. 92-94
193. Беличева С. А. Социально-педагогические методы оценки социального развития дезадаптированных подростков // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1995. - № 1. - С. 3-17
194. Белов В. П., Шмаков А. В. Реабилитация больных как целостная система // Вестн. АМН СССР, 1977. - № 4. - С. 60-67
195. Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике психотерапевта. – М.: МЕДпресс-меформ, 2005, 253 с.
196. Богдан М. Н. Распространенность пограничных психических расстройств у лиц разного пола // Эпидемиология и организация неврологической и психиатрической помощи. - № 5, 1997. – С. 54-56
197. Бочарова Е. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Постникова Л. В. Качество жизни детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Психиатрия. - № 3, 2003. – С. 26-28
198. Братусь Б. С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии, 1997. - № 5. - С. 3-19
199. Брехман И. И. Введение в валеологию - науку о здоровье. - Л.: Наука, 1987, 124 с.
200. Брундтланд Г. Х. 7 апреля 2001 года – Всемирный день здоровья: «Психическое здоровье всему миру» // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. – С. 3-5
201. Брызган М. Б. Клинико-эпидемиологические показатели психического здоровья подростков // XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995. - С. 41-42
202. Букреева Н. Д. Динамика показателей распространенности психических расстройств среди населения крупного промышленного центра в условиях социально-экономических перемен // Эпидемиология и организация неврологической и психиатрической помощи. - № 7, 1997. – С. 52-55
203. Вассерман Л. И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Журн. обозрение психиатрии и мед. психологи им. В.М. Бехтерева, 1995. - № 2. - С.73-79
-

-
204. Вахов В. П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 1. - С. 32-35
205. Ведрин Ж., Вебер Д. Можно ли оценить риск суицида? // Социальная и клиническая психиатрия, 1997. - № 3. - С. 69-73
206. Винг Д. Оценка службы здравоохранения, занимающихся лечением больных шизофренией - эпидемиологический подход // Журнал невропатологии и психиатрии, 1975. - Т. 9. - С. 1300-1393
207. Виноградова Л. Н. 10 октября – Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. – М. - № 3, 1999. – С. 89
208. Владимиров Б. С. Клиническая структура пограничных психических расстройств населения Семипалатинского региона // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 38-39
209. ВОЗ. Цит. по «Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья» Семке В. Я. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 1. – С. 4-8
210. Волгина С. Я., Менделевич В. Д., Альбицкий В. Ю. Состояние психического здоровья и структура психических и поведенческих расстройств у детей, родившихся недоношенными // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2000. – С. 16-19
211. Воробьев В. М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // Обоз. психиатрии и мед. психологи им. В. М. Бехтерева, 1993. - № 2. - С. 33-39
212. Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. – М. - № 4, 1998. – С. 83
213. Ганчо В. Ю., Успенский Ю. П., Гриневич В. Б., Мехтиев С. Н., Козлова Х. Ю., Ляляева Т. В. Психосоматические особенности, качество жизни и клиническая эффективность флуоксамина (Феварина) у больных с синдромом раздраженного кишечника // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2002. – С. 76-78
214. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии // Социальная и клиническая психиатрия, 1996. - № 1. - С. 37-41
215. Гиндикин В. Я. Справочник соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М.Ж Триада, 2000, 247 с.
216. Гиндикин В. Я., Опаров Т. З., Гомахидзе Ш. В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1996. - Т. 96. - № 6. - С. 54-58
217. Гирич Я. П., Поспелова Т. В. Мотивационный аспект структуры личности в наркологически ориентированных исследованиях. Вопросы первичной и вторичной профилактики хр. Алкоголизации // Сб. научн. статей. - Красноярск, 1984. - С.20-24
218. Говорин Н. В., Зимина И. А., Абашкина Е. В., Злова Т. П. Психическое здоровье подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Восточного Забайкалья // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2004. – С. 16-19
219. Голимбет В. Е., Воскресенская Н. И., Ляшенко Г. Л., Брусенцева Л. Н., Тазаки В. И., Трубников В. И. Оценка качества жизни людей, ухаживающих за родственниками с деменцией // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 43-48
220. Горинов В. В. Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок // Обоз. психиатрии и мед. психологи им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 3. - С. 164-170
221. Громов С. А., Михайлов В. А., Вассерман Л. И., Лынник С. Д., Флерова И. Л. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 2002. – С. 4-8
222. Дербенев Д. П. Состояние психического здоровья городских подростков с неделиквентным поведением и деликвентным // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - № 8. - С. 48-52
223. Джарбусынова Б. Б. Анализ динамики выявляемости психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан по данным официальной статистики на период 1992-2002 г.г. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 10. – Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии», 2004. – С. 68-86
224. Джарбусынова Б. Б. Динамика распространенности психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по официальным данным периода 1992-2002 г.г. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 10. - № 2, 2004. – С. 56-64
225. Джарбусынова Б. Б. Социальная фобия как расстройство качества жизни // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 11. - № 2, 2005. – С. 74-75
226. Джарбусынова Б. Б., Кудьярова Г. М. О состоянии проблемы суицидов и мерах профилактики самоубийств в Республике Казахстан // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 51-54
-

-
227. Дмитриева Т. Н., Дмитриева И. В., Каткова Е. Н., Барсукова И. К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / / Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 39-41
228. Доклад на I Национальном конгрессе «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // ВОЗ, 2005
229. Доклад Национальной комиссии по исследованию расстройств сна «Предупреждение нации о проблемах сна». – М., 1997, 198 с.
230. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2001 году. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // ВОЗ, 2001. – С. 215
231. Дубов И. Г. Феномен менталитета: психологический анализ // Вопросы психологии, 1993. - № 5. - С. 20-29
232. Дубровина И. В. Руководство практического психолога. - М.: Academіa, 1995, 167 с.
233. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3. – М., 2005. – С. 94-102
234. Едигенова М. Б., Сандыбаева Р. К. Анализ структуры органических психических расстройств у сотрудников системы МВД // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 11. - № 3, 2005. – С. 11-14
235. Ерышев О. Ф., Спринц А. М. Справочник семейного врача – Психиатрия. – М. – СПб «Миля», 2005, 269
236. Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М., 1977, 168 с.
237. Жариков Н. М. Эпидемиологическое изучение психической заболеваемости // Журнал невропатологии и психиатрии, 1965. - № 4. - С. 617-624
238. Жариков Н. М., Гиндикин В. Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений // Эпидемиология и организация неврологической и психиатрической помощи. - № 7, 2002. – С. 45-49
239. Жариков Н. М., Гиндикин В. Я. Спорные вопросы в проблеме соматоформных и смежных расстройств, ж-л невропатологии и психиатрии. - № 4, 1996. - С. 5-11
240. Жариков Н. М., Иванова А. Е., Анискин Д. Б., Чуркин А. А. Самоубийства в Российской Федерации как социopsихиатрическая проблема // Эпидемиология и организация неврологической и психиатрической помощи. - № 6, 1997. – С. 9-15
241. Жариков Н. М., Левит Б. Г., Либерман Ю. И. О методике и некоторых результатах эпидемиологического исследования шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1968. - № 5. - С. 742-749
242. Залевский Г. В., Логунцова О. Н., Непомнящая В. А. Качество жизни как комплексная характеристика жизнедеятельности человека // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. – С. 102-103
243. Запускалов С. В., Плотников Б. С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья / / Обоз. психиатрии и мед. психологи им. В.М.Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25
244. Зиньковский А. К., Цикулин А. Е., Сорокина Т. Г. Многомерная (факторная) оценка формирования пограничных нервно-психических расстройств // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1990. - Т. 90. - № 5. - С. 80-84
245. Иовчук Н. М., Батыгина Г. З. Распространенность и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции // Журнал неврологии и психиатрии. - № 9, 1998. – С. 33-36
246. Карстлерс М. Эпидемиология шизофрении // Вест. АМН СССР, 1971. - № 5. - С. 26-30
247. Катков А. Л. Новые парадигмы в формировании индивидуального и общественного здоровья // Валеология: медико-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни. - Костанай, 1997. - С. 75-78
248. Катков А. Л. Определение уровня психического здоровья в организованных группах населения // Вопросы ментальной медицины и экологии. - 1997. – 2. – С. 48-50
249. Катков А. Л. Психологическое здоровье и стратегия развития психологической науки и практики в Республике Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 8. - № 3, 2002. – С. 7-14
250. Катков А. Л., Айбасова Г. Х. Анализ стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 10. - № 3, 2004. – С. 18-26
251. Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Соотношение психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 года // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 10. – Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии», 2004. – С. 90-111
252. Ким Л. В., Ермолин Л. А., Ли Хонг Сик, Сонг Донг Хо Распространенность депрессивных расстройств и социodemографические факторы риска возникновения депрессии среди подростков // Социальная и клиническая психиатрия, 1997. - № 4
253. Кондратьев Ф. В. Социо-культуральный фон в России конца XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия, 1994. - № 2. - С. 135-139
-

254. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение - общая характеристика и закономерности развития // Обозр. психиатр. и психол. им. В. М. Бехтерева, 1991. - № 1. - С. 8-15
255. Короленко Ц. П. Работоголизм - респектабельная форма аддиктивного поведения // Обозр. психиатр. и психол. им. В. М. Бехтерева, 1993. - № 1. - С. 17-29
256. Красик Е. Д. Клинико-эпидемиологический аспект охраны психического здоровья населения в Сибирском и Дальневосточном регионах // Акт. вопр. психиатрии. - Томск: Изд. Том. ун-та, 1983. - Вып. 1. - С. 37-38
257. Красик Е. Д. Эпидемиологические исследования в программах охраны психического здоровья // Эпидемиолог. исследования в неврологии и психиатрии. - М., 1982. - С. 28-30
258. Красик Е. Д. К истории развития и правомерности эпидемиологического метода в психиатрии / / Сб. научн. трудов Рязанского мед. Института, 1964. - Т. 20. - С. 218-225
259. Красик Е. Д. Сравнительная эпидемиологическая характеристика психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке // Акт. вопр. психиатрии. - Томск, 1985. - Вып. 2. - С. 26-28
260. Кудьярова Г. М. Анализ заболеваемости психическими расстройствами в Республике Казахстан в 1990-1996 годы // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Москва – Костанай. - Т. 6. - № 2, 2000. - С. 11-17
261. Кудьярова Г. М. История развития психиатрии в Казахстане // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 74-76
262. Кудьярова Г. М. Характеристика болезненности психическими расстройствами в Республике Казахстан в 1990-1996 годах // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Костанай. - Т. 6. - № 1, 2000. – С. 87-93
263. Кун Т. Структура научных революций. - М.: Прогресс, 1977
264. Лебедев М. А. Предболезненные состояния пограничных психических заболеваний // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - № 6. - С. 22-25
265. Лищук В. А. Для верных решений первых лиц // Медицинская газета. 2.06.1995. - № 41, 9 с.
266. Лищук В. А., Мосткова Е. В. Основы здоровья (обзор). - М., 1994, 134 с.
267. Макаров И. В. Эпидемиология психозов у детей в Санкт-Петербурге // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2003. – С. 51-53
268. МакГлинна Т. Д., Меткалфа Г. Л. Диагностика и лечение тревожных расстройств (руководство врачей) под редакцией проф. Александровского Ю. А.: Coperiht, 1989, by American Psychiatric Press
269. Методика эпидемиологических исследований психических расстройств. Хроника ВОЗ, 1961. - Т. 15. - № 7. - С. 250-254
270. Негай А. П., Сарсенов Р. О., Алиева А. С., Дон М. А. Анализ по суицидам по Кызылординской области за 2001 год и 1 квартал 2002 года // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 9. - № 2, 2003. – С. 98-99
271. Немов Р. С. Психология. - М.: Просвещение, 1995, 555 с.
272. Никифоров И. И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скрывающегося психометрического инструментария // Наркология. - № 7, 2005. – С. 53-63
273. Окаша А. Стратегия и политика ВПА / К итогам XII съезда Всемирной психиатрической ассоциации (Йокогама, 2002) // World Psychiatry. – Vol. – N 3, 2002. – Р. 129-130
274. Оспан Т. Б., Байханова Т. Р., Жолдыбаева Ж. С. О суицидологической ситуации в г. Экибастузе с 1996 по 2002 г.г. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 9. - № 2, 2003. – С. 67-68
275. Павлов В. А., Носачев Г. Н., Носачев И. Г. Депрессии, качество жизни в болезни и ремиссии, агрессивность // Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе», Москва, 2-3 декабря 2004 года. – С. 90-91
276. Пацковский В. У., Дехерт В. А. Качество жизни больных с эндогенными психозами (обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 28-31
277. Первова Ю. В. Синдром минимальной дисфункции мозга у детей – актуальная медико-социальная проблема // Наркология. – № 2, 2004. – С. 63-66
278. Перре М., Бауман У. Клиническая психология, 2-ое международное издание. – Питер, 2002, 1311 с.
279. Петраков Б. Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. - М.: Медицина, 1972, 300 с.
280. Петраков Б. Д. Основные закономерности распространения психических заболеваний в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995. - С. 98-99
281. Петраков Б. Д., Петракова Л. Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке // Медицина и здравоохранение. Серия: социальная гигиена и организация здравоохранения. - М., 1988, 69 с.
282. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Психология. Словарь. - М.: Политиздат, 1990, 301 с.
283. Пишио П. Эпидемиология депрессий // Ж-л невропатологии и психиатрии, 1990. - № 12. – С. 82-84

-
284. Покровский В. Н. Предисловие к монографии «Основы здоровья» (обзор). - М., 1994. - С. 3-5
285. Положий Б. С. Психическое здоровье как отражение социального здоровья общества // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1993. - № 4. - С. 6-11
286. Прохоров А. О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии, 1996. - № 4. - С. 32-43
287. Работкин О. С., Палатов С. Ю., Малышева Л. Е. Социально-стрессовые факторы и качество жизни 15-18-летних юношей // Наркология. – М. - № 9, 2004. – С. 29-31
288. Работкин О. С., Палатов С. Ю. Психическое здоровье юношей допризывного и призывного возрастов и меры по совершенствованию его оценки с позиции подготовки к военной службе // Наркология. – М. - № 10, 2004. – С.32-34
289. Родионов И. А., Касимова Л. Н. Некоторые психосоматические отношения у больных неврозом с затяжным течением // В сб.: Актуальные вопросы психиатрии. - Томск, 1987. - С. 60-63
290. Россинский Ю. А., Россинская О. В., Нуралиев Б. Ж. Взаимосвязи некоторых характеристик психологического здоровья с агрессивными и эгрессивными формами поведения у подростков мужского пола // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 11. - № 3, 2005. – С. 46-49
291. Ротшильд В. Г., Морозова В. П., Богдан А. Н. и соавт. Объективные факторы выявляемости психически больных. Эпидемиология эндогенных психозов и проблема реабилитации психически больных. - М., 1985. - С. 13-21
292. Румянцева Г. М., Левина Г. М., Грушков А. В., Лебедева М. О., Марголина В. Я., Мельничук Т. М., Пегатова А. Е., Нуллер Ю. Л. Психическое здоровье населения некоторых регионов России// Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1995. - № 2. - С.54-73
293. Сарсембаев К. Т. Невротические расстройства в разных этнических группах городского населения Казахстана // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 2003. – С. 57-58
294. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7
295. Сарториус Н. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 1. – С. 4-8
296. Сахаров Е. А. Возрастные психологические кризисы как донозологические формы пограничных психических расстройств у детей и подростков // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 2. - С. 44-46
297. Семичев С. Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автoref. дис. ... докт. мед. наук. - Л., 1982, 68 с.
298. Семичев С. Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987, 184 с.
299. Семке В. Я. Психическое здоровье и общество // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 1. - С. 5-7
300. Сиренко О. И., Терентьева А. В., Рожнов А. А., Стекачев К. Д., Лучкова М. Б. Уровень нервно-психического развития детей младшего возраста и возможность их адаптации в организованном коллективе // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1993. - Т. 93. - № 5. - С. 64-65
301. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 1. - С. 53-60
302. Скорик А. И., Никиташина И. Н. Краткий опросник для диагностики нарушений психической адаптации (НПА) // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1993. - № 2. - С.89-91
303. Смулевич А. Б., Титанов А. С., Дубницкая Э. Б. и др. Ипохондрия и соматоформные расстройства. – М, 1992. – С. 176
304. Соловьев А. Г., Сидоров П. И., Кирпич И. А. Оценка качества жизни больных хронически алкоголизмом // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. – М. - № 3, 2000. – С. 37-41
305. Солохина Т. А., Шевченко А. С., Сейку Ю. В., Рытик Э. Г., Беседина А. В., Вещугина Т. С. Качество жизни родственников психически больных // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 1998. – С. 42-45
306. Стремгрен Э. Эпидемиологические проблемы шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии, 1975. - Т. 75. - Вып.9. - С. 1386-1390
307. Сухарев А. В. Этнофункциональный подход к проблемам психопрофилактики и воспитания // Вопросы психологии, 1997. - № 4. - С. 81-92
308. Тихоненко В. А., Румянцева Г. М. О нравственной ответственности психиатров перед обществом // Психиатрия в СССР, 1990. - Вып.1. - С. 47-54
309. Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб. – К.: Сфера, 2000, 332 с.
310. Торохтий В. С. Психологическое здоровье семьи и пути его изучения // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1996. - № 3. - С. 36-44
311. Точилов В. А. Клинико-психофармакологические методы исследования и лечения аффективных психозов // Метод. рекомендации. - СПб., 1992
-

-
-
312. Уайт Р. Цит. по «Психологическая энциклопедия», 2-ое издание, под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 1093
313. Хвиливицкий Т. Я., Нуллер Ю. Л. Депрессии и их лечение. - Л., 1973
314. Цунг-ИЛин., Стендли К. К. Роль эпидемиологии в психиатрии: Тетради общественного здравоохранения. - № 16. - Женева: ВОЗ, 1962
315. Цыганков Б. Д., Туманов Н. А. Сравнительный анализ уровня качества жизни и клинической картины у лиц с легкой степенью умственной отсталости при различных формах обучения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2004. – С. 23-26
316. Черепанова Н. А., Насырова Т. Ж., Мукашева Г. М., Заикин Б. Ф. Анализ суицидогенной активности населения г. Усть-Каменогорска и ВКО // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 10. - № 1, 2004. – С. 139-142
317. Чуприков А. П., Пилигина Г. Я Депрессии в общеврачебной практике // Лікування та Діагностика, 1998. - С. 28-35
318. Чуркин А. А. Динамика показателей учтенной заболеваемости пограничными психическими расстройствами / Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии // Тез. докладов Всесоюз. конф. - М., 1990. - С. 144-146
319. Чуркин А. А., Демчева Н. К. Качество жизни и социальное функционирование в психиатрической теории и практике // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 109-117
320. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Характеристика психических расстройств среди населения Российской Федерации за 1993 и 2003 г.г. // Психическое здоровье. – М. - № 1, 2006. – С. 22-31
321. Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье / Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 674-676
322. Шаронов А. В. Молодежь и общество: проблемы социальной адаптации в современном мире // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 1996. - № 1. - С. 47-64
323. Шмаонова Л. М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр., 1983. - № 5. - С. 707-711
324. Шмуклер А. Б., Лосев Л. В., Зайцев Д. А., Гладков С. П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 49-52
325. Ястребов В. С., Михайлова И. И., Степанова А. Ф. Рабочее совещание ВОЗ // Психиатрия. - № 2, 2003. – С. 74-76

РЕЗЮМЕ

ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ

А. Л. Катков

В статье А. Л. Каткова «Полюс психического здоровья – проблемы идентификации» обосновываются основные положения функционального подхода в сфере психического и психологического здоровья. Аргументируется система индикаторов, определяющих качественные аспекты категории психического здоровья. Обсуждаются новые научные подходы, адекватные специфике и сложности рассматриваемой проблемы. Обосновываются некоторые модификации современных развивающих технологий с их интеграцией в метамодели социальной психотерапии.

Ключевые слова: психическое, психологическое здоровье; функциональный подход; индикаторы здоровья; психотерапия.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, ИНСТРУМЕНТАРИИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕКТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПРИАРАЛЬЕ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачев

Применение критерии отбора пациентов в первой фазе настоящей работы было обусловлено основной целью исследования: влияния на психическое здоровье факторов риска, связанных с проживанием на территориях с различной степенью экологического неблагополучия. Были обследованы лица трудоспособного возраста, имеющие на момент обследования жалобы на неудовлетворительное состояние здоровья. Расстройства, наблюдавшиеся у обследованных, могли иметь в своей основе комплекс причин, обусловленных длительное эмоциональное напряжение. В соответствие с принципами клинической эпидемиологии мы исключили влияние факторов, которые могли бы привести к системным ошибкам и тем самым исказить результаты исследования.

КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С ЭНДОГЕННЫМИ (ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ) РАССТРОЙСТВАМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

Б. Б. Джарбусынова

В статье Б. Б. Джарбусыновой «Комплексные характеристики подгруппы с эндогенными (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик подгруппы респондентов с эндогенными (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) расстройствами, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения названных форм психических и поведенческих расстройств и гипертрофированных адаптационных реакций существенно превышает официальные статистические сведения аналогичного плана. Уровень социальной и социально-психологической адаптации рассматриваемой клинической подгруппы достаточно низкий.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВЫХ ДЕПРЕССИЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ (НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ)

Г. А. Джолдыгулов

В работе представлен исторический обзор научных взглядов на детские и подростковые депрессии, приведены клинические описания депрессии на различных этапах онтогенеза. Сделан акцент на характеристике

подростковых депрессий с поведенческими «масками», проанализированы результаты исследований, направленных на выявление факторов, обуславливающих формирование атипичных депрессий в подростковом возрасте, указаны возможные направления дальнейшего изучения факторов синдромообразования подростковой психопатоподобной депрессии.

Ключевые слова: депрессия с поведенческими «масками», факторы синдромообразования атипичных депрессий, подростковая депрессия.

ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРОЦЕССАМИ ПРИНЯТИЯ ФАКТА НЕИЗЛЕЧИМОЙ БОЛЕЗНИ, ЗАКОНОМЕРНО ВЕДУЩЕЙ К СМЕРТИ, У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С ПОЗИТИВНЫМ ВИЧ СТАТУСОМ

А. Т. Ескалиева, Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

В данной статье представлены результаты исследования превалентности случаев депрессии в связи со стадией принятия факта неизлечимой болезни у больных опийной наркоманией с позитивным ВИЧ-статусом.

СКАЗКОТЕРАПИЯ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

А. С. Каражанова

В настоящей статье приводится использование сказкотерапии в лечении детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Ключевые слова: злоупотребление ПАВ, несовершеннолетние потребители, сказкотерапия.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЛИЦ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С. Н. Молчанов

В статье проанализирован фрагмент научно-исследовательской работы направленной на поиск мишеней психотерапевтического воздействия в процессе медико-социальной реабилитации наркозависимых.

Ключевые слова: реабилитационный потенциал, длительность ремиссии, «пронаркотические» факторы.

ТИПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СТАДИЙ ПРИНЯТИЯ ФАКТА НЕИЗЛЕЧИМОЙ БОЛЕЗНИ ЗАКОНОМЕРНО ВЕДУЩЕЙ К СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, А. Т. Ескалиева

В данной статье приводятся типология психологических стадий принятия факта неизлечимой болезни и описание эмоционально-поведенческих особенностей, отражающих процессы принятия болезни в отношении каждой выделенной стадии.

**ЭТАПЫ ПРИНЯТИЯ БОЛЕЗНИ, ЗАКОНОМЕРНО ВЕДУЩЕЙ К СМЕРТИ,
КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ
С СОПУТСТВУЮЩИМ ВИЧ/СПИДОМ**

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, А. Т. Ескалиева

В данной статье рассмотрены психологические этапы принятия факта неизлечимой болезни и выделены основные мишиени психотерапевтической работы с больными опийной наркоманией с сопутствующим ВИЧ/СПИДом.

**КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ,
ВКЛЮЧАЯ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ,
И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПО МАТЕРИАЛАМ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

В статье Каткова А. Л., Джарбусыновой Б. Б. «Комплексные характеристики подгруппы с невротическими, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик подгруппы респондентов с невротическими, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформными расстройствами, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения невротических, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформных расстройств существенно превышает официальные статистические сведения аналогичного плана. В отношение адаптационных характеристик группы с невротическими, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформными расстройствами выглядит более предпочтительным в сравнение с группами органических психических и эндогенных расстройств субклинического уровня.

**ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ ПРОЧИХ ПСИХИЧЕСКИХ
И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПО МАТЕРИАЛАМ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

Б. Б. Джарбусынова

В статье Джарбусыновой Б. Б. «Основные характеристики подгруппы прочих психических и поведенческих расстройств по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится анализ клинико-психопатологических характеристик подгруппы респондентов с прочими психическими и поведенческими расстройствами, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения прочих психических и поведенческих расстройств, существенно превышает официальные статистические сведения аналогичного плана. В отношение адаптационных характеристик группы с прочими психическими и поведенческими расстройствами выглядит более предпочтительным в сравнение с группами органических психических и эндогенных расстройств субклинического уровня.

**КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ
ДИСКОМФОРТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

В статье Каткова А. Л., Джарбусыновой Б. Б. «Комплексные характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный

анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик подгруппы респондентов с гипертрофированными реакциями психологической адаптации, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения гипертрофированных реакций психологической адаптации составляет 17,5% в группе населения с возрастом 12-55 лет; по социальным и социально-психологическим характеристикам, оценивающим реальный уровень адаптации, данная группа выглядит наиболее предпочтительно в сравнении с другими клиническими группами, анализируемыми в рамках настоящего исследования.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЕ РАЙОНОВ ПРИАРАЛЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачев

Печатая многочисленные публикации диссертационной работы для полноты оценки необходимо описание общих сведений об Аральской экологической катастрофе, для лучшего понимания побудительных мотивов к проведению исследования ее психолого-психиатрических последствий, а так же выбора объекта наблюдения. Эти сведения были необходимы для сравнительного анализа с другими крупномасштабными бедствиями. Уникальная по масштабам экологическая катастрофа, вместе с тем, по нашим предположениям, могла иметь общие черты с другими бедствиями. Описание истинных масштабов катастрофы с научно подтвержденными данными покажет читателю масштабность бедствия не только для региона, но и всей планеты.

SUMMARY

POLE OF MENTAL HEALTH - PROBLEMS OF IDENTIFICATION

A. L. Katkov

In A. L. Katkova's article «Pole of mental health - problems of identification» substantive provisions of the functional approach in sphere of mental and psychological health are proved. The system of the indicators determining qualitative aspects of a category of mental health is given reason. The new scientific approaches adequate to specificity and complexity of the considered problem are discussed. Some updating of modern developing technologies with their integration into methamodels of social psychotherapy are proved.

Key words: mental, psychological health; the functional approach; indicators of health; psychotherapy.

METHODOLOGICAL BASES, TOOLS AND THE CHARACTERISTIC OF OBJECT OF SUPERVISION IN ARAL

S. A. Altynbekov, Z. Z. Bultacheev

Application of criteria of selection of patients in the first phase of the present work has been caused by the basic purpose of research: influences on mental health of the risk factors connected to residing in territories with a various degree of ecological trouble. The persons of able-bodied age having at the moment of inspection the complaint to a unsatisfactory state of health have been surveyed. The disorders observed at surveyed, could have in the basis a complex of the reasons, caused a long emotional pressure. In conformity with principles clinical epidemiology we have excluded influence of factors which could lead to system mistakes and deform results of research by that.

COMPLEX CHARACTERISTICS OF A SUBGROUP WITH ENDOGENOUS (SCHIZOPHRENIA AND DELIRIUM) DISORDERS ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003

B. B. Dzharbusynova

In B. B. Dzharbusynova's article «Complex characteristics of a subgroup with endogenous (schizophrenia and delirium) disorders on materials of epidemiological research in 2003» are carried out the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of a subgroup of respondents with endogenous (schizophrenia and delirium) disorders, revealed during epidemiological research in 2003. In particular, it was found out, that the level of distribution of the named forms of mental and behavioral disorders and hypertrophied adaptable reactions essentially exceeds official statistical data. A level of social and social-psychological adaptation of the examined clinical subgroup is low enough.

PROSPECTS OF STUDYING OF ADOLESCENTS DEPRESSIONS WITH BEHAVIOR DISORDERS (ON THE BASIS OF THE DATA OF THE LITERATURE)

G. A. Dzholdygulov

In work the historical review of scientific views on children's and adolescent depressions is submitted, clinical descriptions of depression at various stages of ontogenesis are given. The accent on the characteristic of adolescent depressions with behavioral «masks» is made, results of the researches directed on revealing of factors, causing formation atypical depressions at teenage age are analyzed, possible directions of the further studying of factors of syndromogenesis of depressions in adolescent are specified.

**INTERRELATIONS OF EMOTIONAL DISORDERS WITH PROCESSES OF ACCEPTANCE
OF THE FACT OF INCURABLE ILLNESS, NATURALLY LEADING TO DEATH,
AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE AND POSITIVE HIV STATUS**

A. T. Eskalieva, Y. A. Rossinsky, Z. K. Musabekova

In given article results of research of prevalence of depression in connection with a stage of acceptance of the fact of incurable illness at patients with opioid dependence and positive HIV status are submitted.

**TALE THERAPY IN PROGRAMS OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION
OF CHILDREN ABUSING TOXIC SUBSTANCES**

A. S. Karazhanova

In the present article the usage of tale therapy in treatment of children and adolescents abusing psychoactive substances is resulted.

Key words: abusing psychoactive substances, minor consumers, tale therapy.

FEATURES OF FORMATION OF REMISSION AT PERSONS WITH OPIOID DEPENDENCE

S. N. Molchanov

In the article the fragment of research work directed on search of targets of psychotherapeutic intervention during rehabilitation of drug addicts is analysed.

Key words: rehabilitation potential, duration of remission, «pronarcotic» factors.

**TYPОLOGY OF PSYCHOLOGICAL STAGES OF ACCEPTANCE OF THE FACT
OF INCURABLE ILLNESS NATURALLY LEADING TO DEATH AT PATIENTS
WITH DRUG DEPENDENCE AND HIV INFECTED**

Y. A. Rossinsky, Z. K. Musabekova, A. T. Eskalieva

In given article the typology of psychological stages of acceptance of the fact of incurable illness and the description of the emotional-behavioral features reflecting processes of acceptance of illness concerning each allocated stage are resulted.

**STAGES OF ACCEPTANCE OF ILLNESS, NATURALLY LEADING TO DEATH, AS A
PSYCHOTHERAPEUTIC TARGET AT PATIENTS WITH DRUG DEPENDENCE AND HIV**

Y. A. Rossinsky, Z. K. Musabekova, A. T. Eskalieva

In given article psychological stages of acceptance of the fact of incurable illness are considered and the basic targets of psychotherapeutic work with patients with drug dependence and HIV are allocated.

**COMPLEX CHARACTERISTICS OF A SUBGROUP WITH NEUROTIC, INCLUDING
DISORDERS CONNECTED TO STRESS, AND SOMATIC DISORDERS
ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

A. L. Katkov, B. B. Dzharbusynova

In Katkov A. L., Dzharbusynova B. B.'s article «Complex characteristics of a subgroup with neurotic, including disorders connected to stress, and somatic disorders on materials of epidemiological research in 2003» it is carried out the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of a subgroup of respondents with neurotic, including disorders connected to stress, and somatic disorders, revealed during epidemiological research in 2003. In particular, it was found out, that a level of distribution neurotic, including disorders connected to stress, and somatic disorders essentially exceeds official statistical data. As adaptable characteristics the group with neurotic, disorders connected to stress, and somatic disorders looks more preferable in comparison with groups of organic mental and endogenous disorders of a subclinical level.

**THE BASIC CHARACTERISTICS OF A SUBGROUP OF OTHER MENTAL AND BEHAVIORAL
DISORDERS ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

B. B. Dzharbusynova

In Dzharbusynova B. B.'s article «Basic characteristics of a subgroup of other mental and behavioral disorders on materials of epidemiological research in 2003» it is carried the analysis of clinical-psychopathological characteristics of a subgroup of respondents with the other mental and behavioral disorders, revealed during epidemiological research in 2003. In particular, it was found out, that a level of distribution of other mental and behavioral disorders, essentially exceeds official statistical data. As adaptable characteristics the group with other mental and behavioral disorders looks more preferable in comparison with groups organic mental and endogenous disorders of a subclinical level.

**COMPLEX CHARACTERISTICS OF A SUBGROUP WITH PSYCHOLOGICAL
DISCOMFORT ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

A. L. Katkov, B. B. Dzharbusynova

In Katkov A. L., Dzharbusynova B. B.'s article «Complex characteristics of a subgroup with psychological discomfort on materials of epidemiological research in 2003» it is carried out the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of a subgroup of respondents with hypertrophied reactions of the psychological adaptation, revealed during epidemiological research of 2003. In particular, it was found out, that the level of distribution of hypertrophied reactions of psychological adaptation makes 17,5 % in group of the population within 12-55 years old; on the social and social-psychological characteristics estimating a real level of adaptation, the given group looks most preferably in comparison with other clinical groups analyzed within the framework of the present research.

**THE GENERAL DATA ON ECOLOGICAL ACCIDENT OF ARAL AREAS
IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

S. A. Altynbekov, Z. Z. Bultacheev

Printing numerous publications of dissertational work it is necessary for completeness of an estimation the description of the general data on the Aral ecological accident, for the best understanding of incentive motives to carrying out of research of its psychological-psychiatric consequences, and as choice of object of supervision. These data were necessary for the comparative analysis with other large-scale disasters. Unique ecological accident, at the same time, under our assumptions, could have the general features with other disasters. The description of true size of accident with scientifically confirmed data will show range of disaster not only for region, but also all planet.
