

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XV

№ 1

2009

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; Н. Е. Мирошниченко (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; Л. Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю. А. Россинский; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; кандидат медицинских наук А. Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук 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 Л. А. Степанова (Томск); 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 (7182) 60-50-93
E-mail: press@rncenter.kz**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»

Том XV
№ 1
2009 год

Катков А. Л.

К стандарту макроструктуры системы наркологической помощи в Республике Казахстан

7-19

Макаров В. В., Катков А. Л.

Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ

20-25

ПСИХИАТРИЯ

Алтынбеков С. А., Негай Н. А.

Основные клинические характеристики лиц, направленных на амбулаторное принудительное лечение в психиатрические диспансеры Республики Казахстан

26-29

Загидуллина В. Ф.

Неврозоподобные психические расстройства при хронической свинцовой интоксикации

29-33

Русина Е. Ю., Столяревская С. А.

Суицид – проблема личности или общества?

34-37

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Бохан Т. Г.

Клинико-психологические аспекты стресса и стрессоустойчивости с позиции культурно-исторического подхода

38-44

Бултачеев Ж. Ж.

Различия в распределении респондентов Аральской и Кызылординской зон по профессиональному и образовательному уровню

44-46

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Адылов Д. У.

Индивидуальная работа целителей

47-53

Адылов Д. У.

Медицина и целительство

53-54

Бултачеев Ж. Ж.

Сопоставление социально-демографических и социокультуральных характеристик обследованных контингентов Приаральского и Кызылординского регионов

55-59

Ельшибаева К. Г.

Содействие снижению агрессии несовершеннолетних осужденных в пенитенциарных учреждениях

59-61

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

Адылов Д. У.

Целительство и религия

62-64

выходит
4 раза в год

<i>Адылов Д. У., Акматов Н. А., Исмаилов Б. И.</i>	
Критерии отбора целителей для работы в Центре народной медицины	65-67
<i>Болехан А. В., Жумашева А. Б., Зарубина И. В., Рылеев А. Ю., Цыган В. Н., Шабанов П. Д.</i>	
Иммуномодулятор Трекрезан: профиль общей и иммунотропной активности	67-68
<i>Макаров В. В.</i>	
Рецензия на учебное пособие П. И. Сидорова, И. Г. Моясгины, С. В. Маруняк «Психология катастроф»	68-69
<i>Цыган В. Н., Шабанов П. Д., Востриков В. В., Шинкарева О. Г., Соколов А. Г., Кузембаева Л. Б., Жумашева А. Б., Васильченко В. В.</i>	
Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое изучение эффективности и переносимости БАД «Трамелан» в качестве иммуномодулятора и антиастенического средства в постдепотоксикационном периоде у больных с синдромом зависимости от алкоголя	70-102

ЮБИЛЕЙ

<i>Марк Евгеньевич Бурно</i>	103-104
<i>Резюме</i>	105-108

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL CLAUSES

FOUNDERS:

<i>Katkov A. L.</i>	
To the standard of the macrostructure of the system for the narcological help in the Republic Kazakhstan	7-19
<i>Makarov V. V., Katkov A. L.</i>	
The role and place of psychotherapy in treatment and rehabilitation of dependent from psychoactive substances	20-25

PSYCHIATRY

**Professional
Psychotherapeutic
League**

<i>Altynbekov S. A., Negaj N. A.</i>	
The basic clinical characteristics of the persons directed on out-patient compulsory treatment in psychiatric clinics of the Republic Kazakhstan	26-29
<i>Zagidullina V. F.</i>	
Neurosis-like mental frustrations at the chronic lead intoxication	29-33
<i>Rusina E. U., Stolyarevskaya S. A.</i>	
Suicide - the problem of a person or society?	34-37

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

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Bokhan T. G.</i>	
Clinical-psychological aspects of stress and stress resistance from position of cultural-historic approach	38-44
<i>Bultacheev Z. Z.</i>	
The distinctions in distribution of respondents of Aral and Kyzylorda zones on a professional and educational level	44-46

BOUNDARY FRUSTRATIONS

**Volume XV
№ 1
2009**

<i>Adylov D. U.</i>	47-53
The individual work of healers	
<i>Adylov D. U.</i>	53-54
Medicine and healing	
<i>Bultacheev Z. Z.</i>	
The comparison of social-demographic and social-cultural characteristics of surveyed contingents of near Aral zone and regions of Kyzylorda	55-59
<i>Elshibaeva K. T.</i>	
The assistance to decrease in aggression of minors condemned in penitentiary establishments	59-61

INFORMATION AND REVIEWS

**Published 4 times
in a year**

<i>Adylov D. U.</i>	62-64
Healing and religion	
<i>Adylov D. U., Akmatov N. A., Ismailov B. I.</i>	
The criteria of the selection for work in the Centre of national medicine	65-67

<i>Bolehan A. V., Zhumasheva A. B., Zarubina I. V., Ryleev A. U., Cygan V. N., Shabanov P. D.</i>	
The immunomodulator Trekresan: the structure of general and immune activity	67-68
<i>Makarov V. V.</i>	
The review to the manual by P. I. Sidorov, I. G. Mosyagin, S. V. Marunyak «The psychology of accidents»	68-69
<i>Cygan V.N., Shabanov P.D., Vostrikov V.V., Shinkareva O. G., Sokolov A. G., Kusembaeva L. B., Zhumasheva A. B., Vasylchenko V. V.</i>	
Randomised double blind placebo-controlled clinical studying of efficiency and bearableness of BAA «Tramelan» as the immunomodulator and antiasthenic means in the postdetoxication period at patients with a syndrome of dependence on alcohol	70-102

JUBILEES

Mark Evgenyevich Burno	103-104
<i>The resume</i>	105-108



РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

К СТАНДАРТУ МАКРОСТРУКТУРЫ СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Многолетние исследования, проводимые Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании, показали наличие следующих системных проблем в сфере наркологической помощи населению РК:

- кризис доверия реальных и потенциальных пациентов (зависимых от психоактивных веществ, лиц, входящих в группу риска по данному профилю, созависимых), а также населения РК в целом, к государственным наркологическим ЛПУ;
- несоответствие условий оказания наркологической помощи (низкий диапазон приемлемости) ожиданиям и потребностям реальных и потенциальных пациентов;
- недостаточный ассортимент и низкое качество предоставляемых услуг на всех этапах оказания наркологической помощи;
- незначительный, в силу всего вышесказанного, охват реального объема потребителей и зависимых от психоактивных веществ какими-либо услугами наркологического профиля (до 25-30% от реального объема потребителей ПАВ по Республике Казахстан);
- низкие показатели клинической, экономической и социальной эффективности деятельности наркологических ЛПУ без каких-либо существенных тенденций к их улучшению в последние 10 лет.

Таким образом, основная задача, стоящая перед современной наркологической службой РК, заключается в разработке и широкомасштабном внедрении комплексной системы управления качеством наркологической помощи, оказываемой не только в системе МЗ РК, но и в других секторах социальной активности.

В качестве основного инструмента данной комплексной системы управления качеством нами разработан проект стандартных требований к организации современной наркологической помощи в РК. Данный документ состоит из двух основных разделов, первый из которых описывает стандарт макроструктуры современной наркологической помощи. Во втором разделе содержится подробное описание организационных характеристик каждого дифференцируемого вида наркологической помощи. Ниже приводятся общие сведения по структуре и принципам разработки проектного документа. А также – основные сведения по первому разделу документа.

1. Пояснительная записка

Настоящий документ стандартных требований к организации наркологической помощи в Республике Казахстан (далее – стандарт организации наркологической помощи) является рабочим эталоном комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП).

Основная цель разработки документа – обеспечение организаторов наркологической помощи эффективным инструментом для проведения инноваций – структурных, технологических, кадровых, способствующих повышению качества оказываемых населению услуг.

Проект документа подготовлен на основании комплексных исследований, проводимых Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркоманий в период 2001-2009 г.г., – с учетом международного опыта противодействия распространению зависимости от психоактивных веществ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа.

При разработке данного проектного документа были использованы принципы и подходы, обусловленные спецификой системы наркологической помощи, а также – спецификой собственно организационного стандарта, объединяющего все прочие группы профессиональных стандартов, используемых в данной сфере.

1.1. Определение и структура стандарта организации наркологической помощи

1.1.1. Определение

Под стандартом организации наркологической помощи следует понимать схематизированное описание наиболее существенных, нормативно заданных компонентов системы наркологической помощи, реализация которых закономерно приводит к повышению ее качества.

Настоящий проектный документ, описывающий эталонные требования к организации наркологической помощи в Республике Казахстан, дает четкие и последовательные ответы на следующие вопросы: 1) деятельность *каких структур* в наилучшей степени обеспечивает выполнение; 2) *каких задач и функций (процессов)* оказания наркологической помощи; 3) за счет привлечения *каких ресурсов*; 4) с использованием *каких управленческих стратегий и действий*; 5) ориентируясь на *какие промежуточные и конечные индикаторы эффективности*; 6) используя *какие технологии измерения результата*; 7) выстраивая профессиональную

деятельность в соответствие с какими регламентирующими нормативными документами второго уровня.

1.1.2. Особенности общей структуры стандарта организации наркологической помощи

Рассматриваемый организационный стандарт состоит из двух частей: 1) основной документ, описывающий наиболее существенные организационные характеристики системы наркологической помощи; 2) нормативные документы второго уровня (межведомственные и ведомственные приказы, положения, инструкции, методические разработки; стандарты мониторинга, услуг; квалификационные, образовательные стандарты, регулирующие различные аспекты организационной деятельности по оказанию наркологической помощи).

При этом, в основном документе – соответствующих разделах – делаются ссылки на действующие или разрабатываемые нормативные документы второго уровня.

Полный текст документов второго уровня приводится в приложениях к основному документу стандарта организации наркологической помощи.

Главная функция основного документа – системообразующая, а также – инновационная: в случае неадекватности нормативных документов второго уровня положениям главного системообразующего документа - противоречие позиции должны быть переработаны и приведены в точное соответствие с установочными требованиями.

Главная функция вспомогательных документов – детализация и уточнение содержания стандарта организации наркологической помощи.

1.1.3. Особенности формирования основных разделов

Специфика наркологической помощи связана с необходимостью достижения максимального соответствия ассортимента, объема и качества оказываемых услуг ожиданиям и потребностям различных групп населения. В данной связи необходима научно-обоснованная дифференциация наркологической помощи по основным видам (учитывающим специфику основных групп зависимых от ПАВ), и этапам (учитывающим уровни рисков и степени вовлеченности в зависимость от ПАВ; уровни мотивации на лечение и реабилитацию) ее оказания. Далее должны быть рассмотрены и систематизированы наиболее существенные компоненты каждого этапа наркологической помощи в соответствие со спецификой дифференцируемых видов.

В данной связи в структуре основного документа выделяется два раздела: 1) раздел, описывающий макроструктуры наркологической помощи (основные виды и этапы); 2) раздел, описывающий специфику этапов наркологической помощи по каждому сектору (виду).

В разделе I настоящего документа приведено полное описание всех основных видов и обозначе-

ние этапов по каждому виду наркологической помощи (макроструктура). В разделе IIдается систематизированное описание этапов добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК (*специфика этапов недобровольной наркологической помощи в системе МЗ РК, добровольной и недобровольной наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях МЮ РК, наркологической помощи, оказываемой в немедицинских учреждениях в настоящее время разрабатывается*).

1.1.4. Универсальные компоненты структуры стандарта организации наркологической помощи

Общая методология построения системы профессиональных стандартов в сфере оказания наркологической помощи, в частности – организационного стандарта, предусматривает наличие следующих обязательных элементов (подразделов):

- область применения;
- определение целей и задач стандарта;
- определение целевых групп, объектов и субъектов, вовлекаемых в поле функциональной активности профессионального стандарта;
- определение обязательных базисных элементов, образующих функциональный каркас стандарта;
- определение конкретного содержания каждого базисного элемента;
- определение результатов (промежуточных и конечных критериев эффективности, которые планируется достичь с использованием данного стандарта);
- определение инструмента измерения и оценки достигнутых результатов.

В связи с особенностями формирования основных разделов проектного документа, раздел, описывающий макроструктуру наркологической помощи, будет содержать первые четыре универсальных компонента. Содержание универсальных компонентов – 5, 6, 7 – по каждому сектору (виду) наркологической помощи будет подробно описываться во втором разделе. В данной связи функциональные цели и задачи (содержание универсального компонента в общей схеме стандарта) системы наркологической помощи РК представлены специальным подразделом, предваряющим определение обязательных базисных элементов (видов наркологической помощи). Функциональные цели и задачи каждого дифференцируемого вида наркологической помощи представлены в структуре универсального компонента 4 общей схемы организационного стандарта.

Второй раздел настоящего документа содержит полное описание универсальных компонентов для дифференцируемого сектора (вида) наркологической помощи.

При раскрытии конкретного содержания каждого базисного элемента (п. 5. в универсальной

структуре обязательных элементов организационного стандарта) описываются следующие характеристики этапов наркологической помощи:

- функциональные цели и задачи каждого рассматриваемого этапа наркологической помощи;
- структурные характеристики (основные функциональные элементы наркологической помощи на определенном этапе);
- технологические характеристики (основные технологии оказания наркологической помощи на определенном этапе);
- необходимое ресурсное обеспечение (кадровое, материально-техническое, финансово-экономическое);
- управленческие стратегия и действия по обеспечению соответствия основных характеристик наркологической помощи, оказываемой на данном этапе, требованиям настоящего стандарта.

1.2. Основные контексты, учитываемые при разработке настоящего стандарта

1.2.1. Общеполитический контекст – необходимость выполнения приоритетной задачи повышения качества, конкурентоспособности отечественной продукции и услуг; в частности – услуг, оказываемых в сфере здравоохранения.

Данный контекст предполагает наличие особой управленческой идеологии, ориентированной на обеспечение и постоянное совершенствование качества производимых услуг и продукции, наличие проработанной концепции управления качеством в сфере основной деятельности и эффективных инструментов по ее реализации.

Содержание настоящего организационного стандарта основывается на перечисленных позициях.

1.2.2. Контекст основных стратегических установок РК в сфере борьбы с наркоманией и наркобизнесом – формируется действующим документом: «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы», в котором обозначены основные этапы, планируемые результаты в сфере социального противодействия распространению наркозависимости среди населения РК, и механизмы их достижения.

Индикаторы эффективности деятельности наркологических организаций, предусмотренные в структуре настоящего стандарта, ориентированы на реализацию вышеназванных стратегических позиций.

1.2.3. Контекст основных стратегий и концепций развития системы здравоохранения медицинской науки и образования в РК – предусматривает существенное повышение качества научных исследований, подготовки медицинских кадров; тесное взаимодействие учреждений медицинской науки, образования и практического здравоохранения; существенное повышение общего, ассортимента и качества медицинских услуг, оказываемых населению.

Настоящий организационный стандарт основывается на результатах базисных научных исследо-

ваний, проводимых научным коллективом РНПЦ МСПН в течение многих лет. Существенным компонентом настоящего проектного документа являются организационные мероприятия по интенсивной, дифференцированной подготовке медицинских и управленческих кадров, мероприятия по обеспечению тесного взаимодействия научных, образовательных учреждений и организаций практического здравоохранения за счет внедрения модели отраслевого наркологического кластера.

1.2.4. Контекст приоритетов первичной профилактики и первичной медико-санитарной помощи – предполагает перераспределение ресурсов системы здравоохранения в сферы наиболее эффективных (с точки зрения конечного результата) вложений – первичную профилактику и оказание первичной медико-санитарной помощи.

В настоящем стандарте предусмотрено организационное обеспечение соответствующих этапов наркологической помощи – первично-профилактической и первичной наркологической помощи, с соответствующим перераспределением имеющихся ресурсов на данный уровень оказания наркологической помощи.

1.2.5. Контекст взаимозависимости наркомании с эпидемией ВИЧ – предполагает наличие особых акцентов на меры профилактики распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

В настоящем стандарте этап оказания первичной наркологической помощи зависимым от наркотиков, в частности – потребителям инъекционных наркотиков (ПИН), предусматривает полноценный охват популяции наркопотребителей эффективными профилактическими мероприятиями, способствующими блокированию социально-опасных тенденций распространения ВИЧ среди ПИН, и далее среди населения РК.

1.2.6. Контекст общих механизмов вовлечения в зависимость от ПАВ и другие социальные эпидемии (игромании, деструктивные религиозные sectы, экстремистские организации, криминальные сообщества) – предполагает наличие специальных профилактических программ, направленных на выявление высоких рисков вовлечения детей, подростков, молодежи в поименованные социальные эпидемии, эффективную коррекцию рискованного поведения; а также – наличие возможностей для полноценной реабилитации зависимых лиц.

В настоящем организационном стандарте предусмотрен специальный этап первично-профилактической помощи, с возможностью диагностики и эффективной коррекции рисков вовлечения в химическую и психологическую зависимость. Кроме того, реализация настоящего организационного стандарта в полном объеме, позволит создать потенциал специализированной службы с возможно-

стями полноценной реабилитации лиц с психологической зависимостью.

1.2.7. *Контекст значительных масштабов и высоких темпов распространения зависимости от ПАВ* – предполагает наличие соответствия в масштабах и интенсивности противодействующих усилий, предпринимаемых в социальном секторе; а также – наличие активного поиска новых организационных форм наркологической помощи, обеспечивающих полноценный охват целевых групп высококачественными услугами наркологического профиля.

Настоящий проектный документ содержит все необходимые предпосылки для эффективной организации современной наркологической помощи, отвечающей потребностям основных целевых групп с потенциалом полноценного охвата нуждающегося населения.

1.3. *Основные критерии и требования, учитываемые при разработке настоящего стандарта*

1.3.1. Основной критерий, учитываемый при разработке настоящего стандарта, - степень его адекватности идеологии и содержанию концепции комплексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Постоянный рост качества наркологической помощи должен являться приоритетной целью и результатом применения настоящего стандарта.

В данном случае настоящий проектный документ выступает в виде одного из основных инструментов внедрения КСМК в деятельность системы наркологической помощи. Высокая степень адекватности настоящего документа основным установкам КСМК обеспечивается идентичностью содержания универсальных компонентов организационного стандарта тем определениям предмета, параметров и технологий оценки качества наркологической помощи, которые содержаться в концепции КСМК НП.

1.3.2. Основное требование, учитываемое при разработке настоящего стандарта, заключается: 1) в строгом научном обосновании предлагаемых организационных инноваций (реализация подхода, основанного на фактах); 2) в достижении максимально возможного соответствия основных характеристик наркологической помощи (технологий, условий и организационных форм оказания НП) – нуждам и запросам основных потребителей (реализация подхода с ориентацией на потребителя).

Так, непосредственно при разработке настоящего стандарта организации наркологической помощи были учтены следующие результаты многолетних научных исследований, проводимых сотрудниками РНПЦ МСПН.

1.3.2.1. Масштабные эпидемиологические, клинические и экспериментально-организационные исследования (Катков А. Л., 2001, 2003; Россинский Ю. А., 2005; Пак Т. В., 2004; Марашева А. А.,

2006; Нургазина А. З., 2006) показали, что главным фактором, обуславливающим высокие риски вовлечения различных групп населения в зависимость от ПАВ, является дефицит свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды. В том числе – к агрессивному информационному прессингу, практикуемому в рамках нелегального бизнеса по распространению наркотических и сильнодействующих веществ. Среди перечня психологических свойств, способствующих формированию высокой степени устойчивости к вовлечению в химическую, либо психологическую зависимость, были идентифицированы следующие:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- полноценная сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие личностных (психологических) ресурсов, необходимых для реализации позитивных жизненных сценариев;
- наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

С использованием результатов данных исследований были разработаны технологии психологической диагностики высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ в различных возрастных группах. Далее, на материале масштабных клинических и профилактических исследований были идентифицированы универсальные этапы формирования психологической устойчивости к агрессивному влиянию внешней среды, в частности – к первичному или повторному вовлечению в зависимость от ПАВ:

- фаза полноценного (эволюционного или форсированного) развития первичного комплекса свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды;
- фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с краткосрочными дивидендами конкурирующего сценария потребления ПАВ;
- фаза нейтрализации деструктивных сценариев употребления ПАВ, с полной или частичной редукцией мотивов к реализации данных сценариев;
- фаза реализации позитивного (идентификационного) жизненного сценария при конструктивном типе взаимодействия с агрессивной средой (адекватная психологическая защита, ассертивные способы реагирования).

Результаты данных исследований явились основанием для разработки новых эффективных техно-

логий первичной профилактики вовлечения в химическую и психологическую зависимость, а также – технологий медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

1.3.2.2. В следующей серии клинических и клинико-психологических исследований (Лаврентьев О. В., 2007; Кусаинов А. А., 2008; Байкенов Е. Б., 2008) были выявлены специфические негативные психопатологические расстройства в эмоциональной, волевой, интеллектуальной и мотивационной сферах, возникающие в результате хронической интоксикации ПАВ. В частности, было показано, что наличие специфического симптомокомплекса негативных расстройств у зависимых от ПАВ препятствует:

- процессу формирования личностной зрелости, связанного с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта;
- процессу формирования конструктивного жизненного сценария, связанного с возможностью долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития психологических ресурсов, возможностью формирования адекватной жизненной позиции в отношении достижения желаемых целей;
- процессу формирования устойчивой мотивации (как основной характеристики устойчивых ресурсных состояний) к достижению долгосрочных целей, связанных с реализацией конструктивных жизненных сценариев;
- процессу формирования адекватных представлений о характере и особенностях болезненных проявлений химической зависимости, об адекватных действиях – программах перехода – из состояния болезни (зависимости) в состояние здоровья (устойчивости к повторному вовлечению в зависимость).

Таким образом, было показано, что при формировании химической зависимости имеет место крайне неблагоприятное сочетание изначального дефицита определенных свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды, и привносимых негативных психопатологических расстройств, поражающих те же, наиболее уязвимые, интегративные функции развивающейся психики.

Далее, было установлено, что изначальный дефицит и привносимая деформация в мотивационную сферу зависимых от ПАВ, в сочетании с заведомо неприемлемыми условиями оказания наркологической помощи (необходимость адресного учета, избирательное поражение в гражданских правах в связи с наркологическим диагнозом, формирование социальной стигмы и др.), создают крайне неблагоприятную комбинацию базисных мотивов в отношении прохождения полноценных курсов лечения и реабилитации у зависимых от ПАВ, и резко снижают возможности охвата реальной

популяции зависимых от ПАВ какими-либо наркологическими услугами.

Таким образом были идентифицированы наиболее актуальные мишени программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ – изначальный и привносимый дефицит свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимости от ПАВ; мотивационная сфера зависимых от ПАВ.

Результаты вышеприведенных исследований явились основанием для разработки новых технологий наркологического консультирования и мотивационной терапии на этапах оказания наркологической помощи, новых развивающих технологий, используемых в программах амбулаторной и стационарной МСР зависимых от ПАВ.

Все вышесказанное послужило основой для формирования оригинальной концепции и модели реабилитации - неоабилитации зависимых от ПАВ, основанной не только на идеи восстановления утраченных в результате болезни свойств, но и на необходимости форсированного развития новых качеств, дефицит которых и является основной причиной повторного вовлечения в химическую зависимость.

1.3.2.3. На основании следующей серии исследовательских работ и масштабных организационных экспериментов (Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р., 2003; Алтынбеков С. А., Катков А. Л., 2006; Россинский Ю. А., 2005; Василенко И. В., 2007) была обоснована современная 4-х секторная и 5-и этапная модель наркологической помощи с потенциалом эффективного решения трех ключевых проблем: действенной первичной профилактики вовлечения в зависимость от ПАВ; полноценного охвата популяции зависимых от ПАВ приемлемыми формами наркологической помощи, эффективного лечения и реабилитации с формированием длительных и устойчивых ремиссий у зависимых от ПАВ.

При этом было показано, что полноценное прохождение этапа первичной наркологической помощи пациентами с наиболее тяжелыми формами наркотической зависимости увеличивает количество ремиссий, длительностью от 1 года и выше на 10-12%. В другой серии исследований было показано, что полноценное участие пациентов с наркотической зависимостью в мероприятиях этапа противорецидивной и поддерживающей терапии способствует увеличению количества ремиссий от 1 года и выше на 7-10%.

Таким образом, при сравнительно небольших экономических затратах на организацию этапов первичной наркологической помощи, противорецидивной и поддерживающей терапии были получены существенные клинические и социальные результаты.

В период 2008-2009 г.г. была завершена разработка концепции и организационной модели комп-

лексной системы менеджмента качества (КСМК) наркологической помощи (НП). Данная модель управления качеством предполагает наличие разработанного документа - стандарта организации наркологической помощи - в качестве одного из основных инструментов реализации концепции КСМК.

Таким образом, вышеизложенные результаты научных исследований и организационных экспериментов явились аргументами для обоснования 4-х секторной и 5-этапной модели наркологической помощи в качестве стандарта организации системы наркологической помощи в Республике Казахстан.

2. Стандартные требования к организации наркологической помощи в Республике Казахстан (стандарт макроструктуры)

2.1. Область применения стандарта макроструктуры наркологической помощи в Республике Казахстан:

- социальный сектор РК;
- система здравоохранения Республики Казахстан (сфера оказания медицинских услуг наркологического профиля);
- система пенитенциарных учреждений Министерства Юстиции Республики Казахстан (сфера оказания медицинских услуг наркологического профиля);
- сектор неправительственных организаций (НПО), фондов, и других некоммерческих образований, специализирующихся в области помощи зависимым от ПАВ и профилактики ВИЧ среди ПИН (сфера оказания услуг наркологического профиля).

2.2. Определение целей и задач стандарта макроструктуры наркологической помощи

2.2.1. Основной целью стандарта макроструктуры НП является:

- обеспечение соответствия главных элементов макроструктуры НП (видов, этапов) потребностям основных целевых групп, а также научно обоснованным требованиям по достижению планируемых показателей клинической, социальной и экономической эффективности в деятельности наркологической службы.

2.2.2. Основными задачами стандарта макроструктуры НП являются:

- обозначение функциональных целей и задач системы наркологической помощи;
- обозначение специфики главных элементов макроструктуры НП первого уровня - видов НП, включая специфические цели и задачи по каждому виду НП;
- обозначение специфики главных элементов макроструктуры НП второго уровня - этапов НП, соответствующих каждому выделяемому виду НП;

- обозначение специфики целевых групп по каждому выделяемому виду НП;

- обозначение перечня дополнительных нормативных документов, регламентирующих макроструктуру НП в РК;

- обозначение ведомственных и межведомственных ресурсов, за счет которых реализуются соответствующие виды НП.

2.3. Обозначение функциональных целей и задач системы наркологической помощи РК

2.3.1. Основные цели системы наркологической помощи:

- эффективное блокирование и обратное развитие тенденций распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа среди населения РК;

- полноценное лечение и реабилитация зависимых от ПАВ с достижением длительных и устойчивых ремиссий.

2.3.2. Основные задачи системы наркологической помощи:

2.3.2.1. Обеспечение соответствия условий оказания наркологической помощи (по характеристикам безопасности, доступности, ассортимента, объема и качества предоставляемых услуг) ожиданиям и запросам основных групп потребителей профильной помощи;

2.3.2.2. Эффективная первичная профилактика вовлечения в зависимости от ПАВ среди детей, подростков, молодежи (включая диагностику группы повышенного риска и эффективную коррекцию высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ);

2.3.2.3. Масштабная диагностика первых признаков и развернутых клинических проявлений зависимости от ПАВ среди различных групп населения РК, с мотивацией на участие в соответствующих программах наркологической помощи;

2.3.2.4. Достижение полноценного охвата злоупотребляющих и зависимых от ПАВ программами первичной наркологической помощи, с мотивацией на прохождение полноценной амбулаторной и стационарной медико-социальной реабилитации;

2.3.2.5. Эффективное лечение и реабилитация зависимых от ПАВ в амбулаторных и стационарных условиях, с достижением длительных и устойчивых ремиссий и мотивацией на противорецидивную и поддерживающую терапию;

2.3.2.6. Эффективная профилактика рецидивов употребления ПАВ среди лиц, находящихся в состоянии ремиссии, на завершающем этапе наркологической помощи – противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.3.2.7. Эффективная профилактика наиболее тяжелых осложнений и последствий систематического употребления ПАВ – медицинских (развития коморбидной патологии, включая ВИЧ; преждевременной инвалидизации, смертности), а также –

социальных (асоциальных форм поведения; криминальной активности; агрессии, аутоагресии).

2.4. Основные базисные элементы стандарта макроструктуры наркологической помощи

Главными базисными элементами стандарта макроструктуры НП является определение видов НП по основным секторам ее оказания (базисные элементы 1-го уровня). А также определение основных этапов НП в соответствие со спецификой каждого выделяемого вида (базисные элементы 2-го уровня).

2.4.1. Базисный элемент 1-го уровня: сектор (вид) добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК (государственная и частная)

2.4.1.1. Цели сектора (вида) добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК:

- блокирование и обратное развитие тенденций распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа среди населения РК;

- полноценное лечение и реабилитация зависимых от ПАВ, мотивированных на получение добровольной наркологической помощи в государственных и частных наркологических организациях, подведомственных МЗ РК.

2.4.1.2. Задачи сектора (вида) добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК

2.4.1.2.1. Обеспечение соответствия условий оказания добровольной наркологической помощи в системе МЗ РК (по характеристикам безопасности, доступности, ассортимента, объема и качества предоставляемых услуг) ожиданиям и запросам групп потребителей, мотивированных на получение добровольной наркологической помощи в подведомственных организациях МЗ РК;

2.4.1.2.2. Широкомасштабная профилактика вовлечения в зависимость от ПАВ в организованных группах населения (учащаяся молодежь), с использованием современных диагностических и коррекционных технологий по формированию групп повышенного риска и работы с ними;

2.4.1.2.3. Активное выявление признаков злоупотребления и вовлечения в зависимость от ПАВ среди различных групп населения и мотивация на добровольное участие в лечебно-реабилитационных программах, реализуемых в секторе МЗ РК;

2.4.1.2.4. Достижение полноценного охвата злоупотребляющих и зависимых от ПАВ программами первичной наркологической помощи, реализуемыми в секторе МЗ РК, с мотивацией на добровольное прохождение амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации;

2.4.1.2.5. Эффективное амбулаторное лечения и реабилитация зависимых от ПАВ на добровольной

основе в наркологических учреждениях МЗ РК, с достижением длительных и устойчивых ремиссий, и мотивацией на прохождение курсов противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.4.1.2.6. Эффективное стационарное лечение и реабилитация зависимых от ПАВ на добровольной основе в наркологических учреждениях МЗ РК, с достижением длительных и устойчивых ремиссий, и мотивацией на прохождение курсов противорецидивной и поддерживающей терапии;

2.4.1.2.7. Эффективная профилактика срывов и рецидивов употребления ПАВ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК;

2.4.1.2.8. Профилактика наиболее тяжелых осложнений и последствий систематического употребления ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи системы МЗ РК - медицинских (присоединение коморбидной патологии, включая ВИЧ; преждевременной инвалидизации, смертности), а также – социальных (криминальная активность, асоциальное поведение и др.).

2.4.1.3. Структура и последовательность этапов оказания добровольной наркологической помощи в секторе МЗ РК (базисные элементы 2-го уровня)

2.4.1.3.1. Этап первично-профилактической наркологической помощи (ориентирован на выполнение специфических задач 2.4.1.2.2., 2.4.1.2.3. и общих задач 2.4.1.2.1.);

2.4.1.3.2. Этап первичной наркологической помощи (ориентирован на выполнение специфических задач 2.4.1.2.3., 2.4.1.2.4. и общих задач 2.4.1.2.1., 2.4.1.2.8.);

2.4.1.3.3. Этап амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (ориентирован на выполнение специфической задачи 2.4.1.2.5. и общих задач 2.4.1.2.1., 2.4.1.2.8.);

2.4.1.3.4. Этап стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (ориентирован на выполнение специфической задачи 2.4.1.2.6. и общих задач 2.4.1.2.1., 2.4.1.2.8.);

2.4.1.3.5. Этап противорецидивной и поддерживающей терапии (ориентирован на выполнение специфической задачи 2.4.1.2.7. и общих задач 2.4.1.2.1., 2.4.1.2.8.).

2.4.2. Базисный элемент 1-го уровня: сектор (вид) недобровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК

2.4.2.1. Цели сектора (вида) недобровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК:

- лечение и реабилитация зависимых от ПАВ с негативными установками в отношении добровольного лечения, склонностью к асоциальному поведению и криминальным действиям.

2.4.2.2. Задачи сектора (вида) недобровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК

2.4.2.2.1. Мотивация соответствующего контингента зависимых от ПАВ на прохождение полноценных курсов стационарного лечения и реабилитации в условиях специализированного наркологического учреждения, либо специализированного стационарного наркологического отделения в структуре наркологического диспансера;

2.4.2.2.2. Лечение и реабилитация соответствующего контингента зависимых от ПАВ в специализированных лечебных учреждениях и наркологических отделениях системы МЗ РК, с достижением ремиссии и мотивацией на прохождение противорецидивной и поддерживающей терапии на добровольной основе;

2.4.2.2.3. Профилактика асоциального поведения и криминальной активности зависимых от ПАВ на период осуществления принудительного лечения.

2.4.2.3. Структура этапов оказания недобровольной наркологической помощи в секторе МЗ РК (базисные элементы 2-го уровня)

2.4.2.3.1. Этап стационарного лечения и реабилитации контингента зависимых от ПАВ, направляемых на принудительное лечение в соответствие с решением судебных органов (ориентирован на выполнение специфических задач 2.4.2.2.1., 2.4.2.2.2., 2.4.2.2.3.).

2.4.3. Базисный элемент 1-го уровня: сектор (вид) наркологической помощи (недобровольной и добровольной), оказываемой в пенитенциарных учреждениях Министерства Юстиции РК

2.4.3.1. Цели сектора (вида) наркологической помощи, оказываемой в пенитенциарных учреждениях МЮ РК:

- лечение и реабилитация зависимых от ПАВ, отбывающих сроки лишения свободы и направленных на принудительное лечение по определению суда;

- лечение и реабилитация зависимых от ПАВ, отбывающих сроки лишения свободы и мотивированных на получение наркологической помощи.

2.4.3.2. Задачи сектора (вида) наркологической помощи, оказываемой в пенитенциарных учреждениях МЮ РК

2.4.3.2.1. Обеспечение соответствия условий оказания наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях МЮ РК установленным критериям эффективности для данного сектора (вида) наркологической помощи;

2.4.3.2.2. Активное выявление среди контингента пенитенциарных учреждений лиц с признаками зависимости от ПАВ, и мотивация на участие в

лечебно-реабилитационных программах, реализуемых в системе наркологической помощи МЮ РК;

2.4.3.2.3. Достижение полноценного охвата злоупотребляющих и зависимых от ПАВ – контингента пенитенциарных учреждений – программами первичной наркологической помощи, реализуемыми в секторе МЮ РК, с мотивацией на прохождение курсов амбулаторного, стационарного лечения и реабилитации;

2.4.3.2.4. Эффективное лечение и реабилитация контингента зависимых от ПАВ пенитенциарных учреждений, направленных на прохождение принудительного лечения по определению суда;

2.4.3.2.5. Эффективное лечение и реабилитация выявленного в пенитенциарных учреждениях контингента зависимых от ПАВ, мотивированных на прохождение полноценных лечебных курсов;

2.4.3.2.6. Эффективная профилактика рецидивов употребления ПАВ среди контингента зависимых от ПАВ, отбывающих сроки лишения свободы в пенитенциарных учреждениях и находящихся в состоянии ремиссии;

2.4.3.2.7. Эффективная профилактика осложнений и последствий употребления ПАВ среди контингента пенитенциарных учреждений МЮ РК.

2.4.3.3. Структура и последовательность этапов оказания наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях МЮ РК (базисные элементы 2-го уровня)

2.4.3.3.1. Этап первичной наркологической помощи (ориентирован на выполнение специфических задач 2.4.3.2.2., 2.4.3.2.3. и общих задач 2.4.3.2.1., 2.4.3.2.7.);

2.4.3.3.2. Этап амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (ориентирован на выполнение специфических задач 2.4.3.2.4., 2.4.3.2.5. и общих задач 2.4.3.2.1., 2.4.3.2.7.);

2.4.3.3.3. Этап стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ (ориентированы на выполнение специфических задач 2.4.3.2.4., 2.4.3.2.5. и общих задач 2.4.3.2.1., 2.4.3.2.7.);

2.4.3.3.4. Этап противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ (ориентирован на выполнение специфической задачи 2.4.3.2.6. и общих задач 2.4.3.2.1., 2.4.3.2.7.).

2.4.4. Базисный элемент 1-го уровня: сектор (вид) наркологической помощи, оказываемой немедицинскими учреждениями (НПО, общественными организациями, объединениями и другими неправительственными и некоммерческими организациями)

2.4.4.1. Цели сектора (вида) наркологической помощи, оказываемой немедицинскими учреждениями (НПО и другими общественными организациями и фондами):

- профилактика распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ среди населения РК;
- оказание первичной наркологической помощи лицам с признаками зависимости от ПАВ и негативным отношением к официальным наркологическим организациям.

2.4.4.2. Задачи сектора (вида) наркологической помощи, оказываемой немедицинскими учреждениями (НПО и другими общественными организациями и фондами)

2.4.4.2.1. Обеспечение соответствия условий оказания наркологической помощи в рассматриваемом секторе (по характеристикам безопасности, доступности, ассортимента, объема и качества предоставляемых услуг) ожиданиям и запросам зависимых от ПАВ, с отрицательным отношением к официально действующим наркологическим организациям;

2.4.4.2.2. Профилактика вовлечения в зависимость от ПАВ в различных группах населения с использованием общедоступных информационных технологий;

2.4.4.2.3. Выявление лиц, злоупотребляющих и вовлеченных в зависимость от ПАВ, и мотивация на участие в программах первичной наркологической помощи;

2.4.4.2.4. Реализация программ первичной наркологической помощи в отношении лиц с признаками зависимости от ПАВ и негативным отношением к официально действующим наркологическим организациям;

2.4.4.2.5. Профилактика наиболее тяжелых осложнений и последствий употребления ПАВ среди лиц с негативной установкой в отношении полноценного лечения и реабилитации в официальных наркологических организациях.

2.4.4.3. Структура и последовательность этапов оказания наркологической помощи в секторе немедицинских учреждений

2.4.4.3.1. Этап первично-профилактической наркологической помощи (ориентированы на выполнение специфических задач 2.4.4.2.2., 2.4.4.2.3.);

2.4.4.3.2. Этап первичной наркологической помощи (ориентированы на выполнение специфических задач 2.4.4.2.3., 2.4.4.2.4. и общих задач 2.4.4.2.1., 2.4.4.2.5.).

2.5. Определение целевых групп, объектов и субъектов, вовлекаемых в поле функциональной активности стандарта макроструктуры наркологической помощи

В настоящем разделе спецификация целевых групп приводится в соответствии с дифференцируемыми видами НП.

2.5.1. Спецификация целевых групп по сектору добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК (государственная и частная):

- население РК;
- группы повышенного риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ;
- группы с начальными формами химической зависимости, дифференцированные по нозологическим и возрастным критериям;
- группы с развернутыми клиническими проявлениями зависимости от ПАВ, дифференцированные по нозологическим, возрастным критериям, а также по специфике коморбидной патологии (ВИЧ, туберкулез, тяжелые соматические заболевания);
- группы зависимых от ПАВ, находящиеся в состоянии неустойчивой ремиссии;
- группы зависимых от ПАВ, находящиеся в состоянии стойкой и длительной (свыше 1 года) ремиссии;
- группа созависимых (родных и близких зависимых от ПАВ, вовлекаемых в сферу патологических отношений с потребителями ПАВ);
- профессиональная группа сотрудников ЛПО наркологического профиля;
- профессиональная группа сотрудников учреждений образования (кафедр, учебных центров и др.) наркологического профиля;
- профессиональная группа сотрудников научных учреждений наркологического профиля;
- профессиональные группы сотрудников организаций с функциями внешних партнеров (организации системы здравоохранения, образования, МВД и других силовых ведомств, СМИ);
- физические и юридические лица, учреждения и организации, взаимодействующие по профилю материально-технического, финансово-экономического и иного ресурсного обеспечения деятельности рассматриваемого сектора наркологической помощи.

2.5.2. Специфика целевых групп по сектору недобровольной наркологической помощи в системе МЗ РК:

- группа зависимых от ПАВ, направленных по решению суда для прохождения принудительного лечения в специализированных лечебно-профилактических учреждениях (СЛПУ) системы МЗ РК;
- группа созависимых (родных и близких пациентов СЛПУ);
- профессиональная группа сотрудников СЛПУ наркологического профиля;
- профессиональная группа сотрудников учреждений образования (кафедр, учебных центров и других) наркологического профиля;
- профессиональная группа сотрудников научных учреждений наркологического профиля;
- профессиональные группы сотрудников организаций с функциями внешних партнеров (система МЗ, система МВД, система МЮ);

- физические и юридические лица, учреждения и организации, взаимодействующие по профилю материально-технического, финансово-экономического и иного ресурсного обеспечения деятельности рассматриваемого сектора наркологической помощи.

2.5.3. Специфика целевых групп по сектору наркологической помощи (недобровольной и добровольной), оказываемой в системе пенитенциарных учреждений Министерства Юстиции РК:

- группа зависимых от ПАВ, отбывающих сроки наказания, в отношении которых вынесено решение суда о принудительном лечении в местах лишения свободы;

- группа зависимых от ПАВ, отбывающих сроки лишения свободы, мотивированных на получение наркологической помощи;

- профессиональная группа специалистов наркологического профиля, работающих в медицинских частях пенитенциарных учреждений;

- профессиональная группа сотрудников учреждений образования (кафедр, учебных центров и др.) наркологического профиля;

- профессиональная группа сотрудников научных учреждений наркологического профиля;

- профессиональная группа сотрудников организаций с функциями внешних партнеров (системы МЗ, системы МВД, системы МЮ);

- физические и юридические лица, учреждения и организации, взаимодействующие по профилю материально-технического, финансово-экономического и иного ресурсного обеспечения деятельности рассматриваемого сектора наркологической помощи.

2.5.4. Специфика целевых групп по сектору наркологической помощи, оказываемой немедицинскими учреждениями (НПО, общественными фондами и другими неправительственными и некоммерческими организациями):

- население РК;

- группы повышенного риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ и сопутствующего ВИЧ;

- группа зависимых от ПАВ, ориентированных на участие в программах снижения вреда от употребления наркотиков;

- группа зависимых от ПАВ- потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), ориентированных на участие в программах снижения вреда от употребления наркотиков;

- группа зависимых от алкоголя, ориентированных на участие в программах АА (анонимных алкоголиков), а также в иных реабилитационных программах, реализуемых НПО, общественными фондами и организациями;

- группа зависимых от наркотиков, ориентированных на участие в программах АН (анонимных

наркоманов), а также в иных реабилитационных программах, реализуемых общественными фондами и организациями;

- группа созависимых;

- группа сотрудников НПО, общественных фондов, организаций наркологического профиля;

- группа сотрудников ресурсных и образовательных центров, осуществляющих подготовку персонала профильных НПО, общественных объединений и центров;

- группа специалистов - консультантов международных и национальных проектов, в рамках которых действуют профильные НПО, общественные объединения, фонды, ресурсные центры по подготовке персонала неправительственных и некоммерческих организаций;

- профессиональные группы сотрудников организаций с функциями внешних партнеров (организации здравоохранения, образования, СМИ, МВД и других силовых ведомств, юридические организации, организации социального обеспечения);

- юридические и физические лица, учреждения и организации, взаимодействующие по профилю материально-технического, финансово-экономического и иного ресурсного обеспечения деятельности рассматриваемого сектора наркологической помощи.

2.6. Перечень дополнительных документов, регламентирующих макроструктуру НП в РК

2.6.1. Перечень дополнительных нормативных документов, регламентирующих макроструктуру сектора добровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК (государственной и частной):

- Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК на период 2000-2005 годы (утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 16 мая 2000 года № 394);

- Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК на период 2006-2014 годы (утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1678);

- Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 г.г. (утверждена постановлением Правительства РК от 8 апреля 2009 г.);

- Закон Республики Казахстан «О медико-социальной реабилитации больных наркоманией» от 27.05.2002 г. № 325-11;

- Приказ Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан от 2.03.2001 г. № 203 «Об утверждении Положения о Центре медико-социальной реабилитации больных наркоманией»;

- Приказ Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан от 2.03.2001 г. № 207 «Об от-

крытии центров медико-социальной реабилитации наркозависимых в РК»;

- Приказ Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан от 17.09.2001 г. № 846 «О создании стационарных отделений для лечения и реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками»;

- Приказ МЗ РК от 9.07.2002 г. № 626 «О реализации Закона РК «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией»;

- Приказ МЗ РК от 18.08.2004 г. № 637 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях)»;

- Приказ МЗ РК от 26.10.2004 г. № 764 «Об утверждении типовой структуры и штатных нормативов наркологических организаций»;

- Приказ МЗ РК от 17.09.2007 г. № 559 «Об организации кластера в системе наркологических помощи Республики Казахстан»;

- Закон РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (*законопроект находится на рассмотрении в Правительстве РК*);

- Приказ МЗ РК «О реализации Закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (*в настоящее время на стадии разработки в РНПЦ МСПН*).

2.6.2. Перечень дополнительных нормативных документов регламентирующих макроструктуру сектора недобровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК:

- Указ президента РК от 07.04.1995 г. «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»;

- Постановление Кабинета Министерства РК от 19.04.1995 г. № 514 «Вопросы принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения и их медико-социальной реабилитации»;

- Приказ МЗ РК № 323 от 28 июля 1995 года «О мерах по обеспечению принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, уклоняющихся от добровольного лечения» (*текст настоящего приказа нуждается в переработке и приведении в соответствие с основными позициями настоящего документа, а также - законопроекта «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»*);

- Приказ МЗ РК от 20.06.1996 г. дополнение к Приказу МЗ РК от 28.07.1995 г. «О мерах по обеспечению принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие

употребления психоактивных веществ, уклоняющихся от добровольного лечения»;

- Закон РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (*законопроект находится на рассмотрении в Правительстве РК*);

- Приказ МЗ РК «О реализации Закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (*в настоящее время на стадии разработки в РНПЦ МСПН*).

2.6.3. Перечень дополнительных нормативных документов, регламентирующих макроструктуру сектора наркологической помощи (недобровольной и добровольной), оказываемой в пенитенциарных учреждениях Министерства Юстиции РК:

- Совместный приказ Министерства юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 г. № 145 Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 г. № 405 «Об утверждении нормативно-правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан» (Приложение № 3, раздел «Организация лечебно-профилактических мероприятий в отношении лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией (токсикоманией)»);

- Закон РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (*законопроект находится на рассмотрении в Правительстве РК*);

- совместный приказ МЮ и МЗ РК «О реализации Закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (*в настоящее время на стадии разработки в РНПЦ МСПН*).

2.6.4. Перечень дополнительных нормативных документов, регламентирующих макроструктуру сектора наркологической помощи, оказываемой немедицинскими учреждениями:

- Закон Республики Казахстан «О профилактике заболеваний СПИД» от 5 октября 1994 г.;

- Постановление Правительства РК от 15 декабря 2006 г. № 1216 «Об утверждении Программ по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан на 2006-2010 г.г.»;

- Приказ МЗ РК № 445 от 23 февраля 1994 г. «О мерах по реализации Закона «О профилактике заболеваний СПИД»;

- Приказ МЗ РК № 228 от 9 марта 2004 г. «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков»;

- Закон РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (*законопроект находится на рассмотрении в Правительстве РК*);

- Приказ МЗ РК «О совместной деятельности СПИД-центров, наркологических ЛПО и профиль-

ных НПО на этапе первичной наркологической помощи» (проект приказа с соответствующими приложениями в настоящее время разрабатывается РНПЦ МСПН).

2.7. Ведомственные и межведомственные ресурсы, за счет которых реализуются основные виды НП

2.7.1. Ведомственные, межведомственные и иные ресурсы, за счет которых функционирует сектор добровольной наркологической помощи, оказываемый в системе МЗ РК:

- средства государственного бюджета, выделяемые на оказание наркологической помощи;
- личные средства граждан (оплата сверхнормативных услуг в государственном секторе и полной стоимости наркологических услуг в частном секторе);
- иные средства, не запрещенные законодательством РК.

2.7.2. Ведомственные, межведомственные и иные ресурсы, за счет которых функционирует сектор недобровольной наркологической помощи, оказываемой в системе МЗ РК:

- средства государственного бюджета, выделяемые на оказание наркологической помощи;
- иные средства, не запрещенные законодательством.

2.7.3. Ведомственные, межведомственные и иные ресурсы, за счет которых функционирует сектор наркологической помощи (недобровольной и добровольной), оказываемой в пенитенциарной системе Министерства Юстиции РК:

- средства государственного бюджета, выделяемые на оказание наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях МЮ РК;
- средства международных и национальных грантов, выделяемых на реализацию программ первичной наркологической помощи и профилактику ВИЧ в тюрьмах;
- иные средства, не запрещенные законодательством РК.

2.7.4. Ведомственные, межведомственные и иные ресурсы, за счет которых функционирует сектор наркологической помощи, оказываемой немедицинскими учреждениями:

- средства государственного бюджета, выделяемые на реализацию этапа первичной наркологической помощи, в том числе средства, выделяемые на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа;
- средства международных и национальных грантов, выделяемые на профилактику распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа;
- иные средства, не запрещенные законодательством РК.

Заключение

Представленный в настоящей публикации стандарт макроструктуры наркологической помо-

щи РК существенно отличается от действующей организационной схемы по следующим главным признакам:

1. Основным системообразующим фактором, обуславливающим дифференциацию системы наркологической помощи на соответствующие виды и этапы (основные элементы макроструктуры) в обновленном организационном стандарте, является фактор качества (понимаемый как: степень соответствия характеристик ассортимента, объема и технологического уровня оказываемой помощи нуждам и запросам основных групп потребителей – населения в целом, групп повышенного риска, злоупотребляющих и зависимых от ПАВ, созависимых; степень соответствия основных организационных характеристик действующей системы наркологической помощи научно-обоснованным требованиям по достижению планируемых показателей клинической, социальной и экономической эффективности). В то время как действующие схемы выстраивания наркологической службы базируются на стереотипных представлениях о принципах организации специализированной помощи, заимствованных из других сфер медицинской деятельности – психиатрии, терапии, эпидемиологии, не учитывающих сложную динамику процессов вовлечения в зависимость от психоактивных веществ и освобождения от химической зависимости.

2. Основной акцент в обновленном стандарте макроструктуры наркологической помощи, в связи со всем сказанным, делается на необходимость охвата приемлемыми и эффективными формами профильной помощи контингента, ранее выпадавшего из сферы активного внимания наркологических служб – групп повышенного риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ; контингента злоупотребляющих и зависимых от ПАВ, немотивированных или с явным негативным отношением к существующему наркологическому сервису; контингента, направляемого на принудительное лечение по мотивам криминальных действий, асоциального поведения и отказа от добровольного лечения. Отсюда следует необходимость дифференциации таких самостоятельных видов наркологической помощи как: наркологическая помощь, оказываемая немедицинскими учреждениями (НПО, другими неправительственными организациями и фондами); недобровольная наркологическая помощь, оказываемая в системе МЗ РК; наркологическая помощь, оказываемая в пенитенциарных учреждениях. А также – необходимость организации таких этапов профильной помощи, как этап первично-профилактической наркологической помощи с задачами научно-обоснованной диагностики и эффективной коррекции высоких рисков вовлечения в зависимость от ПАВ среди детей, подростков, молодежи; этап первичной наркологической помощи, с задачами полноценного охвата злоп-

употребляющих и зависимых от ПАВ приемлемыми формами наркологического сервиса.

Предполагается, что за счет активности этих, по новому организованных сегментов системы наркологической помощи будет решена важнейшая задача по блокированию процессов распространения зависимости от ПАВ среди населения РК, и сопутствующего ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков.

3. Существенной особенностью обновленного стандарта макроструктуры наркологической помощи является акцент на необходимость сохранения и развития результатов, достигаемых за счет реализации этапов амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ. Отсюда выводится необходимость организации такого самостоятельного этапа наркологической помощи, как этап противорецидивной и поддерживающей терапии с такими обязательными атрибутами как разработка клинических протоколов эффективной противорецидивной и поддерживающей терапии по основным нозологическим и возрастным спецификами, адекватное ресурсное (кадровое, материально-техническое, финансово-экономическое) обеспечение данного процесса.

Литература:

1. Алтынбеков С. А., Катков А. Л. *Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан*. – Павлодар, 2006. – 302 с.
2. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р. *Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за Рубежом*. - Астана, 2003.
3. Байкенов Е. Б. *Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 54-56.
4. Байкенов Е. Б. *Применение способа диагностики волевых расстройств в исследовании мотивационной сферы зависимых от психоактивных веществ (ПАВ)* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 4. – С. 36-38.
5. Василенко И. В. *Третичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты)* // Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2007.
6. Катков А. Л. *Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.
7. Катков А. Л. *Основные направления научных исследований по наркологии в Республике Казахстан (2003-2005 г.г.)* // *Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения / Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая 2003 г.)*. – Томск, 2003. – С. 117-119.
8. Кусаинов А. А. *Дифференцированные подходы к лечению в программе MCP* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 66-70.
9. Лаврентьев О. В. *Подготовка работников пенитенциарной системы по вопросам профилактики ВИЧ* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 52-54.
10. Марашева А. А. *Особенности формирования свойств антитабаковой устойчивости у детей младшего школьного возраста* // Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2006. – 152 с.
11. Нургазина А. З. *Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ* // Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2006. – 201 с.
12. Пак Т. В. *Особенности групповой психотерапии больных наркоманией* // Дисс. канд. наук. – Алматы, 2004. – 227 с.
13. Россинский Ю. А. *Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты)* // Дисс. докт. мед. наук. – Павлодар - Томск, 2005. – 533 с.

4. Предстоящая реструктуризация системы наркологической помощи в РК будет связана с существенным возрастанием роли диспансерного наркологического отделения в организации важнейших этапов наркологической помощи: этапа первично-профилактической наркологической помощи; этапа первичной наркологической помощи; этапа амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ; этапа противорецидивной и поддерживающей терапии. Кроме того, необходимо учитывать вероятность существенного повышения объемов экспертной деятельности (наркологическое освидетельствование, экспертиза алкогольного и наркотического опьянения, судебно-наркологическая экспертиза), реализуемых в данном структурном подразделении.

Таким образом, в современной системе наркологической помощи диспансерное отделение, по степени нагрузки по обеспечению качества оказываемой профильной помощи и ответственности за достижение конечного результата, будет занимать центральное место. Что следует учитывать при адекватном перераспределении кадровых, материально-технических и финансово-экономических ресурсов.

РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В. В. Макаров, А. Л. Катков

Москва – Павлодар

Введение

Настоящая публикация подготовлена на материалах совместного проекта Профессиональной Психотерапевтической Лиги (Российская Федерация) и Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркоманий (Республика Казахстан) по определению роли и места психотерапии, диапазона эффективности психотерапевтических технологий на различных этапах оказания наркологической помощи.

Данный исследовательский проект выполнялся в течение 6 последних лет на базе РНПЦ МСПН (Казахстан) при участии сотрудников кафедры психотерапии РАПО. По материалам данного проекта были защищены 3 кандидатские и 1 докторская диссертации в г.г. Санкт-Петербург, Томске, Алматы.

При этом изучались: 1) область и диапазон применения психотерапии в наркологической практике, в частности – на этапах оказания наркологической помощи; 2) специфика универсальных задач психотерапии в соответствие с основными видами и этапами оказания наркологической помощи; 3) границы эффективности психотерапевтических технологий, используемых в работе с основными мишенями в программах МСР; 4) границы эффективности психотерапевтических технологий (модальностей) в работе с типичными проблемами, предъявляемыми зависимыми от ПАВ; 5) вопросы эффективной подготовки профессиональных психотерапевтов, действующих в системе наркологической помощи.

Параллельно, разрабатывалась общая и частная методология оценки эффективности использования психотерапевтических технологий в наркологической практике.

В результате, оказалось возможным не только оценить спектр использования психотерапевтических технологий в практике лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, но и обозначить основной вектор развития психотерапии в рассматриваемой сфере.

В следующих разделах статьи каждый их выше-приведенных аспектов совместного исследовательского проекта рассматривается более подробно.

1. Результаты реализации совместного проекта (ретроспективные исследования)

1.1. Проведенное нами исследование, с охватом 1450 зарегистрированных случаев использования психотерапии для лечения зависимых от ПАВ, показало, что психотерапевтические технологии в наркологической практике используются:

- как единственный метод терапии;

- в сочетании с приемом фармацевтических препаратов различного спектра действия;

- в сочетании (или сразу после завершения соответствующего курса) с детоксикационными методами лечения острой, либо хронической интоксикации ПАВ;

- в сочетании с другими развивающими (тренинги, консультирование) технологиями;

- в комплексе лечебных, корректирующих и развивающих технологий, представляющих программы амбулаторной и стационарной реабилитации зависимых от ПАВ.

1.2. При исследовании ретроспективных (обращенных в прошлое) подходов использования психотерапевтических технологий в наркологической практике было установлено следующее.

- психотерапия использовалась на всех дифференцируемых этапах наркологической помощи; в основном на этапе амбулаторного лечения и в меньшей степени на этапе стационарного лечения и реабилитации; данная ситуация связана с очевидным «креном» в использовании аверсивных, стресс-шоковых методик психотерапии алкоголизма и других форм зависимости от ПАВ в амбулаторных условиях;

- наиболее распространенными показателями использования психотерапии для лечения наркологических больных являлось наличие патологического влечения к употреблению ПАВ, как основного проявления синдрома зависимости; значительно реже психотерапия назначалась в связи с необходимостью коррекции неадаптивных поведенческих стереотипов, межличностных и внутрисемейных отношений, либо по другим поводам и обстоятельствам;

- таким образом, в качестве основной мишени психотерапии, чаще всего выступало патологическое вление к ПАВ; существенно реже – патологический личностный статус зависимых от ПАВ; такие мишины как: деформированная мотивационная сфера; патологический соматический статус; патологический социальный статус; нео-абилитационный личностный статус зависимых от ПАВ, крайне редко обозначались как сфера целенаправленной психотерапевтической активности в стандартных программах лечения и реабилитации зависимых от ПАВ;

- наиболее часто используемыми методами психотерапии зависимых от ПАВ являлись: а) аверсивная стресс-шоковая терапия; б) плацебо-терапия в сочетании с процедурой кодирования; в) гипнотерапия; г) когнитивно-поведен-

ческая психотерапия; д) групповая психотерапия; е) семейная психотерапия; существенно реже использовались такие методы как: трансактный анализ; телесно-ориентированная психотерапия; нейролингвистическое программирование; логотерапия и экзистенциальная психотерапия; при этом, каких-либо обоснованных аргументов о необходимости использования конкретной психотерапевтической методики не выдвигалось; данное обстоятельство заставляет предполагать, что единственным основанием к назначению того или иного метода психотерапии химически зависимым являлся отработанный технологический репертуар действующих в наркологической сети врачей – психотерапевтов;

- основными способами оценки результатов при проведении психотерапии зависимым от ПАВ являлась регистрация врачом – психотерапевтом динамики психического состояния пациента, с акцентом на темпы редукции заявляемой проблемы (обычно – интенсивности влечения к ПАВ); что, в общем, логично, поскольку патологическое влечение в подавляемом большинстве случаев выступало в качестве основной психотерапевтической мишени; целенаправленная экспериментально-психологическая диагностика, катамнестические исследования, тем более с контролем сопоставимых групп, получавших лечение по другим технологиям, практически не проводились;

- таким образом, появления каких-либо надежных доказательств о степени эффективности использования конкретных психотерапевтических методов на этапах наркологической помощи зависимым от ПАВ, а также – разработанной методологии такого рода оценок – до последнего времени в отечественной наркологической практике не прослеживалось.

1.3. В связи со всем сказанным, еще в недалеком прошлом психотерапия зависимых от ПАВ представлялась как неоформленная, плохо структурированная практика, с размытыми границами применения и отсутствием надежных аргументов к использованию тех или иных психотерапевтических методов

В тоже время, в последние годы предпринимались попытки поиска системных основ психотерапии в наркологии, обоснования специфических психотерапевтических мишеней в данной сфере, разработки методологии оценки эффективности используемых психотерапевтических технологий, и обоснования аргументированных показаний к использованию соответствующих методов психотерапевтического лечения зависимых от ПАВ.

2. Результаты исследования проспективных (направленных в будущее) психотерапевтических подходов

2.1. В ходе реализации совместного проекта, в результате проведения серии масштабных эпиде-

миологических, клинических и экспериментальных исследований нами были идентифицированы основные мишени – точки приложения для реализации технологий лечения и реабилитации зависимых от ПАВ - специфические для психотерапевтических технологий.

В частности, среди перечня психологических свойств, способствующих формированию высокой степени устойчивости к первичному, либо повторному вовлечению в химическую зависимость были, с высокой степенью надежности, идентифицированы следующие свойства:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие конструктивного (идентификационного) жизненного сценария;
- полноценная сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- наличие сформированного внутреннего локуса контроля;
- наличие личностных (психологических) ресурсов, необходимых для реализации конструктивных жизненных сценариев;
- наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

В другой серии клинических экспериментов были выявлены специфические негативные психопатологические расстройства, формирующиеся вследствие хронической интоксикации ПАВ, и проявляющиеся в виде своеобразной деформации эмоциональной, волевой, интеллектуальной и мотивационной сфер психической деятельности зависимых от ПАВ. В частности, было показано, что наличие данного специфического симптомокомплекса негативных расстройств препятствует:

- процессу формирования личностной зрелости, связанного с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта;
- процессу формирования конструктивного жизненного сценария, связанного с возможностью долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития психологических ресурсов, возможностью формирования адекватной жизненной позиции в отношении достижения желаемых целей;
- процессу формирования устойчивой мотивации (как основной характеристики устойчивых ресурсных состояний) к достижению долгосрочных целей, связанных с реализацией конструктивных жизненных сценариев;
- процессу формирования адекватных представлений о характере и особенностях болезненных проявлений химической зависимости, об адекватных действиях – программах перехода – из состояния болезни (зависимости) в состояние здоровья (устойчивости к повторному вовлечению в зависимость).

Таким образом, было показано, что при формировании химической зависимости имеет место крайне неблагоприятное сочетание изначального дефицита психологических свойств, обеспечивающих устойчивость к агрессивным влияниям среды, а также – привносимых негативных психопатологических расстройств, поражающих те же самые интегративные (обеспечивающие потенциал самоорганизации) и наиболее уязвимые функции развивающейся психики.

Данный сложно-организованный дефицит самоорганизующих и адаптивных свойств психики зависимых от ПАВ, не восполняемый какими-либо медикаментозными вмешательствами, – и есть абсолютно специфическая, главная и сквозная мишень для психотерапевтических интервенций, используемых в наркологической практике.

В работе с обозначенной мишенью уникальный потенциал психотерапевтических технологий по достижению значительных результатов в ограниченные временные периоды (в том числе и результатов по сверхбыстрому формированию искомых свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ) является абсолютно востребуемым.

Все прочие мишины, традиционно используемые в наркологической практике – патологические соматический статус; патологическое влечение к ПАВ и другие проявления синдрома зависимости; патологический личностный статус; патологический социальный статус зависимых от ПАВ – являются второстепенными и ассоциированными с теми этапами наркологической помощи, на которых работа с какими-либо из вышеприведенных мишеней наиболее актуальна.

В нашей классификации основных мишеней, используемых в наркологической практике, обозначенный дефицит свойств психологической устойчивости и самоорганизующего потенциала представлен в сквозных мишенях нео-абилитационного личностного статуса зависимых от ПАВ (статуса новых способностей); и особенностей мотивационной сферы зависимых от ПАВ.

В следующей серии контролируемых экспериментов и длительных клинических исследований, исследований в сфере первичной профилактики по профилю зависимости от ПАВ, было доказано, что процесс формирования искомых уровней психологической устойчивости к наркогенному информационному прессингу, первичному или повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, предполагает прохождение следующих универсальных этапов:

- фаза полноценного (эволюционного или форсированного) развития первичного комплекса свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды;
- фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с краткос-

рочными дивидендами конкурирующего сценария потребления ПАВ;

- фаза нейтрализации деструктивных сценариев употребления ПАВ, с полной или частичной редукцией мотивов к реализации данных сценариев;
- фаза реализации позитивного (идентификационного) жизненного сценария при конструктивном типе взаимодействия с агрессивной средой (адекватная психологическая защита, асертивные способы реагирования).

При этом, такого рода последовательность характерна, как для эволюционного (складывающегося в течение жизни) сценария формирования высоких уровней устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, так и для алгоритмов форсированного развития искомых уровней психологической устойчивости. Что, безусловно, может являться основанием для разработки универсальной психотерапевтической стратегии в лечении зависимых от ПАВ. А также – стратегии эффективной первичной профилактики вовлечения в химическую и иную зависимость.

2.2. В результате реализации последовательной серии исследовательских фрагментов оказалось возможным сформулировать универсальные цели психотерапии в наркологической практике, систематизировать основные задачи по использованию психотерапевтических технологий на различных этапах оказания наркологической помощи.

Сквозной универсальной целью психотерапии в наркологии, в связи со всем сказанным, является:

- форсированное развитие идентифицированных свойств психологической устойчивости к первичному вовлечению в зависимость от ПАВ у лиц, входящих в группу повышенного риска по данному профилю (на этапе первично-профилактической наркологической помощи);

- форсированное развитие психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ у пациентов наркологического профиля (на всех последующих этапах наркологической помощи).

Сквозными (универсальными) задачами, решаемыми на этапах оказания наркологической помощи, является формирование конструктивной и устойчивой мотивации:

- на отказ от употребления психоактивных веществ, формирование и реализацию конструктивных жизненных сценариев (на этапе первично-профилактической наркологической помощи);

- на участие в программах первичной наркологической помощи и профилактику наиболее тяжелых и опасных осложнений от систематического употребления ПАВ (на этапе первичной наркологической помощи);

- на трезвость и перевод в программы полноценной амбулаторной и стационарной реабилитации с достижением устойчивой и длительной ре-

миссии (на этапе первичной наркологической помощи);

- на участие в программах противорецидивной и поддерживающей терапии (на этапах амбулаторного, стационарного лечения и реабилитации);

- на достижение конструктивных жизненных целей и формирование устойчивых ресурсных состояний (на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии).

Специальные задачи психотерапии заключаются в эффективном решении наиболее типичных проблем, предъявляемых клиентами на этапах оказания наркологической помощи.

При этом, по нашим наблюдениям, чаще всего пациентами с химической зависимостью, предъявляются следующие проблемы:

- на этапах первичной наркологической помощи, амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации (фазы медикаментозной коррекции): 1) общее «плохое» самочувствие (с вовлечением сомато-вегетативного компонента абstinентного синдрома); 2) неустойчивое настроение («нет настроения») с компонентом ангедонии, дисфории; 3) постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ;

- на этапах амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации (фаза психологической и психотерапевтической коррекции): 1) заниженная самооценка; 2) базисная неуверенность в себе; 3) неуверенность в собственных возможностях преодоления влечения и освобождения от зависимости; 4) перегруженность осознаваемой и неосознаваемой виной; 5) неотреагированная обида; 6) неумение выстраивать доверительные отношения, основанные на взаимной поддержке; 7) конфликтность в ближайшем окружении;

- на этапах амбулаторного и стационарного лечения (фаза социальной реабилитации): 1) страх перед выпиской; 2) страх возврата влечения; 3) страх перед необходимостью «нормальной жизни».

- на этапах противорецидивной и поддерживающей терапии: 1) не хватает сил, энергии; 2) «пустота» внутри – не знают чем заполнить; 3) не знают, где искать точку опоры в жизни.

С нашей точки зрения, наиболее адекватным репертуаром психотерапевтических технологий, использование которых соответствует вышеприведенным универсальным и специальным задачам психотерапии в наркологии, являются следующие: мотивационная психотерапия по Миллеру-Рольнику; групповая психотерапия; проблемно-ориентированная психотерапия; когнитивно-поведенческая психотерапия; аверсивная психотерапия; рациональная психотерапия; гипно-сугестивная психотерапия; психодрама; телесно-ориентированная психотерапия; трансактивный анализ; гештальт-терапия, арт-терапия; логотерапия, экзистенциальная психотерапия; психическая саморегуляция; семей-

ная психотерапия; духовно-ориентированная психотерапия; трансперсональная психотерапия.

Однако, основная проблема и сложность использования психотерапевтических технологий в наркологической практике заключается не только в адекватном подборе технических действий - данная задача, при современном уровне подготовки психотерапевтов, решается в целом удовлетворительно, - но (главное!) в обеспечении достижения универсальных целей психотерапевтической коммуникации. При том, что каких-либо структурированных психотерапевтических техник, целенаправленно и эффективно решающих задачу форсированного развития психологических свойств устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, на сегодняшний день не описано. И, скорее всего, такого рода технологии должны быть представлены в специальных тренинговых циклах, составляющих существенную часть стандартных программ медико-социальной реабилитации.

Результаты наших исследований показывают, что данная важнейшая, с точки зрения итогового результата всей лечебно-реабилитационной программы, задача решается за счет: 1) разработки и реализации модели двухуровневой психотерапевтической коммуникации, где основная цель достигается за счет активности глубинного коммуникативного уровня; 2) разработки особой методологии оформления каждой используемой психотерапевтической технологии, когда одновременно решается конкретная проблема, заявляемая клиентом, и универсальная задача по формированию искомых психологических свойств (так называемые техники - «окна» - раскрываемые в обе стороны). Основные характеристики разработанной двухуровневой модели психотерапевтической коммуникации приведены на схемах 1-2.

Как видно из схем 1-2, решающее значение для эффективного использования модели двухуровневой психотерапевтической коммуникации в наркологической практике имеют содержание, объем и качество подготовки специалистов психотерапевтов.

В соответствующих исследовательских фрагментах была убедительно продемонстрирована более высокая эффективность разработанной модели мультимодальной, двухуровневой психотерапии зависимых от ПАВ в сравнении с традиционными подходами, в отношении наиболее проблемной группы - зависимых от опиоидов. В таблице 1 приведены сравнительные данные по главному конечному индикатору - показателю длительности ремиссий в исследуемой и контрольной группах.

2.3. Адекватное обоснование универсальных психотерапевтических мишеней и структурирование общих и специальных задач, решаемых за счет использования психотерапевтических технологий в наркологической практике, позволило разработать

Схема 1

*Функциональные характеристики глубинного уровня
развивающей коммуникации*

Иерархия целей	Неструктурированные универсальные механизмы	Содержание профессионального образования
1. Формирование первично-го ресурсного состояния (<i>мобилизация синергетиче-ской стратегии поведения и достижение гиперпластики</i>)	1. Идентификация клиента с ре-сурсным статусом психотера-певта и ассимиляция характери-стик открытой (мобилизованной на изменения) метапозиции	<i>Теория</i> – концепция кольцевого научного архетипа; интегратив-ная модель фундаментальных до-пущений; функциональная кон-цепция психического; модель двухуровневой психотерапевтической коммуникации; континуум универсальные механизмы разви-вающей коммуникации.
2. Формирование устойчиво-го ресурсного состояния (<i>форсированного развития свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию сре-ды</i>)	2. Перевод охранно-конфронтационной базисной стратегии адаптации клиента в синергетическую	
	3. Манифестация глубинного уровня психотерапевтической коммуникации	
	4. Форсированное развитие ги-перпластической феноменоло-гии психотерапевтического про-странства	
	5. Гиперпротекция структуриро-ванных технических действий	<i>Практика</i> – углубленная практи-ка самопознания, роста и личной терапии в режиме двухуровневой развивающей коммуникации; практика многоуровневого техно-логического синтеза; достижение высоких уровней психологиче-ского здоровья и устойчивого ре-сурсного состояния; практика ин-тервизии, супервизии по профи-лю интегративной психотерапии; участие и проведение балиновс-ких групп.

Схема 2

*Функциональные характеристики структурно-технологического
уровня развивающей коммуникации*

Иерархия целей	Структурированные универсальные механизмы	Содержание профессионально-го образования
1. Решение поверхностной проблемы, заявляемой кли-ентом	1. Утилизация (дезактуализация) неконструктивных, дезадапти-рующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов);	<i>Теория</i> – классические, пси-хологические теории; идеоло-гизированные модели психоте-рапии (общая методология и структурированные техники психотерапии).
2. Решение глубинных про-блем – инсайты I-III уровня		
3. Решение унифицированных проблем развития – инсай-ты IV-V уровня	2. Развитие (актуализация) конст-руктивной, облегчающей адапта-цию активности психического за счет: <ul style="list-style-type: none"> - преимущественной коррекции эмоционального опыта; - преимущественного расширения когнитивного репертуара; - преимущественной модифика-ции поведения 	<i>Практика</i> – классические тренинги самопознания и личностного роста; традици-онная практика личной тера-пии; собственно психотера-певтическая практика в мето-дологии идеологизированной психотерапии; тематическая интервизорская и суперви-зорская практика.

Таблица 1

Частота и длительность ремиссий в исследуемой (экспериментальные психотерапевтические технологии) и контрольной (стандартные психотерапевтические технологии) группах зависимых от опиоидов

№	Длительность ремиссии	Исследуемая группа (n=483)		Контрольная группа (n=571)		P
		n	%	n	%	
1.	Ремиссия отсутствует	19	22,9	43	52,4	<0,01
2.	Ремиссия до 6 месяцев	11	13,3	14	17,1	
3.	Ремиссия от 6 до 12 месяцев	28	33,7	19	23,2	<0,01
4.	Ремиссия более 12 месяцев	25	30,1	6	7,3	<0,01

и внедрить научно-обоснованную методологию определения эффективности психотерапии в наркологии.

Речь идет о специальной программе компьютерного тестирования уровня развития психологических свойств, обеспечивающих устойчивость к первичному или повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Программа, адаптированная по 4-м возрастным группам, прошла стандартную процедуру валидизации и показала высокую степень надежности в определении промежуточных индикаторов эффективности психотерапии в наркологии.

Конечными индикаторами эффективности, здесь, естественно, будут являться стандартные характеристики длительности, устойчивости и качества ремиссий у зависимых от ПАВ.

Основная перспектива настоящей методологии определения эффективности психотерапии в других сферах ее применения связана с необходимостью идентификации универсальных и специальных задач для каждой из данных сфер. Что теперь не представляет каких-либо чрезвычайных сложностей.

2.4. Как уже было сказано, основное условие успешной реализации специфических психотерапевтических технологий, используемых в наркологической практике, связано с особыми требованиями к подготовке специалистов-психотерапевтов.

В рамках выполнения совместного проекта, нами было разработано свыше 40 стандартных программ последипломной (резидентуры, клиническая ординатура), дополнительной (специализация, общее усовершенствование, тематическое усовершенствование) и непрерывной профессиональной подготовки специалистов-психотерапевтов, действую-

щих в системе наркологической помощи. Почти все они утверждены в качестве образовательного стандарта в Республике Казахстан.

Процесс разработки адекватных образовательных стандартов в области психотерапии еще не завершен. Но уже сейчас, можно со всей ответственностью утверждать, что кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии РАПО способна готовить специалистов психотерапевтов новой генерации, и добиваться значительных результатов в сфере лечения и реабилитации зависимых от ПАВ.

Заключение

Таким образом, проспективный (обращенный в будущее) взгляд на роль и место психотерапии в наркологической практике показывает, что в настоящее время профессиональная психотерапия является:

- высокоэффективной, структурированной технологией с установленными границами ее применения (универсальные и прикладные мишени) в сфере лечения зависимых от ПАВ;
- технологией с дифференцированными показаниями, целями и задачами, решаемыми на каждом этапе наркологической помощи;
- технологией с разработанной методикой определения эффективности ее использования, и продуманной системой промежуточных и конечных индикаторов;
- технологией с разработанной методологией подготовки специалистов для рассматриваемого сектора применения профессиональной психотерапии.

ПСИХИАТРИЯ

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ДИСПАНСЕРЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

С. А. Алтынбеков, Н. А. Негай

г. Алматы

Психически больные, направляемые на амбулаторное принудительное лечение (АПЛ), обладают специфическим набором клинических характеристик, знание которых позволит выделить группу психопатологических синдромов на момент деликта, которым наиболее целесообразно будет рекомендация об амбулаторном принудительном лечении с целью уменьшения вероятности совершения психическими больными лицами повторных деликтов.

Материал и методы исследования

С целью решения поставленных задач сплошным методом были обследованы все больные, находившиеся на АПЛ в психоневрологических диспансерах Республики Казахстан в период с января 2003 г. по декабрь 2004 г., всего 151 человек.

Для решения поставленных задач потребовалось получить статистические данные, характеризующие обследованных по клиническим, параметрам.

В исследовании использованы следующие методы:

- клинико-психопатологический (по диагностическим критериям МКБ-10, катамnestический (срок катамнеза 1-2 года);
- экспериментально-психологический (тест структуры Я по Аммону – ISTA (Ich-Structur Test von Ammon);
- методики:
 - а) t- критерий Стьюдента;
 - б) коэффициента Пирсона;
- вычислялись абсолютные и относительные показатели распределения;
- коэффициент корреляции рангов Спирмена.

Наряду с клиническим обследованием больных были использованы амбулаторные карты психоневрологических диспансеров, акты судебно - психиатрических экспертиз, выписные эпикризы психиатрических стационаров.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных нами больных, направленных на амбулаторное принудительное лечение, выявлен большой процент наследственной отягощенности шизофренией – в 24,1% случаев, эпилептическая болезнь встречалась у родителей больных

в 3,5% наблюдений, умственная отсталость – в 7,5% случаев.

В 12,1% всех наблюдений, независимо от основного диагноза, в преморбидном периоде отмечалась органическая патология (в основном, черепно-мозговые травмы). В 13,6% имела место ранняя органическая недостаточность, связанная с перенесенными в раннем детстве менингитами, черепно-мозговыми травмами. Ранняя алкоголизация в подростковом возрасте отмечена у 3,5% больных.

У больных с эндогенными психозами заболевание, в большинстве случаев, дебютировало в подростковом (13,1% случаев) и молодом возрасте (50,7% случаев). Давность заболевания на начало исследования составила от полугода до 23 лет.

В нашем исследовании лица с возбудимыми чертами (вспыльчивость, грубость, склонность к раздражительности) составили 43,2%. Личностные особенности по астеническому и шизоидному типу отмечались в 24,1% всех наблюдений. Достаточно большой удельный вес (12,6%) занимают больные с личностными особенностями по неустойчивому типу. Лица с гармоничной эмоционально-волевой сферой соответствующие понятию нормы составили всего 18,1% наблюдений. Доля пациентов с истерическим (1,5%) и паранойяльным (0,5%) типами реагирования оказалась незначительной.

В диагностическом плане среди обследованных нами больных были представлены практически все основные нозологические формы. По частоте они распределялись следующим образом (таблица № 1).

Представленные в таблице № 1 данные показывают, что наибольшее число больных приходится на шизофрению (100 чел. - 66,2 % случаев), причем на больных с эпизодическим течением приходится 48,3% (73 чел.). Затем следуют пациенты с умственной отсталостью 22,5% (34 чел.) и в значительно меньшей степени представлены лица с органическим поражением головного мозга 6,0% (9 чел.).

Исходя из задач исследования, выделялся ведущий психопатологический синдром на время совершения правонарушения. С целью получения наиболее чётких оценок и сопоставления результатов в основу классификации синдромов

Таблица № 1

Нозологический состав больных

Нозология		Абсолютное число	%
Шизофрения:	непрерывно текущая	20	13,3
	эпизодическая	73	48,3
	другие формы	7	4,6
Эпилептическая болезнь		4	2,6
Органическое поражение ЦНС		9	6,0
Умственная отсталость		34	22,5
Расстройства личности		1	0,7
Исключительные состояния		3	2,0
ВСЕГО		151	100,0

был положен глоссарий психопатологических синдромов и состояний. Все психопатологические синдромы были разделены на две большие группы: психотические и непсихотические, хотя такое деление у эндогенных больных с большой давностью заболевания достаточно условно, в связи с тем, что у них нередко имеется сочетание как продуктивно - психотических, так и негативных нарушений. В группу психотических были включены депрессивный, маниакальный, дисфорический, паранойяльный, острый и хронический галлюцинаторно-параноидный, парофренный, вербальный галлюциноз, кататоно-гебефренный синдромы, состояния помраченного сознания. Непсихотическая группа включала неврозоподобный, психопатоподобный синдромы, изменения личности по шизофреническому и

органическому типу, интеллектуально-мнестические расстройства (таблица № 2).

Как видно из данных таблицы № 2, наиболее часто из непсихотических синдромов при совершении ООД (49 чел. или 32,5%) встречался психопатоподобный с повышенной поведенческой активностью. Затем почти в равных соотношениях на время совершения первичного ООД следуют шизофренические изменения личности (27 чел. или 17,9%) и интеллектуально - мнестические расстройства (26 чел. или 17,2%). Из психотических синдромов ведущее место принадлежит галлюцинаторно-параноидному (включая синдром Кандинского – Клерамбо и парофренный) синдрому 15,9% (24 чел.). Затем по численности следует маниакальный синдром - 5,3% (8 чел.). Соотношение психотических синдромов к непсихотическим в целом составило 1:2,6.

Таблица № 2

Синдромальный состав больных

Ведущий синдром	Абсолютное число	%
<i>Психотические:</i>	42	27,8
- маниакальный	8	5,3
- дисфорический	2	1,3
- паранойяльный	1	0,7
- галлюцинаторно-параноидный	24	15,9
- вербальный галлюциноз	3	2,0
- кататоно-гебефренный	2	1,3
- состояние помраченного сознания	2	1,3
<i>Непсихотические:</i>	87	57,6
- неврозоподобный	2	1,3
- психопатоподобный с повышенной	49	32,5
- поведенческой активностью		
- психопатоподобный с пониженной	4	2,6
- поведенческой активностью		
- шизофренические изменения личности	27	17,9
- психоорганический	1	0,7
- интеллектуально-мнестические расстройства	26	17,2
ВСЕГО	151	100,0

Таблица № 3

Длительность наблюдения в ПНД к моменту совершения ООД

Длительность наблюдения	С однократными ООД (n=109)	С повторными ООД (n=42)	Все (n=151)
Не наблюдался	27,8	35,7	30,5*
Менее 1 года	4,2	-	3,3
1 – 2 года	11,1	21,4	15,2
3 - 4 года	4,2	7,2	4,6
5 - 6 лет	4,2	10,7	6,6
7 - 8 лет	11,1	-	9,3
Более 8 лет	37,4	25,0	30,5
ВСЕГО	100,0	100,0	100,0

Как видно из данных таблицы № 3, доля больных не наблюдавшихся в ПНД до совершения ООД составила 30,5% ($p<0,05$), при этом 3% из них относились к группе больных с однократными ООД. Из них с диагнозом шизофрении - 53,3% (25,4% от всех больных шизофренией), с органическим заболеванием головного мозга - 30,0% (39,1% от всех больных с органическим поражением головного мозга), совершивших ООД в исключительном болезненном состоянии – в 100,0% случаев.

Из общего числа больных шизофренией к группе с однократными относились 52,9% ($p<0,02$). То обстоятельство, что практически половина этих больных (47,1%, $p<0,05$) не удержались на амбулаторном принудительном лечении и совершили повторные общественно-опасные действия, говорит о том, что больным шизофренией, впервые манифестирувшим на момент общественно-опасных действий, либо прервавшим контакты с психоневрологическим диспансером, амбулаторное принудительное лечение в целом не показано, хотя при этом необходимо учитывать также социально-личностные и клинические факторы. Из общего числа больных с органическим поражением головного мозга, не наблюдавшихся в психоневрологических диспансерах до совершения общественно-опасных действий, подавляющее большинство - 87,5% относились к группе с однократными ООД, что было обусловлено рядом благоприятных социальных факторов (пожилой возраст, положительное влияние микросреды) и клиническими особенностями (преобладание в клинической картине выраженных дефицитарных расстройств - см. ниже), сочетание которых позволяет прогнозировать низкий риск повторного совершения общественно-опасных действий. Из пациентов с исключительным болезненным состоянием на момент общественно-опасного действия к группе с однократными ООД относились 80,0% больных, что свидетельствует о том, что таким больным амбулаторно – принудительное лечение, в целом, показано при наличии соответствующих социально - личностных и клинических призна-

ков, позволяющих прогнозировать малую вероятность повторения этих состояний.

Анализ фактора длительности наблюдения в психоневрологическом диспансере к моменту совершения общественно-опасного деяния показал также резкое преобладание в группе больных с однократными ООД лиц с длительным (7 и более лет) периодом наблюдения (48,5% против 25,0% в группе больных с повторными ООД). Из всех больных, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере 7 и более лет, к группе с однократными ООД относились 83,3% ($r=0,903$, $p<0,05$). Такой высокий показатель говорит о важности для благоприятного прогноза амбулаторного принудительного лечения фактора длительного наблюдения в психоневрологическом диспансере, свидетельствующего о готовности пациента к терапевтическому сотрудничеству.

Проведенный анализ и сопоставление двух групп пациентов (с однократными и повторными ООД) позволяет выделить определенные клинико-терапевтические факторы, повышающие или понижающие вероятность того, что первично назначенное амбулаторного принудительного лечения будет успешным. Во всех случаях необходимым условием успешности амбулаторного принудительного лечения является достаточная сохранность у пациента критических способностей, позволяющая выполнять требования амбулаторного принудительного наблюдения и лечения.

С учетом указанных факторов амбулаторно – принудительное лечение, в целом, показано при следующих психопатологических состояниях:

1) при наличии на момент совершения ООД острого психотического состояния (помрачения сознания), закончившегося ко времени проведения судебно-психиатрической экспертизы; временные болезненные расстройства психической деятельности, при малой вероятности повторения (последнее обычно обусловлено снятием экзогенических, спровоцировавшей временное расстройство, отсутствием патологической почвы); приступообразное течением шизофрении, в случае полноценной ремиссии ко времени проведения экспертизы;

2) при синдромах непсихотического уровня с преобладанием дефицитарных расстройств и снижением социальной активности в случаях совершения ситуационно спровоцированных ООД (эмоциональная бесконтрольность, интеллектуальная несостоятельность) и отсутствии стойкой провоцирующей ситуации - вялотекущая и непрерывно-прогредиентная шизофрения; органическое поражение головного мозга при наличии факторов, указывающих на удовлетворительную в целом социальную адаптацию; умственная отсталость, при отсутствии выраженных эмоционально-волевых расстройств;

3) при синдромах непсихотического уровня с преобладанием психопатоподобных расстройств из круга тормозимых - вялотекущая шизофрения, при наличии факторов, указывающих на удовлетворительную в целом социальную адаптацию;

Литература:

1. Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др. // Под редакцией А. С. Тиганова. - 1999. - Т. 1. – С. 313 - 328.
2. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний (методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний). – М., 1990. – С. 112.
3. Лаврова И. Г., Майстрак К. В. Социальная гигиена и организация здравоохранения. – 3-е издание. – М.: Медицина, 1981. – С.42 – 66.

Те же клинико-социальные факторы с обратным знаком снижают вероятность успешного проведения амбулаторного принудительного лечения. В соответствии с этим в целом не показано:

а) при наличии синдрома психотического уровня на момент совершения ООД и во время проведения судебно-психиатрической экспертизы - приступообразно-прогредиентная шизофрения (особенно если заболевание выявлено впервые на экспертизе); непрерывно-прогредиентная шизофрения;

б) при синдромах непсихотического уровня с преобладанием психопатических и психопатоподобных расстройств с повышенной поведенческой активностью - психопатия; любые формы шизофрении; органические поражения головного мозга; умственная отсталость, при наличии выраженных эмоционально-волевых расстройств.

НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

В. Ф. Загидуллина

Обследование 117 рабочих Талдыкоргансского аккумуляторного завода, состоящих на учете у врача - профпатолога в связи с хронической свинцовой интоксикацией (ХСИ), позволило выявить у всех обследованных пациентов наличие органических психических расстройств в форме астенических (58,9%), аффективных (17,1%), неврозоподобных (11,9%), психопатоподобных (10,4%) синдромов и интеллектуально-мнестического снижения (1,7%).

Наличие признаков астенического синдрома в той или иной степени выраженности выявлялось практически у всех обследованных. На фоне астенических расстройств у части пациентов с ХСИ (14 человек или 11,9%) развивались неврозоподобные расстройства. Хроническая свинцовая интоксикация, сопровождавшаяся функциональной мозговой недостаточностью, проявлялась у обследованных пациентов, в первую очередь, в виде слабости, лабильности нервных процессов и вегетативно-сосудистой дистонии. Эти факторы определяли повышенную ранимость нервной системы и давали по-

чву для возникновения неврозоподобных состояний в виде истерических, сенесто-ипохондрических и обсессивно-психастенических синдромов. Под влиянием неблагоприятных психотравмирующих моментов легко создавались условия для возможности «срывов» с более тяжелой и длительной формой реакции, чем при истинных неврозах. Органическая неполноценность мозга накладывала определенный отпечаток на клиническую картину заболевания, её течение и прогноз. Общим и наиболее выраженным симптомом для всех невротических состояний при ХСИ являлся астенический фон.

При наблюдавшихся у обследованных пациентов неврозоподобных состояниях при ХСИ психогенез обычно осложняли, но не создавали эти расстройства. Р. А. Зачепицкий (1966) указывает на то, что функциональный характер неврозов надо понимать в том смысле, что они вызываются не всякой причиной, а лишь трудными условиями функционирования высших отделов мозга [1]. Следова-

тельно, неврозоподобные состояния при ХСИ можно рассматривать как следствие не психогенных причин, а форму приспособительной реакции к изменившимся вследствие органической недостаточности головного мозга «трудным условиям функционирования высших отделов мозга».

Касаясь случаев сочетания расстройств психогенного и органического характера, В. Н. Мясищев (1960) справедливо подчеркивал, что при этом речь должна идти не о стирании границ между ними, а о существовании двух принципиально различных состояний [2]. Их разграничение имеет как теоре-

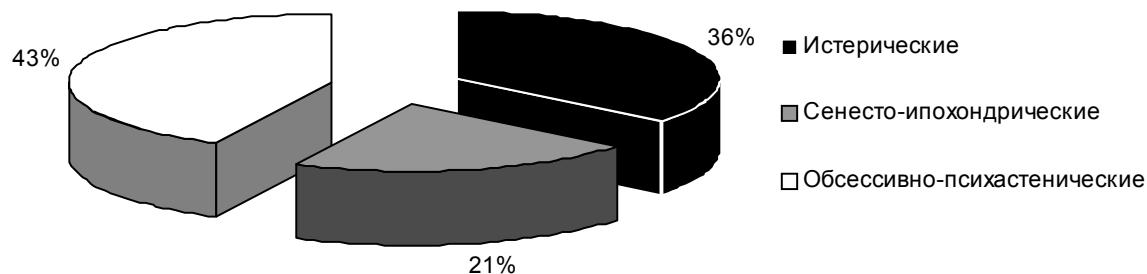
тическое, так и практическое значение, поскольку является условием этиологически и патогенетически обусловленной терапии.

Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить наиболее типичные для ХСИ варианты неврозоподобных расстройств:

- истерические неврозоподобные расстройства – 5 пациентов (35,7%);
- сенесто-ипохондрические неврозоподобные расстройства – 3 пациента (21,4%);
- обсессивно-психастенические – 6 пациентов (42,9%).

Рисунок 1

Клиническая структура неврозоподобных расстройств при хронической свинцовой интоксикации



Клиника истерических неврозоподобных расстройств у больных с ХСИ была чрезвычайно разнообразной и, на первый взгляд, мало отличалась от проявлений при истерических неврозах. Однако можно было выделить некоторые отличительные особенности. К особенностям течения истеро - невротических состояний при ХСИ можно отнести характерную смену симптомов, выступающих в зависимости от дополнительных внешних факторов. Во всех случаях отмечались явления астении, вегетативной дистонии, указывающие на органический характер психических расстройств. Истерио - невротические состояния при ХСИ, как правило, имели затяжной характер течения. Состояние резко ухудшалось каждый раз при неблагоприятной для больного ситуации и проявлялось в демонстративном поведении, представляющем защитную реакцию от возникших трудностей. При этом поведение больных производило впечатление нарочитого, в связи с тенденцией подчеркнуть свое кажущееся бессилие, нездоровье, и именно перед теми лицами, от которых, по мнению больных, зависит их благополучие. По мере привыкания к обстановке истерическая симптоматика сглаживалась, вплоть до полного исчезновения, и на первый план выступали явления астении. В отличие от истинного истерического невроза при невротических состояниях, обусловленных ХСИ, декомпенсации состояния провоцировались не только психогенными факторами, но и рядом иных вредностей (переутомление, смена обычного стереотипа трудовой

деятельности и материально-бытовые трудности и т.п.). К этим вредностям также следует отнести злоупотребление алкоголем, отмеченное у обследованных лиц данной группы в 15% случаев. Употребление алкоголя не только способствовало возникновению декомпенсаций, затяжному течению невротических состояний, но и приводило к изменению трудовых установок. Определенное значение имели возрастные изменения, присоединившиеся соматические заболевания, в первую очередь сосудистая патология (атеросклероз, гипертоническая болезнь и др.). Из психогенных факторов преимущественное значение имели бытовые и служебные неприятности, неблагоприятные условия работы. Отличительными особенностями этих больных являются: эгоцентричность, стеничность в достижении своей узколичной цели. Большое значение здесь имели защитные реакции и иждивенческие установки, включающие в себя часто элементы агравации. Повышенная эмотивность, эксплозивность затрудняли пребывание этих больных в коллективе из-за частых конфликтов. В динамике клиники истерических неврозоподобных расстройств ухудшение состояния проявлялось в жалобах больных, которые изменялись в сторону все более изощренной соматизации и ипохондризации.

В случаях **неврозоподобных сенесто - ипохондрических расстройств при ХСИ** выявлялась определенная связь начала имеющихся расстройств с работой на вредном производстве. Им, как правило, предшествовали вышеописанные астено-ипо-

хондрические состояния. У этих больных явления астении сопровождались навязчивыми страхами и опасениями за свое здоровье, изменениями интровертивных ощущений, что приводило к усилинию таких черт характера как мнительность и создавало необходимый фон для развития сенесто-ипохондрического синдрома. Эти больные часто предъявляли жалобы соматического характера на чувство замирания сердца, сжимающие боли в груди, одышку и др., что, прежде всего, было обусловлено выраженностью вегетативной симптоматики. При наличии определенного преморбидного и недостаточных компенсаторных возможностях в структуру болезни включалась реакция личности на тягостные телесные ощущения. Длительность заболевания и неэффективность лечения также способствовали уходу в болезнь и своеобразному патологическому развитию. Больные были склонны «застревать» на своих болезненных ощущениях или пытаться их интерпретировать как симптомы какого-то тяжелого заболевания.

Проведение дифференциальной диагностики в подобных случаях проводилось с учетом мнения Б. М. Сегал (1966), который указывает на то, что нельзя ставить знак равенства между неадекватным отношением к своему здоровью, т.е. «чистой ипохондрией», и возникающим в результате экзогенном сенесто-ипохондрическим синдромом [3]. Основным отличием является то, что ипохондрия характеризуется склонностью к самодиагностике какого-либо соматического заболевания, в действительности несуществующего, или же давно прошедшего (сверхценные ипохондрические идеи), а неврозоподобные сенесто-ипохондрические состояния характеризуются активной борьбой больного с болезнью, его эмоциональной заинтересованностью в выздоровлении,canoобразным течением с сезонностью ухудшений состояния в осенне-весенние периоды.

Больные с **обсессивно-психастеническими неврозоподобными расстройствами** обращали особое внимание, наоборот, не на тяжесть соматических проявлений, которые у них имелись, а на наличие дефектов, свидетельствующих об их социально-производственной, а иногда и интеллектуальной неполноценности, опасались утраты потенциальных возможностей дальнейшего развития и перспектив упрочения общественного положения. Они преимущественно были фиксированы на состоянии своей нервно - психической деятельности и своем отношении к этому состоянию. В жалобах этих больных ведущее место занимали нарушения ночного сна, которые имели стойкий характер и проявлялись в затруднении засыпания, сон был поверхностным, отсутствовало ощущение утренней бодрости, настроение при этом было преимущественно пониженным с чувством собственной неполноценности. Они часто жаловались на наличие навязчивых мыслей, воспоминаний, сомнений,

усиливающихся перед засыпанием. Навязчивые явления носили непреодолимый характер и возникали вопреки их желаниям. Больные рассказывали о них с достаточной критикой и стремились от них избавиться, но самостоятельно им это сделать не удавалось.

Практически все эти больные жаловались на частые головные боли. По данным Б. Д. Карвасарского (1966) на головную боль при различных формах неврозов и неврозоподобных состояниях жалуется 54,8% больных [4]. Часто, уточняя характер головной боли, удавалось выяснить, что речь шла не о «головной боли», а об особом состоянии больного, которое И. П. Павлов называл «трудным состоянием в мозгу». Нередко именно эти состояния, идентифицируемые больными с головной болью, являлись для них известным оправданием снижения умственной трудоспособности. Больные говорили: «Я неправляюсь с производственной нагрузкой в связи с постоянной головной болью», при психологическом обследовании эти больные часто отказывались от выполнения трудных для них заданий или оправдывали свои ошибки тем, что у них «сегодня болит голова». В своих работах Б. Д. Карвасарский (1966) отмечает, что в отличие от других ощущений, переживание боли определяется не только, а часто и не столько сенсорным, сколько эмоциональным компонентом (реакцией личности на боль) [4]. В связи с этим, особое значение приобретает правильная клиническая оценка соотношения двух основных компонентов переживания боли: сенсорного и эмоционального - установление своеобразного коэффициента «психогенности боли». Реакция на представление о боли может быть даже сильнее, чем реакция на реальный болевой раздражитель. В наших наблюдениях часто головные боли у пациентов с неврозоподобными расстройствами возникали в результате эмоционального напряжения при физических или психоэмоциональных нагрузках. Нередко жалобы больных на головные боли носили утрированный характер (голова «раскалывается», «разрывается от боли») и предъявлялись ими с целью привлечь внимание окружающих, вызвать сочувствие. Основным в характеристике психогенных головных болей являлось не отсутствие сенсорного компонента, а решающее значение в их переживании психического компонента боли, реакции личности на боль. Анализ этой реакции основывался на изучении конкретной жизненной истории больного, особенностей его личности, специфики воздействия интоксикационного фактора (ХСИ), наличия психотравмирующей ситуации и их связи с симптомом. У больных с ХСИ в анамнезе каких-либо значимых психотравмирующих ситуаций не выявлялось, что позволяло исключить психогенный (невротический) характер вышеописанных психических расстройств.

Исследования В. Н. Мясищева (1960) позволили понять, почему патогенными в развитии неврозов и неврозоподобных состояний оказываются не всякие неблагоприятные воздействия, а именно те, которые являются значимыми в системе отношений данной личности [2]. В соответствие с этим к числу признаков невротических расстройств В. Н. Мясищев относит тесную связь симптомов с особенностями личности больного, его отношением к действительности и к себе, его переживаниями, обусловленными историей его индивидуального развития в определенной окружающей его социальной среде.

Тщательное изучение истории жизни каждого больного и сформированных ею особенностей его личности позволяло в процессе исследования вскрыть патогенное противоречие между личностью и значимыми для неё сторонами действительности, выявить аффективный иррациональный способ его разрешения и связать с этим психическую и физиологическую дезорганизацию, характеризующую картину неврозоподобных расстройств. При этом выявлявшаяся у обследованных слабость компенсаторных возможностей ЦНС, обусловленная ХСИ, создавала благоприятный для развития неврозоподобных расстройств органический астенический фон. Типические для ХСИ варианты неврозоподобных расстройств находились в определенном соотношении с преморбидными особенностями личности пациентов.

При истерических неврозоподобных расстройствах на фоне нервной слабости и повышенной эмоциональности, выступало несоответствие между претензиями эгоцентрической личности и требованиями окружающей действительности.

При сенесто-интохондрических неврозоподобных расстройствах на фоне неуравновешенности или слабости нервных процессов выявлялось несоответствие активности личности возможностям нервной системы, что клинически проявлялось «бегством в болезнь», которое чаще наблюдалось при нерациональной организации труда и отдыха.

При обсессивно-психастенических неврозоподобных расстройствах на фоне инертности нервных процессов и склонности к задержке внешних проявлений аффективных реакций обнаруживалась внутренняя противоречивость между жизненно важными стремлениями личности и её утирированными нравственными требованиями к себе.

Выявление в каждом случае конкретных данных, освещающих особенности личности и нервной системы, способствовало вскрытию патогенеза, правильной диагностике и синдромальной квалификации неврозоподобного состояния. Дифференциальная диагностика, позволяющая отграничить выявленные у обследованных неврозоподобные расстройства от истинных неврозов, проводилась в соответствии с рекомендациями Р. А. Зачепицкого (1966). Согласно этим рекомендациям, ос-

новным опорным пунктом служило определение невроза как психогенного заболевания, источником которого являются трудности во взаимоотношениях больного с людьми, с действительностью, симптомы и течение которого зависят от динамики этих отношений [1]. Динамика же неврозоподобных состояний при ХСИ зависела от усугубления органических психических расстройств вследствие длительного воздействия основного патогенного фактора (свинцовой интоксикации) и других экзогенных вредностей непсихогенного характера (работа, связанная с дополнительным воздействием шума, вибрации, повышенной температуры окружающей среды, алкоголизация и др.).

Таким образом, полученные при настоящем исследовании данные подтверждают литературные источники [1 - 4], свидетельствующие о том, что неврозоподобные состояния вызванные длительной свинцовой интоксикацией высших регуляторных отделов нервной системы, коры больших полушарий и подкорковых образований головного мозга, развиваются вследствие патогенетических механизмов, отличающихся от патогенеза психогенно обусловленных расстройств. Таким образом, пограничные психические расстройства, вызываемые факторами химической интоксикации, представляют собой модель экзогенного поражения высшей нервной и психической деятельности, в основе которой имеются вполне конкретные этиопатогенетические механизмы.

Несмотря на то, что у всех, выделенных в данную группу обследованных пациентов (14 человек), связь неврозоподобных расстройств с ХСИ не вызывала сомнений. Тщательное изучение анамнеза всё же позволило уточнить соотношение неврозоподобных расстройств при ХСИ с выявлявшимися у некоторых пациентов невротическими расстройствами в анамнезе, обусловленными психогенными факторами. Эти соотношения были представлены в трех вариантах:

1. Невротические расстройства, имевшие место до возникновения ХСИ и претерпевшие патопластические изменения клиники при присоединении ХСИ, отмечались у 3 пациентов. Они характеризовались медленным развитием, происходившим в связи с трудными условиями детства и неразрешенными конфликтными ситуациями, и имели начало, как правило, за много лет до начала ХСИ. В связи с тем, что эти расстройства имели слабую выраженность, пациенты не расценивали их как болезненные и по этому поводу к психиатрам не обращались. В данном случае речь идет о той группе неврозов, в которой «история личности тесно сливаются с историей болезни» и которую В. Н. Мясищев (1960) предлагает называть «неврозами развития» [2]. На фоне присоединившейся ХСИ у этих больных усиливалась раздражительность, больные жаловались на постоянное чувство внутреннего

напряжение, неудовлетворенность своим самочувствием, усиление чувства неполноценности, тревожные опасения за свое будущее, частые колебания настроения с преобладанием тревожно-подавленного аффекта. Лица с перморбидно сформировавшимися невротическими расстройствами после присоединения ХСИ хуже поддавались лечению, чем больные с неврозоподобными расстройствами, непосредственно связанными с ХСИ. Прослеживалось общее неблагоприятное влияние невротического фона на течение органических психических расстройств при ХСИ. У этих больных отмечалось более быстрое появление признаков дефицитарных расстройств (когнитивные и мнестические расстройства), что вероятно было связано со снижением функционального уровня мозга и ослаблением его компенсаторных возможностей ещё до присоединения ХСИ, клинически проявлявшееся в преморбиде невротическими расстройствами.

2. У 2 пациентов состояние можно было квалифицировать как психогенные невротические расстройства, возникающие на фоне ХСИ.

В. М. Воловик (1966) в своих работах отмечает, что при наличии длительно существующего, но не выявляющего себя психического конфликта, «пусковым фактором невроза может быть довольно часто острые эмоциональные психические травмы, наславшающиеся на существующий уже давно психический конфликт [5]. Или же, что случается ещё чаще, соматогенный фактор». В качестве последнего могут выступать самые различные интоксикации. Стойкое снижение функционального уровня ЦНС, являющееся следствием ХСИ, создает тот неблагоприятный фон, при котором сравнительно легкие конфликтные ситуации, безболезненно преодолеваемые здоровыми людьми, приобретают патогенный характер. В рассматриваемых случаях, таким психотравмирующим фактором являлся сам факт выявления у больных ХСИ.

Литература:

1. Зачепицкий Р. А. *О понятии невроз // Вопросы современной психоневрологии. Труды института им. В. М. Бехтерева.* - Л., 1966. - Том XXXVIII. - С. 180 - 195.
2. Мясищев В. Н. *Личность и неврозы.* – Ленинград, 1960. – 325 с.
3. Сегал Б. М. *О неврозоподобных, сенесто-ипохондрических и пароксизмальных синдромах при поражении гипоталамической области // Вопросы современной психоневрологии. Труды института им. В. М. Бехтерева.* - Л., 1966. - Том XXXVIII. - С. 247-258.
4. Карвасарский Б. Д. *К проблеме психалгии (о ток называемых психогенных головных болях) // Вопросы современной психоневрологии. Труды института им. В.М.Бехтерева.* - Л., 1966. - Том XXXVIII. - С. 196-205.
5. Воловик В. М. *Некоторые аспекты соотношения алкоголизма и неврозов // Вопросы современной психоневрологии. Труды института им. В.М.Бехтерева.* - Л., 1966. - Том XXXVIII. - С. 167-178.

3. Неврозоподобные расстройства, непосредственно относящиеся к клинике органических психических расстройств при ХСИ, подробно описаны выше.

Резюмируя приведенные данные, следует подчеркнуть существование тесных взаимоотношений между неврозами и ХСИ. Интоксикационные и психогенные факторы постоянно взаимодействуют в патогенезе психических расстройств при ХСИ. Однако, присутствуя в каждом случае, они не всегда выполняют одну и ту же роль. Наряду с неврозоподобными картинами, в основе которых лежит неспецифическое расстройство церебральных функций токсического генеза, но при обязательном участии личности и её отношений в клинике психических расстройств, при ХСИ могут встречаться многообразные невротические состояния, имеющие первично психогенную основу, отчетливый психогенез. Вызываемые психогенной ситуацией, не связанной с ХСИ, или развиваясь как реакция личности на болезнь (ХСИ) и обусловленные ею внутренние конфликты, неврозы при ХСИ в одних случаях возникают на измененной почве, в других – предшествуют ХСИ и сами создают почву, усугубляющую течение психических расстройств при ХСИ. Изучение этих невротических и неврозоподобных состояний, помимо теоретического интереса, имеет большое практическое значение. Поскольку они требуют дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Динамическое наблюдение за пациентами с неврозоподобными состояниями при ХСИ показало, что при наличии у больного положительных социальных установок, интереса к работе, создание облегченных условий труда благоприятно влияло на динамику невротических расстройств и способствовало тому, что эти лица начинали хорошоправляться со своими профессиональными обязанностями и снова обретали социальную и трудовую ценность.

СУИЦИД – ПРОБЛЕМА ЛИЧНОСТИ ИЛИ ОБЩЕСТВА?

Е. Ю. Русина, С. А. Столяревская

г. Павлодар

Трудности в сфере межличностных отношений, ощущение одиночества в мире других людей, безнадёжность в отношении будущего, ситуация наивысшей угрозы... – большинство людей в своей жизни сталкиваются с подобными трудностями и проблемами и разрешают их более или менее успешно, даже не задумываясь о таком способе разрешения проблемы, как суицид. А для других личностей эти ситуации становятся истинными причинами ухода из жизни. Все зависит от характерологических особенностей человека, структуры его личности, условий её формирования, а также от организации в обществе профилактической работы по предупреждению суицидов.

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни). Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от той ситуации, в которой оказывается человек. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами.

По данным ВОЗ ежедневно добровольно уходят из жизни более тысячи человек. В Казахстане число самоубийств на тысячу населения в два раза больше, чем в развитых странах. И это только за конченные суициды! Кроме завершенных суицидов существуют ещё и суицидальные попытки (парасуицид, незавершенный суицид), число которых гораздо больше. К большому сожалению, число пациентов, совершивших попытки самоубийства и оказавшихся в стенах нашего психоневрологического диспансера, из года в год не уменьшается.

Вопреки распространённому в обществе мнению о высоком уровне психической патологии у лиц, совершающих суицидальные поступки, практика доказывает, что процент психически больных среди суицидентов невелик. В нашей статье мы не будем останавливаться на работе медицинского психолога с пациентами, совершающими суицидальные поступки по бредовым мотивам: данные больные в большей степени нуждаются в медикаментозном лечении, при котором купирование бредовой симптоматики приводит и к дезактуализации суицидальной настроенности. Остановимся на анализе работы с пациентами, имеющими пограничные нервно – психические расстройства, акцентуации характера в стадии декомпенсации, а также с практически здоровыми людьми, так как именно они составляют подавляющее большинство лиц, не завершивших суицид и попавших в поле зрения медицинских психологов.

На примере 48 пациентов, обследованных и получивших психологическую помощь в патопсихологической лаборатории Павлодарского психоневрологического диспансера в 2007 - 2008 г.г., можно констатировать, что максимум суицидальных попыток приходится на возраст 17 - 25 лет – 23 пациента; 26 - 35 лет – 12 человек; 36 - 45 лет – 7 человек; 46 - 55 лет – 4 человека; старше 55 лет – 2 чел. Из общего числа данного контингента пациентов 68% составили женщины (33 человека) и 32% - мужчины (15 человек).

Большая часть суицидальных попыток квалифицируется врачами как **демонстративно – шантажные**. Как правило, суицидальные действия такого типа совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишить себя жизни. В основе таких попыток лежит стремление человека обратить на себя внимание, напугать окружающих, вызвать сочувствие, желание помочь, заставить «сосознать» своё несправедливое отношение к нему. Это своего рода просьба о помощи. При демонстративных попытках способ суицидального поведения чаще всего проявляется в виде порезов вен.

Суицидальные попытки, совершённые под влиянием ярких эмоций относятся к **аффективному типу**. В таких случаях человек действует импульсивно, не имея чёткого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции - обида, гнев затмевают собой реальное восприятие действительности, и человек, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными сильнодействующими препаратами.

Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий. Человек готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения пациенты чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к спрыгиванию с высоты. Процент истинных суицидальных попыток составил 27% (13 человек из числа наших пациентов).

Следует подчеркнуть особую роль алкогольного опьянения в создании и усилении условий, благоприятствующих реализации суицидальных замыслов (как истинных, так и демонстративно – шантажных). Употребление алкоголя способству-

ет усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, предшествуют суициду. Суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения совершили 70% пациентов (33 человека).

Все суициденты проходили стандартное диагностическое патопсихологическое обследование. Его целью являлось выявление признаков наличия возможного патопсихологического симптомокомплекса: шизофренического, личностно-аномально-го либо психогенно-невротического.

Начальный этап работы: диагностическое интервью помогало выяснить, были ли в семье обследуемого случаи суицида, узнать подробности об испытуемом: как часто он размышляет о суициде, что натолкнуло его на подобные мысли и т.д.

Кроме того, в области психодиагностики разработан ряд экспериментальных тестовых методик, которые помогают выяснить - склонен ли человек к суициду и насколько серьёзны его намерения. Эти методики, в большинстве случаев, использовались комплексно: в них входили опросники, проективные тестовые методики, методики, измеряющие психофизиологические характеристики обследуемого лица, наличие ситуационной тревоги, степень выраженности депрессивных переживаний и т.п. Наиболее диагностически ценными тестовыми методиками оказались:

- Опросник MMPI представляет собой квантифицированный метод определения личностных свойств, степени адаптированности обследуемого, в том числе - уровня суицидального риска;

- Тест А. Е. Личко «Патохарактерологический диагностический опросник» (ПДО) призван определить, присущ ли обследуемому лицу неустойчивый тип акцентуации характера, есть ли сочетание его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным или истероидным типами; подобные личностные особенности служат прямым указанием на высокий риск социальной дезадаптации и, вследствие углубления конфликта, риск развития саморазрушающего поведения;

- Тест фruстрационной толерантности Розенцвейга помогает определить, насколько остро обследуемый реагирует на фрустрирующие ситуации, как он воспринимает свои неудачи; тест косвенно позволяет судить о том, насколько развиты компенсаторные механизмы психики обследуемого;

- Тест определения направленности личности Баса - Дарки помогает выявить направленность личности: на себя, на окружающих, на созидание, на разрушение и т.д.

- Шкала тревоги Тейлора помогает сделать выводы о том, насколько тревожен обследуемый, легко ли вывести его из равновесия и т.д.

- Шкала психологической экспрессиодиагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств позволяет определить не только наличие

депрессивного фона настроения в клинически малой степени выраженности или неопределенности, но и оценить принадлежность синдрома к определенному классу депрессий – невротических или психотических.

Результаты тестирования уточнялись с использованием методик экспериментальной патопсихологии. По результатам проведённого диагностического обследования мы делали заключение о наличии или отсутствии у обследуемого признаков депрессии, повышенного уровня тревожности, индивидуально – личностных особенностей, обуславливающих его суицидальные наклонности.

У всех пациентов с истинными суицидальными попытками были выявлены признаки депрессивного состояния. Основными симптомами являлись потеря возможности получать удовольствие и испытывать радость от тех вещей в жизни, которые раньше приносили положительные эмоции. Человеком овладевали безнадежность, вина, самоосуждение и раздражительность. Появлялось ощущение своей нежеланности и бесполезности, в силу чего приходили мысли, что жизнь не имеет смысла. Пациент «зацикливался» на собственных неудачах, остро их переживал, у него формировался общий пессимистический взгляд на будущее. У подавляющего большинства пациентов были выявлены психогенные причины депрессии: смерть близкого человека, серьёзные конфликты в семье или на работе, перемена места жительства и т.п.

Изучение анамнеза и экспериментально – психологические исследования выявили следующие особенности лиц, совершивших суицидальные попытки:

1. При демонстративно – шантажных попытках (без истинного намерения убить себя), более половины пациентов имели истероидный, истероидно-неустойчивый или гипертимно-истероидный типы личности;

2. Аффективные суицидальные попытки чаще совершались лицами с высоким уровнем эмоциональной лабильности. В структуре личности сочетались ригидность установок, выраженное желание достичь своей цели, во что бы то ни стало, целеустремлённость в значимых ситуациях и одновременно неспособность к компромиссам, склонность к импульсивным поступкам;

3. В системе ценностей непропорционально большой удельный вес занимали значимые личные отношения с противоположным полом. При этом на задний план отодвигались другие немаловажные сферы отношений – профессиональная, производственная, дружеские связи. Выявлялась повышенная потребность в эмоциональной близости, зависимость от любимого человека, когда собственное «я» растворяется и воспринимается лишь в паре «я - она» или «я - он», а вся жизнь строится на сверх значимых отношениях;

4. Эгоцентризм, погруженность человека в себя, сосредоточенность на своем внутреннем мире – эти качества выявились у «одиночек», замкнутых и необщительных людей.

В зависимости от результатов описанных выше диагностических методик, использовалась различного вида психотерапия: семейная либо индивидуальная. Особое значение при выборе вида терапии имел анализ причин, по которым пациент хотел уйти из жизни. Если это – проблемы в семье, то, безусловно, выбиралась семейная терапия и велась работа со всеми членами семьи. Однако самым лучшим вариантом терапии являлась, всё же, индивидуальная работа. Как правило, эти виды терапии эффективно сочетались между собой.

Психокоррекция включала ряд техник, позволяющих помочь пациенту справиться с желанием покинуть этот мир, вселить в него надежду на завтрашний день, уважение к себе и любовь к жизни. В рамках данной статьи мы не ставим для себя цели рассмотреть все используемые методики терапии в постсуицидный период, поэтому обозначим только наиболее общие направления коррекционных мероприятий:

- снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации;
- уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суициальное поведение;
- формирование компенсаторных механизмов поведения;
- формирование адекватного отношения к жизни и смерти;
- увеличение уровня самоконтроля;
- повышение самооценки, развитие адекватного отношения к собственной личности.

Одной из важных задач психокоррекционной работы являлась активизация факторов, препятствующих возникновению суициального поведения. Чем большим количеством антисуициальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуициальный барьер. К таким антисуициальным факторам относятся, например, эмоциональная привязанность к значимым родным и близким, убеждения о неиспользованных жизненных возможностях, наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов, а также психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности.

Безусловно, психокоррекционная работа с пациентами, совершившими демонстративно-шантажные суициальные попытки, требует определённых усилий со стороны медицинского психолога – это выявление («кристаллизация») психологичес-

кой проблемы, совместный поиск альтернативных путей разрешения конфликтных ситуаций, разъяснение вредного растворяющего влияния алкоголя на эмоции и т.п. Как правило, для проведения подобного рода работы бывает достаточно нескольких дней пребывания пациента в стационаре. Совершив подобного рода поведенческий акт, человек, как правило, уже получает ожидаемые «девиденты»: родные и близкие встревожены, демонстрируют предельную осторожность и внимание в общении с решившим «уйти из жизни» родственником. Помимо этого, человек, впервые попавший в психиатрический стационар, оказывается шокированным от увиденного и не «испытывает желания» повторной госпитализации.

Намного сложнее работа с пациентами, совершившими истинно суицидальные попытки. В их основе лежит, как правило, социально - психологическая дезадаптация, нарушение взаимоотношений личности с социальной средой в условиях переживаемого этой личностью микросоциального конфликта. Решение на совершение такой попытки вызревает не мгновенно, ему предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации; человек находится в состоянии безысходности, отчаяния. Поэтому психокоррекционная работа с истинным суицидентом – это длительная и деликатная работа.

Работая во всех обозначенных направлениях, при условии достаточного доверия со стороны пациента, в большинстве случаев удавалось вернуть ему желание жить. Однако то, как происходит реадаптация человека в той самой микросоциальной среде, которая вызвала суициальную настроенность, отследить не представлялось возможным, дальнейшая судьба суицидента оставалась неизвестной.

Особенности периода после суицида требуют разработки не только психотерапевтических, но и социотерапевтических мероприятий, адресованных к микроокружению пациента. Ведущий принцип оказания помощи таким пациентам – это комплексность, включающая психотерапевтическую коррекцию, медикаментозное лечение, а также социальные программы. В условиях психиатрического стационара – это краткосрочная интенсивная психотерапия, направленная на дезактуализацию психотравмирующих переживаний, перестройку ценностных ориентаций, повышение самооценки. В дальнейшем, после выписки, акцент должен перемещаться на социореабилитационные мероприятия, так как социопсихологические факторы имеют большее значение в предупреждении повторных попыток, чем клиническая симптоматика. В первую очередь, это нормализация отношений в окружающей пациента микросреде, восстановление их социального статуса. Безусловно, что для полноценной реабилитации необходима преемственность

в реадаптации: после общепсихиатрического отделения – кабинет социально - психологической помощи, в некоторых случаях - кризисный стационар с долговременной психотерапевтической программой, телефон доверия.

В настоящее время в нашем городе, как и в большинстве городов Казахстана, отсутствует суицидологическая служба, действующая на принципах этапности. Суициденты с кризисными состояниями после оказания им первой медицинской помощи, как правило, направляются в психоневрологический диспансер. Во многих случаях пребывание суицидента в одной палате с психически больными людьми ещё более усугубляет его душевное состояние, обостряет ощущение никчемности и ничтожности, препятствуя процессу психологического выздоровления. Гораздо более целесообразно было

бы создание кабинетов социально-психологической службы в городской поликлинической сети, куда пациент мог бы обратиться для решения возникших психологических проблем. Остро необходимо создание круглосуточных телефонов доверия, пунктов социально-психологической помощи, психотерапевтических центров и кризисных стационаров. В мировой практике уже существуют достаточно эффективные системы организации профессиональной психологической и психотерапевтической помощи суицидально настроенным пациентам, значительно снижающие количество суицидов в стране. Самоубийство – явление социальное, и нельзя забывать о том, что уровень развития культуры общества во многом определяется тем, как в нём осуществляется забота о каждом отдельном гражданине.

Литература:

1. Акопов Г. В. и др. (ред.) *Методы профилактики суицидального поведения*. – Самара-Ульяновск, 1998.
2. Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С. *Предупреждение самоубийств*. – М., 1980.
3. Амбрумова А. Г., Тихоненко В.А. *Диагностика суицидального поведения* // *Методические рекомендации*. – М., 1980.
4. Бек А., Раши А. И др. *Когнитивная терапия депрессий*. – СПб.: Питер, 2003.
5. Гилинский Я. И. *Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением*. – М., 1989.
6. Голант М., Голант С. *Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помоги себе - помоги другому*. – М.: Институт психотерапии, 2001.
7. Конанчук Н. В. *Первый психотерапевтический контакт после суицида. Психогигиена и психопрофилактика*. – Л., 1983.
8. Литvak М. Е., Мирович М. О. *Как преодолеть острое горе*. – Ростов-на-Дону: Феликс, 2000.
9. Лукас К., Сейден Г. *Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства*. – М.: Смысл, 2000.
10. Старшенбаум Г. В. *Формы и методы кризисной психотерапии* // *Методическое рекомендации*. – М., 1987.
11. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Проблемы оказания психотерапевтической, медико-психологической помощи в Республике Казахстан: пути решения», г. Алматы, 15-16 февраля 2007 г.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССА И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ С ПОЗИЦИИ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Т. Г. Бохан

В психологической и психиатрической литературе исследователи отмечают повышение уровня общей тревожности, напряженности и беспокойства людей, обусловленные растущим «темпом жизни» и увеличением её социальной, экономической, экологической, техногенной, личностной «стрессогенности» [1, 2, 3]. В России и за рубежом наблюдается рост социально-стрессовых расстройств, среди которых наиболее часты невротические и психосоматические нарушения, аддиктивные формы аномального поведения, донозологические психические расстройства психической адаптации [4, 5]. В Европе ежегодно умирают более миллиона человек вследствие стрессогенных нарушений функций сердечно-сосудистой системы [6]. По оценкам некоторых западных экспертов, 70% заболеваний связаны с эмоциональным стрессом. По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. М. Сербского, соотношение хронического стресса и острого стресса в развитии неврно-психических расстройств представляет 85% на 14,5%. В связи с этим исследовательская активность направляется не только на изучение экстремальных факторов, влияющих на здоровье и личность человека, но и на повседневные трудности. Именно с ними связана разработка проблемы «стресса повседневной жизни», «хронического стресса», «латентного стресса», «трудных жизненных ситуаций». Понимание клинических аспектов стресса во многом зависит от того, какие образцы решения данной проблемы предлагает современная психология.

В исследованиях проблемы стресса культурно-исторической направленности [7, 8, 9, 10] показано, что типичным фактором риска возникновения психологического стресса для современного человека является переживание невозможности саморазвития и самореализации. Ощущение неопределенности и отсутствие видения собственной самореализации создает состояние беспокойства, депрессии, агрессивности, беспомощности, которые, как отмечают исследователи в области медицины и психологии, входят в число факторов таких социально значимых заболеваний, как алкоголизм, наркомания, игровая зависимость. Согласно концепции Дж. Долларда [11], стресс сопровождается не только переживанием негативных эмоций, но нередко и агрессией, которая посредством механизма «переадресации» может реализовываться в ин-

толерантном поведении по отношению к другим этническим группам.

Тогда как переживание человеком, в том числе в постоянном взаимодействии с представителями национальных меньшинств и национальностей, уверенности в своей способности преодолевать жизненные трудности, не защищаясь этническими предрассудками, способствует развитию чувства компетентности и собственной ценности, повышает самооценку человека, его уверенность в собственных силах, в том, что он может созидать свой жизненный мир [12, 13]. Многочисленные психологические и философские исследования подтверждают мысль о том, что полноценное проживание жизни человеком, её индивидуальность и смысловая наполненность зависят от способности личности организовать и реализовать её по собственному замыслу. Становление «человеческого в человеке» невозможно без стрессов, без «овладения собой» [15], «личность рождается при решении экзистенциальной задачи освоения и овладения сложностью собственного бытия» [16 - С. 6].

Сегодня всё отчётливей пропасть тематика стресса как явления, которое не просто сопровождает процесс выхода человека на новые параметры собственного развития, но и является условием этого выхода. Для современного человека, с его интеллектуальными и личностными ресурсами, как результатом антропогенеза, культурно-исторического развития общества, формируются такие возможности, которые позволяют видеть в стрессе основания для собственного развития, трансформируя его в эустресс, в процесс самореализации, а не переживать дистресс, становясь пассивной жертвой обстоятельств [17, 18, 10]. Клинический аспект проблемы стресса и стрессоустойчивости в культурно-историческом подходе связан с ответом на вопрос: каким образом различные культуры и исторические эпохи, приписывая субъекту специфические атрибуции ответственности и вины, создают различные «конфигурации субъект-объектных разрывов» [19] и соответственно различные типы скрытых конструкций, определяющих «культурно-исторический патоморфоз конверсионных расстройств» [20]. Как верно отмечено А.Ш. Тхостовым, сама возможность возникновения «конверсионных функциональных расстройств» является платой «за превращение анатомического организма в культурное тело и приобретение им семиотических свойств» [19].

Исследование клинико-психологических аспектов проблемы стресса и стрессоустойчивости с учетом концептуальных оснований теории стресса и стрессоустойчивости с позиции культурно-исторического подхода предполагало изучение трудностей самореализации лиц с клиническим диагнозом «невротические, связанные со стрессом расстройства». В исследовании принимали участие пациенты с клиническим диагнозом «nevротические, связанные со стрессом расстройства», «проблемы приспособительного поведения» (МКБ-10, F 43.2), находящиеся на лечении в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (г. Томск) и Медико-психологическом центре (г. Ангарск Иркутской области) в количестве 128 человек в возрасте от 20 до 52 лет, среди которых лиц мужского пола – 40 человек, женского – 88 человек. Исследование реализовано с помощью методик: Определение индекса качества жизни (Р. С. Элиот), Оценка смысложизненных ориентаций (СЖО) (Д. А. Леонтьев), Томский опросник ригидности (Г. В. Залевский), Оценка копинг-стратегий в эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферах (Э. Хайм), опросник адаптирован сотрудниками Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, также использовались методы: проективный – модифицированный вариант метода незаконченных предложений Ж. Нюттена и метод свободных высказываний; семантический метод – контент-анализ.

Результаты исследования

Оценка индекса качества жизни, которая позволяет представить степень удовлетворенности в 34 жизненных сферах и выявить уровень стресснапряженности, свидетельствует, что средний показатель у всех респондентов по всем сферам жизнедеятельности в пределах низкой нормы или ниже её: 15% респондентов имеют средний показатель от 5,5 балла до 5,7 балла, в то время как у 84,0% респондентов он ниже крайнего нормативного показателя (5 баллов). Эти показатели подтверждают высокий уровень сохраняющейся стресснапряженности у данных лиц. Наиболее выраженная стресснапряженность установлена в сферах: личные устремления и достижения, распределение времени, личные переживания, мысли о своем будущем, физическое состояние, финансы, конфликты и кризисы за последние 6 месяцев, физическая активность, самоконтроль, принятие решения, тенденции к оптимизму, чувство вины и стыда, скрытность, индивидуальная приспособляемость, гнев, самоуважение, жизненные ценности и принципы. Последняя из перечисленных сфер имеет самый низкий средний показатель. В то же время респонденты высказывают удовлетворенность физическим здоровьем, общением с коллегами и близкими, отношениями со своими детьми и родителями, отношениями на работе, с

друзьями, соседями, указывают, что могут обходиться без табакокурения.

Феноменологическое исследование представлений о трудных ситуациях, результаты которого были обработаны методом контент-анализа, позволило получить представления о наиболее актуальных для респондентов смыслах трудных ситуаций, установках на характер влияния трудных ситуаций на их личность и состояние, переживаемых чувствах и стратегиях поведения, представлениях о роли трудных ситуаций в их жизненном пути.

Наиболее актуальные смыслы респондентов связаны в 61,5% случаев с переживанием частоты возникновения трудностей. При этом 50% респондентов указывают, что трудные ситуации встречаются часто и очень часто, 11,5% отмечают, что они встречаются периодически. В остальных случаях приводятся высказывания с различными актуальными для респондентов смыслами трудных ситуаций: указывают на их значимость – 11,5%, на переживание трудностей в межличностных отношениях – 7,6%. Отдельные случаи связаны с переживанием потерь, развода, переезда. Встречается отношение к трудностям как к «испытанию», как «борьбе с негативом», а также как к определенному влиянию извне, вызывающему изменения: «делают меня опытнее», «вызывают раздражение».

Одна половина (50,0%) респондентов указывает на отрицательное для них влияние переживания трудных ситуаций (трудные ситуации делают «беспомощным», «уязвимой», «слабой», «нерешительным», «зависимой», «злой», «растерянной», «раздражают»), в то время как вторая половина респондентов (50,0%) считает, что трудные ситуации делают их более «жизнестойкими» (трудные ситуации делают «сильнее», «опытнее», «собраннее», «реалистичной»).

В своих высказываниях респонденты приводили примеры своего обычного поведения в трудных ситуациях: 69,0% респондентов указывают на пассивно-страдательное поведение: «плачусь», «теряюсь», «паникую», «раздражаюсь», «ожду, что пожалеют», «расстраиваюсь», «страдаю»; 19,0% указывают на собственную мобилизацию и активность по преодолению трудностей: «мобилизуюсь», «собираю свои силы», «стараюсь выкрутиться», «пытаюсь бороться», 19,5% готовы обдумывать ситуацию и принимать решения.

В отношении переживаемых чувств в трудных ситуациях 73,0% респондентов в своих высказываниях приводят отрицательные чувства: «страх», «тревогу», «раздражение», «беспомощность», «незащищенность», «подавленность», «растерянность», «безысходность», «слабость», «тоску», «печаль», «обиду». Другие (27,0% респондентов) указывают на такие, на наш взгляд, положительные, мобилизующие в плане совладания с трудностями чувства, как «мыслительный процесс активизиру-

ется», «подъём духа», «желание что-то делать», «что у меня все получится», «выброс адреналина», «что нужно сосредоточиться».

Трудные ситуации вызывают у большинства (92,0%) респондентов отрицательные последствия: «шок», «неприятные чувства», «приступ депрессии», «растерянность», «отчаяние», апатию», «слёзы», панику», «страх», «нежелание что-либо делать», «огорчение», «отчаяние», «злость», «неудовлетворение», «стресс», «обречённость». Важным в трудных ситуациях респонденты считают: понимание и поддержку со стороны – 38,0%, умение сохранять спокойствие и контролировать свои эмоции, состояние – 42,2%, принять решение и разрешить ситуацию – 15,0%. Они считают, что в трудных ситуациях необходимо «держать себя в руках» – 26,9%, самостоятельно искать выход – 26,9%, уметь собраться с мыслями, сосредоточиться и решать – 19,2%, быть уверенным, что трудности разрешатся – 19,2%.

Изучая возможности волевого и зависимого поведения респондентов в трудных ситуациях, были получены следующие данные. В трудных ситуациях, по мнению респондентов, им приходится

«делать то, что не хотелось бы», «извиняться», «испытывать трудности» в 50,0% случаев; проявлять волевые усилия: «полагаться на себя», «думать», «напрягаться», «бороться одной» – 50,0% высказываний.

В отношении мнения респондентов по поводу того, что им помогает в трудных ситуациях, были получены следующие основные категории: «чувство собственного достоинства и вера в себя» – 34,6%, «поддержка со стороны» – 26,9%, «сознание, анализ, контроль, обдумывание» – 26,9%, «жизненный опыт» – 12,0%, «оптимизм и вера» – 7,0%.

Оценка особенностей копинг-стратегий в реальной жизнедеятельности респондентов подтвердила феноменологические данные. Изучение особенностей копинг-стратегий в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах методом частотного анализа позволило выявить следующие особенности. Когнитивно оценивая ситуацию, большинство респондентов проявляют растерянность и смирение, чаще не придают трудным ситуациям смысл возможностей для собственного развития, не используют проблемный анализ и не проявляют диссимиляции.

Таблица 1

Наиболее используемые и неиспользуемые копинг-стратегии когнитивной сферы (%)

Используемые когнитивные копинг-стратегии	Количество респондентов	Неиспользуемые когнитивные копинг-стратегии	Количество респондентов
Растерянность	85,0	Придание смысла	80,7
Смирение	50,0	Диссимиляция	57,0
Сохранение апломба	42,0	Проблемный анализ	38,0

Эмоциональное «совладание» у многих происходит за счет эмоциональной разгрузки – «слёзы», аутоагgressия в виде «самообвинения» или «агрессии», направленной на других. Таким образом, подтверждается наше предположение о том, что если эмоция, сигнализирующая о смысле ситуации, не направляется на расширение смысла ситуации,

внутреннюю работу по построению нового смысла – более высокого порядка, поиск новых действий по его реализации, то она «удерживается» в «защите», закрывая человека в его развитии, что находит свое выражение в саморазрушительных формах поведения. Многие респонденты при встрече с трудностями уже настроены пессимистично.

Таблица 2

Наиболее используемые и неиспользуемые копинг-стратегии эмоциональной сферы (%)

Используемые эмоциональные копинг-стратегии	Количество респондентов	Неиспользуемые эмоциональные копинг-стратегии	Количество респондентов
Эмоциональная разгрузка	76,9	Оптимизм	57,6

Поведение в трудных ситуациях характеризуется ими такими неадаптивными стратегиями, как активное избегание, отвлечение и отступление. На наш взгляд, использование этих стратегий подтверждает вышеупомянутое рассуждение о том, что переживание частоты трудностей, не вникая в их смысл, установка на отрицательные последствия трудных ситуаций для личности, неадекватность и неуспеш-

ность пассивно-страдательных стратегий совладания, снятия с себя ответственности и контроля, отсутствие волевых усилий порождают смысл использования активного избегания трудностей, отвлечения от них, отступления, что не позволяет человеку выходить на новые параметры собственного развития, приводит к постепенному саморазрушению, что мы проявляется в симптомах расстройств.

Таблица 3

Наиболее используемые и неиспользуемые копинг-стратегии поведенческой сферы (%)

Используемые поведенческие копинг-стратегии	Количество респондентов	Неиспользуемые поведенческие копинг-стратегии	Количество респондентов
Активное избегание	80, 7	Сотрудничество	88
отвлечение	53,8	Компенсация	69
Отступление	50	Конструктивная активность	42

Респонденты, несмотря на то, что считают важным необходимость социальной поддержки в трудной ситуации, игнорируют стратегию сотрудничества. Также они указывают, что копинг-стратегию конструктивной активности они считают необходимой в совладании с трудностями, но в их реальном совладании она остается невостребованной ими, что может свидетельствовать о невозможности самореализации в трудных ситуациях. Компенсаторные стратегии поведения у них также не выявлены.

Анализ данных относительно выраженности психической ригидности в структуре личности показал, что симптомокомплекс психической ригидности, указывающий на склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения, представлен высокими баллами у 80,0% респондентов данной группы. Высокую актуальную ригидность имеют 54,0% исследуемых, высокая сензитивная ригидность проявляется в 46,0% случаев, высокая ригидность как состояние выявлена у 46,0% и очень высокая ригидность как состояние – у 53,8%, установочная ригидность у всех респондентов, за исключением одного в пределах нормативных баллов, высокую преморбидную ригидность имеют 50,0% исследуемых.

В установлении особенностей самореализации представителей исследуемой группы необходимым являлось изучение жизненных ценностей, целей, планов их осуществления, представлений респондентов о факторах, препятствующих и способствующих достижению жизненных целей. Контент-анализ высказываний «Ради чего они собираются прожить свою жизнь, в чем видят её смысл» позволил выделить несколько смысловых категорий: ценности семьи и детей – 34,6%, альтруистические ценности, связанные с близкими людьми, – 26,9%, эгоцентрические гедонистические ценности – 30,7%, ценности саморазвития и самореализации – 19,2%, ценности карьерного роста – 15,3%. Эти ценности, как пространственные характеристики, могут указывать на те сферы жизнедеятельности, с которыми связана реализация наиболее значимых потребностей респондентов. При невозможности их реализации респонденты могут переживать стрессы.

Профессиональные цели респондентов представлены ими в следующих основных категориях: приобрести новую профессию и сменить профессию – 38,0%, профессиональное самосовершен-

ствование – 23,0%, устраивает работа и нет цели – 19,0%, карьерный рост – 19,0%. К факторам, препятствующим достижению целей, 50,0% респондентов относят внешние условия, 38,0% считают, что таковыми являются собственные характеристики человека (личностные качества, желания), 11,5% не видят препятствий для реализации целей. Помогающими факторами в реализации целей большинство (76,0%) считают собственные личностные качества, 30,0% респондентов называют также внешние условия.

Обсуждение результатов исследования

Обобщая вышеприведенные результаты, отмечаем, что наиболее стресснапряженными оказались для респондентов не межличностные, социальные отношения, а личностное функционирование – трудности самореализации. Так, респонденты указывают, что им до сих пор не ясны их жизненные ценности и принципы, при этом они часто чувствуют себя неудачниками, так как переживают недостижение многих своих целей. Неопределенные жизненные ориентации сопровождаются такими формами поведения, как неумение планировать и организовать свое время, отсюда ощущение, что его постоянно не хватает, что влечет за собой постоянную напряженность и неудовлетворенность. Для них характерны трудности самоконтроля, принятия собственных решений. В то же время они проявляют некоторую негибкость – им трудно приспособливаться к новым условиям, нелегко менять собственное мнение. Возможно, с этим могут быть связаны напряженность личностных переживаний, конфликты и кризисы за последнее время. Такое состояние усугубляется тем, что респонденты не свободны в собственном самовыражении, не могут говорить открыто о том, что думают, их настораживают мысли о своем будущем, что способствует накоплению стресснапряжения, которое находит неадекватный выход в частом переживании чувств вины, стыда, гнева. При таком эмоциональном состоянии и личностном функционировании они указывают на плохой сон, сниженную физическую активность.

Феноменологический анализ представлений о трудных ситуациях показал, что большинство из исследуемых не могут содержательно охарактеризовать трудные ситуации, выделить их смысловую сторону. Значимым для большинства из респонден-

тов является переживание частоты возникновения трудных ситуаций. Не задумываясь над смыслами трудных ситуаций, их содержанием, они переживают частоту их возникновения. Вероятно, для них имеет значение смысл легкой жизни, жизни без трудностей, при этом не важно каких. Смысловая категория трудных ситуаций, конкретизированная в высказываниях «борьба с негативом» и «испытание», может указывать на сформировавшуюся установку воспринимать жизненные трудности как внешнюю силу, отрицательную для человека, с которой приходится бороться, или фатальную, без которой не возможно выживание, собственное утверждение. Анализ этих высказываний позволяет предположить, что данная группа респондентов имеет клинический диагноз не как результат острого стресса, переживания конкретной стрессовой ситуации, а как следствие определенного отношения к решению жизненных задач, которым они придают смысл трудностей, и психологической неготовности эффективно справляться с ними.

Результатами переживания трудных ситуаций половина респондентов считает отрицательные изменения их личностных характеристик, делающих их уязвимыми и страдающими в жизни, другая половина связывает их с появлением таких черт, как возможность стать «сильным», «собранным», «реалистичным», «опытным». Последние характеристики при условии их негибкости могут быть, на наш взгляд, неэффективными в плане совладания с трудностями: вызывать чрезмерную напряженность, упрямство, затруднять перспективное видение и рассмотрение альтернативных контекстов, фиксировать на прошлом опыте. В этом мы можем заметить их изначальную установку видеть в трудностях опасность для личностного благополучия.

Большинство респондентов указывают, что обычным в трудных ситуациях является у них пассивно-страдательное поведение. В трудных ситуациях поведение большинства строится по типичной схеме: первичная установка на любые трудности как на угрозу личности, отсюда возникает смысл оградить себя от трудностей, а если не удаётся, то возникают поведенческие реакции, свойственные людям на более ранних этапах онтогенетического развития, при которых перекладывается ответственность и сила на «враждебную» среду, снимается собственный контроль и остается поведение «бессильной жертвы обстоятельств», где нет места поиску, открытости новому взгляду на трудности, на собственную роль в их формировании и преодолении: «плачу», «теряюсь», «раздражаюсь», «становлюсь бессильной» и т. д. Однако, отдельные респонденты понимают необходимость активного включения мыслительной деятельности и собственных действий, что может быть использовано в качестве психологического ресурса в психокоррекционной работе с этими пациентами.

Пассивно-страдательное поведение сопровождается у большинства (73,0%) респондентов отрицательными чувствами. В трудных ситуациях практически у всех (93,0%) доминируют отрицательные состояния. Вероятно, переживание отрицательных чувств и состояний вызывает важность для них копинг-стратегий социальной поддержки и эмоциональной саморегуляции в трудных ситуациях. Хотя, как показали результаты выявления копинг-стратегий в различных сферах, сами респонденты игнорируют копинг-стратегию сотрудничества при преодолении трудностей. То есть, считая важным наличие социальной поддержки, в реальной жизнедеятельности они не принимают её для эффективного совладания. Отчасти такое противоречие можно объяснить возрастными особенностями, связанными со стремлением к самостоятельности, что подтверждается, на наш взгляд, их мнением, что в трудных ситуациях им необходимы: саморегуляция своих эмоциональных состояний, самостоятельные действия, умение самостоятельно собраться с мыслями, быть уверенными в себе. Однако, несмотря на такое мнение, половина респондентов указывает, что они способны проявлять волевые усилия, несмотря на свое состояние, другая половина демонстрирует невозможность саморегуляции, самообладания и самоорганизации в трудных ситуациях.

Преобладание неадаптивных копинг-стратегий в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах в виде триады: растерянность – эмоциональная разгрузка – активное избегание и неиспользование в трудных ситуациях таких копинг-стратегий, как придание трудностям смысла возможностей собственного развития, проблемного анализа, оптимизма, сотрудничества и конструктивной активности может свидетельствовать о низком уровне психологической готовности к совладанию со стрессами у данных респондентов. Эти стратегии в сочетании с неготовностью респондентов быть открытыми, способными к изменениям, как по отношению к себе, своему внутреннему миру, так и к окружающему миру (социальный, предметный) в состояниях эмоциональной напряженности, не позволяют им удерживать свою целостность в процессе жизненных изменений, что приводит к закрытию в развитии человека.

В особенностях самореализации респондентов мы замечаем, что ценности саморазвития и самореализации представлены незначительно, альтруистические ценности связаны с их близкими людьми и не имеют общественную направленность, доминируют эгоцентрические ценности и ценности карьерного роста. При этом в профессиональных целях выражено стремление сменить профессию как следствие неудовлетворенности профессиональной самореализацией. Переживание такой кризисной ситуации может иметь свои варианты развития: либо знаменовать начало нового этапа в лич-

ностном развитии, который сопровождается поиском идентичности, либо заострением негативных проявлений кризиса, что может найти свой выход и в психическом расстройстве. Небольшое количество респондентов видят свою профессиональную цель в профессиональном совершенствовании. У многих профессиональные цели ориентированы на карьерный рост, при этом отсутствует четкое видение плана его достижения, что отражает самореализацию репродуктивного типа, связанную с актуальными ситуативными смыслами. Вероятно, такой актуальный смысл связан у респондентов с нереализованной потребностью в самоутверждении. Указание респондентов на отсутствие цели и на то, что работа устраивает, может свидетельствовать об отсутствии ценности саморазвития и стремления к самореализации, либо говорить о неопределенности жизненных ориентаций или жизненной ситуации. Таким образом, многие из исследуемых находятся на этапе неопределенности профессионального самоопределения, у других - характер самореализации представлен репродуктивным типом, связанным с актуальными ситуативными смыслами, у отдельных респондентов мы встречаем стремление к профессиональному саморазвитию и совершенствованию, однако, анализируя их планы и этапы в отношении достижения цели, можно заметить, что часто они не соответствуют цели, ограничены одним или двумя этапами, то есть, нет чёткого представления об их реализации. Такое несоответствие, разрыв между целями и средствами вновь не позволит им перейти к реальной деятельности, выводящей их в новый образ жизни, замыкает их в тех условиях жизнедеятельности, которые они переживают как невозможности самореализации.

Вывод: трудности самореализации респондентов обусловлены переживанием неопределенности профессионального самоопределения, установкой на трудные ситуации как на угрозу их личному благополучию, пассивно-страдательными копинг-стратегиями, отсутствием собственной ответственности и волевых усилий, выраженной психической ригидностью, что порождает и фиксирует смысл активного избегания трудностей, отвлечения от них, отступления и не позволяет формировать новые смыслы в профессиональном самоопределении, соответствующие им стратегии их реализации. Сочетание данных параметров представлено в двух вариантах соотношения образа мира и образа жизни: их несоответствие, расхождение или слитность, что обуславливает появление и сохранение стресс-напряжения респондентов, переходящее на уровень расстройства.

Возможности профилактики и коррекции

Опираясь на концептуальные основания теории стресса и стрессоустойчивости с позиции культурно-исторического подхода, а также на результаты

полученных эмпирических данных, нами были определены основные «мишени» и задачи психологической профилактики и психологической коррекции дистрессовых проявлений.

В психопрофилактике и психокоррекции выделено два направления: онтогенетически ориентированное и проблемно ориентированное. Онтогенетически ориентированное направление предполагает создание условий на уровне специально организованной консультативной и психокоррекционной сред для устранения дефицитов в наличии новообразований в компонентах образа мира, образа жизни и в окружающем мире человека, отражающих усложнение сознания в онтогенезе, свидетельствующих о формировании компонентов психологической готовности к эффективной трансформации стрессов в возможности развития человека. Проблемно ориентированное направление предполагает психокоррекционное воздействие на смысловое содержание трудных ситуаций, на стратегии совладания со стрессом, личностные качества, на овладение алгоритмом процесса самоорганизации в разрешении трудных жизненных ситуаций.

В психокоррекционной работе со смысловым содержанием трудных ситуаций основной задачей является развитие умения не избегать, а концентрироваться на отрицательной эмоции для раскрытия и принятия её смысла как основания для понимания динамики в собственной идентичности в виде новых возможностей, которые «требуют» выхода в реальную жизнедеятельность, а также принятие ответственности за поиск условий, обеспечивающих этот выход. Психокоррекционная работа со стратегиями совладания со стрессом включает такую основную задачу, как формирование психологической готовности к использованию различных существующих в репертуаре совладающего поведения человека копинг-стратегий. В психологической коррекции личностных качеств в соответствии с данной методологией психологии стресса необходимо решение таких задач, как создание условий для понимания и принятия ценности самореализации, саморазвития как главного условия выживания человека в современных условиях жизни общества; развитие личностной флексибильности (гибкости) как готовности системы к самоизменениям, способности изменять свой образ жизни и свой образ мира в процессе жизни, которая сама предстает как непрерывный процесс разрешения постоянно воспроизводимого противоречия между образом жизни и образом мира человека; развитие рефлексивного компонента, включающего в себя способность к осознанию человеком самого себя как субъекта своего образа жизни (интернальность); развитие трансакоммуникативных качеств личности как способности к смысловой коммуникации по отношению к самому себе и окружающему миру.

Литература:

1. Аракелов Г. Г. Национальный проект «Здоровье» и психическое здоровье населения России // Психология перед вызовом будущего: материалы науч. конф., приуроченной к 40-летнему юбилею факультета психологии МГУ. – М., 2006. – С. 5 - 6.
2. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Часть 1: «Coping stress» и теоретические подходы к его изучению // Психол. журн. – 2006. – Т. 27, №1. – С. 122 - 33.
3. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб: Питер, 2006. – 256 с.
4. Дмитриева Т. Б., Воложин А. И. Социальный стресс и психическое здоровье. – М., 2001. – 248 с.
5. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. Ун-та. 2008. – 588 с.
6. Lannone V. Stress und Krankheit // Raum und Zeit. – 1990. – Vol. 9, № 4. – P. 60 - 62.
7. Жданов О. И., Бакштанский В. Л. 10000 дней менеджмент жизни. – М., 2001. – 563 с.
8. Поляков А. С. Современные проблемы клинической психологии // Сибирский психол. журн. – 2002. – Вып. 11. – С. 8 - 16.
9. Татарко А. Н., Лебедева Н. М., Козлова М. А. Этническая идентичность и ценностные ориентации представителей традиционных культур в условиях модернизации общества // Журн. прикладной психологии. – 2004. – № 4 - 5. – С. 120 - 127.
10. Бохан Т. Г. Проблема стресса в психологии: трансспективный анализ. Томск: Иван Федоров. – 2008. – 156 с.
11. Петренко В.Ф., Митина О. В., Бердников К.В. Психосемантический анализ этнических стереотипов: лики толерантности и нетерпимости. – М.: Смысл, 2000. – 73 с.
12. Inkeles A., Smith D. H. Becoming modern. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.
13. Залевский Г. В. Фиксированные формы поведения как коммуникативные барьеры в кросскультуральном контексте // Менталиитет и коммуникативная среда в транзитивном обществе. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – С. 153 - 168.
14. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. - Педагогика. – 1983.
15. Зинченко В.П. Общество на пути к «человеку психологическому» / Вопросы психологии. – 2008. - № 3. - С. 3 – 11.
16. Клочко В. Е. Галажинский Э. В. Самореализация личности: системный взгляд. – Томск: ТГУ, 1999. – 153 с.
17. Кабрин В. И. Коммуникативный мир и транскоммуникативный потенциал жизни личности. – М.: Смысл, 2005. – 248 с.
18. Бохан Т.Г. Стресс и стрессоустойчивость: опыт культурно-исторического исследования. Томск: Иван Федоров. – 2008. – 156 с.
19. Хостов А. Ш. Телесность человека в контексте культурно-исторического подхода // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2002. – № 4. – С. 34 - 40.
20. Якубик А. История. Методология. Психопатология.- 1982. – 342 с.

РАЗЛИЧИЯ В РАСПРЕДЕЛЕНИИ РЕСПОНДЕНТОВ АРАЛЬСКОЙ И КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ЗОН ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УРОВНЮ

Ж. Ж. Бултacheев

г. Кызылорда

Исследование проведено на базе Психотерапевтической клиники, г. Кызылорда (Республика Казахстан) по теме диссертации: «Психические расстройства в Приаралье». Для исследования применялась «Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского.

В ходе первой фазы проведенной работы было обследовано 2570 пациентов, 1302 (50,66% в Кы-

зылорде) и 1268 (49,34%) в Приаралье. Почти половина обследованных (49,34% от общего числа обследованных) проживала в районах Приаралья, отнесенных к зоне экологического бедствия, а 1302 человек (50,66%) в Кызылорде в зоне экологического риска. Было выявлено 675 пациентов (336 в Аральске и 339 в Кызылорде), которые прошли многостороннее обследование.

В цели исследования входило определение наиболее значимых медико-психологических и социо-

культуральных факторов, влияющих на состояние психического здоровья населения Приаралья, для научного обоснования и разработки системного подхода к организации психолого-психиатрических лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий в экопатогенных территориях.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи исследования:

- Провести сравнительный анализ социально-демографических, социо-культуральных и медико-психологических характеристик обследованных жителей районов Приаралья с различной степенью воздействия экопатогенных факторов.

- Определить концептуальные и методические предпосылки сравнительных исследований психических расстройств у лиц, проживающих в зонах с разной степенью экологического неблагополучия.

- Провести углубленный сравнительный анализ форм социально-психологического реагирования и содержания феноменов доклинического реагирования на экопатогенные факторы различной степени выраженности.

- Определить клинико-эпидемиологические особенности непсихотических психических расстройств и расстройств поведения, связанных с экологическим неблагополучием.

- Разработать научно обоснованный системный подход к формированию и анализу первичной базы данных о лицах, проживающих в экопатогенных территориях.

- С учетом результатов проведенного исследования, разработать методические подходы к проведению лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий для лиц, проживающих в экопатогенных регионах, и принципы оценки их эффективности.

Из публикаций, описывающих материалы и методы, использованные в статье, известно, что все

обследованные были отобраны случайным образом по обращению в общеклинические амбулаторные учреждения в течение года. В связи с этим, данные, полученные в первой фазе исследования мы, прежде всего, проверили на наличие или отсутствие различий отобранных групп пациентов по многим признакам.

В частности обращает на себя внимание распределение респондентов по сфере профессиональной деятельности. Сравнивая в целом данные, представленные в таблице 1, было установлено значимое различие обследованных групп ($\chi^2=147,77$, $df=8$, $p<0,001$). Вместе с тем, задавались эти различия достоверно большим числом работников сельского хозяйства в Аральской группе ($p<0,05$), а также – достоверно большим числом работников торговли и сферы обслуживания в Кызылординской группе ($p<0,05$).

По абсолютному значению (около трети от общего числа наблюдений) в обеих группах преобладали респонденты, занятые в промышленном производстве. Причем их численность в Кызылординской группе была больше (437 человек или 33,6%), чем в Аральской (372 человек или 29,3%). Однако данную достоверность этого количественного различия подтвердить не удалось ($p=0,13$).

Весьма примечателен тот факт, что в Аральской группе было почти вдвое большее число работников здравоохранения (135 человек, 10,6% от числа респондентов в группе) против их численности в Кызылординской группе (70 человек или 5,4%). Однако их незначительная доля в обеих группах не позволила с уверенностью утверждать, что этот факт неслучайен ($p=0,15$). Отметим так же, что среди обследованных в Аральской группе не было представителей науки или высшей школы, в то время как в Кызылординской таковых было 39 человек (3,0%).

Таблица 1

Анализ различий распределения обследованного контингента больных по сфере профессиональной деятельности

Сфера профессиональной деятельности	Аральская зона		Кызылординская зона		p
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Промышленность	372	29,3	437	33,6	0,13
Сельское хозяйство	221	17,4	96	7,4	0,02
Бизнес, финансы	99	7,8	152	11,7	0,31
Образование	127	10,0	101	7,8	0,60
Наука и высшая школа	0	0,0	39	3,0	-
Культура	11	0,9	7	0,5	-
Здравоохранение	135	10,6	70	5,4	0,15
Транспорт	84	6,6	80	6,1	0,72
Торговля, бытовое обслуживание	219	17,3	320	24,6	0,03

К выше рассмотренным сведениям о различиях трудовой занятости в изученных группах, следует добавить, что в Кызылординской зоне мы чаще наблюдали лиц, занятых квалифицированным трудом. Об этом же свидетельствовал анализ их образовательного уровня (см. рисунок 1). Аральскую группу более чем на три четверти от её общего числа составляли лица с начальным (281 наблюдение или 22,1%) или средним (707 наблюдений или 55,8%) образованием. В Кызылординской группе эти категории обследованных соста-

вили немного менее двух третей, в том числе с начальным образованием или незаконченным средним 163 человека (12,5%), со средним или средним специальным 628 человек (48,2%). Обращает на себя внимание то обстоятельство, что по обеим упомянутым категориям в Аральской группе наблюдений было достоверно больше ($p<0,005$). И напротив, лиц с высшим образованием в Аральской группе (281 человек или 22,1%) было достоверно меньше ($p=0,02$) чем в Кызылординской (512 человек или 39,9%).

Рисунок 1



Как известно профессиональный и образовательный уровень позволяет более правильно реагировать на информацию любого характера. Информация о том, как себя вести в ситуации экологической катастрофы чаще всего строится на слухах, предрассудках, поскольку сведения из «официальных» источников порой крайне противоречивы, а зачастую – непонятны большей части пострадавшего населения. Безусловно, с первыми двумя признаками связано *третье обстоятельство, которое обусловлено «осадой» средств массовой информации*. В данном случае СМИ не столько ин-

формируют население о характере повреждающих факторов, сколько создают почву для дискуссий и создают общественное мнение. Деятельность большей части журналистов, отслеживающих ситуацию с экологически непрофессиональной точки зрения, излишне драматизируя события, в условиях токсической катастрофы создают картину апокалипсиса, «конца света». Таким образом, у части населения с более низким образовательным уровнем утверждается мнение не только о том, что произошла «ужасная катастрофа», но в будущем будет еще хуже и они составляют группу риска (Mazur, 1981).

Литература:

1. Mazur A. *The dynamics of technical controversies.* – Washington, 1981.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РАБОТА ЦЕЛИТЕЛЕЙ

Д. У. Адылов

Анализ процесса исцеления показывает, что его основой является определенная система взглядов, включающая выяснение сущности причин заболеваний и способов избавления от них. Такая система, независимо от того, отвечала ли она господствующему уровню знаний, имела всегда характер концепции и содержание её, сообщалось пациенту через таких лиц, которые обладали атрибутами знаний – шаманов, целителей (Ледер С., Высокиньска-Гонсер Т., 1990). Хотя целитель в ходе подготовки к лечению и в процессе его применяет различные процедуры и средства, но сущность лечебного процесса заключается не только в назначении тех или иных средств, но и в передаче пациенту определенных суждений, убеждений и целительской системы ценностей. Она заключается и во влиянии на эмоциональное состояние пациента, и в побуждении его к определенным формам поведения. Поэтому целитель большое внимание уделял своей подготовке к началу работы. Поведение целителя при подготовке к работе могло значительно усилить мотивацию пациента к лечению. Этап подготовки помогал самому целителю входить в такое состояние, когда он мог, осуществляя руководство пациентом, придать пациенту уверенность в исцелении.

Подготовка к индивидуальной работе у обследованных нами целителей была различной. Она включала в себя: медитирование у куучу с целью вызвать духов, отправление религиозных обрядов у бакши (омовение, чтение молитв), приготовление лекарств и предметов для лечения у табибов, введение себя в транс у ясновидящих. Многие целители, имея среднее медицинское образование, работали официально в центре народной медицины или при поликлиниках в качестве массажистов, санитаров. Целители, имеющие среднее специальное медицинское образование или имеющие диплом медицинского ВУЗа, работали медицинскими сестрами или врачами и, соответственно, имели рабочее место или кабинет. Часть целителей принимали пациентов в различных оздоровительных, общественных организациях или снимали помещения и осуществляли деятельность нелегально, так как «Закон о медицинской помощи» в Кыргызской Республике запрещает лечебную деятельность лицам, не имеющим медицинского образования. В селах целители выделяли для работы комнату или реже её часть в каком либо помещении. Оборудование целительских рабочих мест было различным: от доступных медицинских приборов до обычных

г. Бишкек

в этой традиции четок, камешков, амулетов (тумаров), камчи, ножа, ремней, Корана. Одежда большинства бакши была преимущественно белой, у части табибов и лиц, имеющих медицинское образование - медицинский халат. Куучу и другая часть табибов были в обычной одежде.

После приветствия пациента целители начинали расспрос, нередко похожий на врачебный (некоторые целители имели составленный строго по схеме вопросник). Ясновидящие целители (кёз - ачык) чаще старались сразу без расспроса приступить к обследованию и диагностике заболеваний и проблем посетителя. Расспрос мог сопровождаться отступлениями в прошлый опыт, когда подобный пациент был излечен, демонстрацией различных возможностей целителя, которые подкреплялись показом разных сертификатов и удостоверений различных «школ», семинаров, курсов по экстрасенсорике, по фитотерапии, по массажу, по психологическим теориям. Такие отступления более характерны были для ясновидящих и экстрасенсов. Бакши могли показать свою интервью или статью о нём в газете. Реже они имели свою печатную работу (брошюру). Табибам и куучу такие отступления были не характерны.

Затем целители приступали к обследованию пациента, которое также было различным. Обследование могло включать пульсовую диагностику; осмотр кожи, рта, глаз; ощупывание тела (особенно волосистой части головы), определение запаха пота, наблюдение за характером дыхания и кашля, экстрасенсорное (не касаясь пациента) исследование биополя. Обследование было разным и по длительности: от нескольких минут до получаса и дольше. И чем больше стаж работы у целителя, тем меньше времени он тратил на обследование. Во время исследования целители могли задавать вопросы, чаще в утвердительной форме. На что пациенты кивали головой соглашаясь, реже споря с целителем.

Обследование заканчивается заключением о наличии соматической болезни или психологической проблемы, вызванной воздействием тёмных сил или духов. Так как у каждого целителя имеется определенная (языческая, религиозная, мистическая, экстрасенсорная, упрощённо - технологическая и т.п.) система воззрений, то приобщение пациента к такой системе являлось для него привлекательным источником надежды на исцеление. Поэтому, от целителя часто следовало объяснение

ипохондрических опасений, невротических страхов, личностных проблем и предлагалась помочь и в этих случаях. При этом, целитель, исходя из своей системы воззрений, интерпретировал и объяснял пациенту, что его проблема возникает в результате неправильного образа жизни, неправильной оценки причин своего поведения или поведения близких, неадекватности предыдущего лечения. Затем, в зависимости от принадлежности к той или иной системе целительства, целителем применялась различная процедура: введение в транс бесконтактным массажем или молитвами; перевод болезни в животное (черного петуха, кошку, барана); изгнание «чёрной» энергии из тела и т.п. Всегда после проведенной процедуры давались советы по изменению образа жизни или поведения. Они касались различных аспектов жизни пациента: отношений пациента с близкими, коллегами и человеком, по мнению целителя, оказывающего на пациента негативное влияние; диеты, фитотерапии, использовании «магических» предметов и пр. Магические предметы, заранее «заговаривались» целителем и вручались пациенту.

Процесс лечения был различен у разных представителей целительства. Куучу (2,5% от всех обследованных) при индивидуальном и коллективном приёме усаживали напротив себя пациента или пациентов в строго определенной позе. Реже куучу укладывали пациента на матрас, лицом вверх и также строго следил, чтобы ноги пациента были на расстоянии двух ладоней (около 20 см) друг от друга в области ступней. Затем он предлагал закрыть глаза, открывал форточку (чтобы в комнату могли залететь духи) и начинал вслух или про себя вызывать духов, советоваться с ними, пересказывать предписания духов пациенту. Диалог с духами мог сочетаться со специальными целительскими шаманскими зиками (напевами), включающими обращение к Кудайу, к Умай - эне, Кан - Тенгри, к Манас - Ата, к Камбар - Ата. В орхено - енисейских памятниках Умай – эне упоминается, как богиня высшего ранга, хранительница всего тюркского народа (Карасаев Х., 1987; Кляшторный С.Г., 1981). Другим божеством высшего ранга у древних тюрков был бог неба – Тенгри (Тенир), пишет А. П. Потапов (1978). Манас – это легендарный герой известного кыргызского эпоса. В кыргызских языческих верованиях Камбар – Ата – это сверхъестественный покровитель лошадей и коневодства (Вундт В., 1909). Реже эти напевы заменяют диалог с духами вообще и включают в себя вызывание духов (арбаков) Манаса и других легендарных или знаменитых в том или ином регионе основателей кыргызских племен и родов. Монотонность высказываний куучу, изредка прерываемое словом «суф», вводило пациента в трансовое состояние, реже гипнотическое. Большая часть опрошенных нами пациентов после процедуры куучу, ярко ви-

зуализировала услышанные высказывания, и была уверена в полезности для них этих процедур.

После окончания целительской процедуры куучу слегка дотрагивался до пациента, выводя из транса или гипноза. Затем обычно пациент описывал ощущение облегчения и благодарили куучу. После нескольких сеансов (3 – 5 сеансов) пациент мог принести целителю что-то из еды или вещей в знак благодарности. Количество денег или материальных ценностей за работу между целителем и пациентом заранее не обговаривалось. Пациенты после окончания процедуры благодарили и благословляли целителя. В индивидуальной работе целители широко использовали заговоры.

При проведении заговоров целитель фиксировал внимание на больной части тела пациента. Сначала целитель психологически настраивал пациента через обращение к духам, затем произносил заговор, в котором просил духов вылечить больную часть тела этого пациента. Завершался заговор словами подкрепления, обращенными в будущее («С этого времени оберегай этого человека»).

В индивидуальной работе целители широко использовали заговоры. При проведении заговоров целитель фиксировал внимание на больной части тела пациента. Сначала целитель психологически настраивал пациента через обращение к духам, затем произносил заговор, в котором просил духов вылечить больную часть тела этого пациента. Завершался заговор словами подкрепления, обращенными в будущее («С этого времени оберегай этого человека»). Заговоры обычно подкреплялись невербальными действиями, имеющими психотерапевтическое воздействие. Воздействие могло проводиться нитками (разного цвета), когда пациент должен был на рассвете бросить их в воду (символ очищения). Заговаривал целитель чай, воду, хлеб, мясо и реже другие продукты, необходимые, с его точки зрения, для диетотерапии пациента. Затем обговаривался ритуал приема этих продуктов с описанием ощущений, которые могли возникнуть при правильном их приёме. Приём заговоренной пищи здесь служит действием, имеющим психотерапевтический смысл.

Очень часто целители использовали в индивидуальной работе и амулеты – тумары. После выслушивания пациента и его осмотра целитель читал молитву, затем выписывал изречения из Корана на бумаге и зашивал бумагу в кожаный мешочек треугольной формы. Обычно у целителя имелся заранее подготовленный арсенал тумаров. Тумар заговаривался и вручался пациенту. Пациент должен был постоянно носить тумар на шее. Тумар способствовал устойчивому улучшению состояния пациента, так как оберегал от «злого влияния». При выдаче лекарственных средств и трав они также заговаривались целителем. Этому способствует прочно укоренившееся у населения представление

о том, что всякого рода словесные воздействия целителя усиливают целебную силу трав, настоев, продуктов.

Проведение заговоров проходит с использованием разных способов гипнотизации. Часто проводя заговор, целитель пристально смотрел в глаза пациенту. На самом деле целитель смотрит в один глаз, чаще - в левый глаз, а пациенту кажется, что целитель смотрит ему в глаза. Этот прием известен издавна и он помогает лицу, проводящему заговор, лучше сосредотачиваться на содержании заговора и следить за пациентом. Целитель может фиксировать взгляд и на переносице пациента. Это создает такой же эффект и у пациента, и у целителя. Опытные психотерапевты также используют эти приёмы при ведении в транс. Они описаны в руководствах по проведению гипноза. Другим способом гипнотизации служило предложение целителя пациенту фиксировать свой взгляд на горящей свече или блестящем предмете или на чётках определенного цвета. Фиксация внимания пациента могла быть ориентирована на сохранении определенной позы или на определенном положении конечностей. Для усиления гипнотического воздействия целитель мог применять легкие касательные движения. Целители, использующие в своей деятельности положения экстрасенсорики, проводили бесконтактный массаж. Таким массажем они называли плавные движения рук в непосредственной близости от головы и шеи. Эти движения создают ощущения тепла благодаря электризации волос.

Работа бакши (целитель - профессионал) во многом напоминала работу куучу. Но она была дополнена религиозным исламским содержанием: его поведение определялось во многом предписаниями Корана, перед работой и в определенные периоды суток совершалось омовение. А омовение в исламе – это сакральный акт очищения и перехода от обычного состояния к молитвенному (другому состоянию сознания), считает А. С. Боголюбов (1991).

В зикири бакши органично были включены обращения, к Аллаху наряду с обращениями к Умай - эне, Манас - Ата, Хан - Тенгри, Камбар – Ата, духам, ибо каждый способ лечебной магии был основан на глубокой вере в сверхъестественные силы (а большинство кыргызов верят и в языческие и в исламские магические силы). В силу этого сами способы взаимодействия целителя (бакши, куучу, табиба, кёз - ачык) с пациентом стали предметом веры и фетишизации. Это и внимательное ознакомление с больными, зачастую без опроса, и установления причин болезни при помощи гадания на камешках, лопаточной кости барана или прорицания, и сам процесс лечения. Как и у куучу «все применимые способы лечения содержат различные виды суггестии - магической, прямой, косвенной, хорошо подкрепленной наглядными действиями» (Шарманов Т. Ш., Атчабаров Б. А., 1978). В процессе

лечения (зикир салу, курган окуу, дем-салуу и т.п.) бакши мог зачитывать исламизированные зикири или читать только суры Корана, как при индивидуальном приёме, так и при проведении коллективной суггестии (магии.) Элементы симпатической магии: приготовление оберегов, амулетов, снятие сглаза и смена имени также сопровождались зикирами, заговорами, сурами из Корана.

В последнее время появилось множество ясновидящих - кёз - ачык, они и в нашем контингенте обследованных составили 16,5% или 60 человек. Пути в целительство у них проходили или через лечение у целителя с последующей вербовкой, или через «посещение духов» во сне и реже ночью в бодрствующем состоянии. Картина мира у ясновидящих мозаичная. В ней были представлены и элементы ислама или христианства, и язычества, и разрозненные медицинские знания, и вкрапления экстрасенсорных воззрений. Центральное место в целительской картине - это ощущение овладения «даром к целительству» или чувство «особой личности», которые дарованы им свыше и или «открыты» целителем или выбраны «духами» для целительской деятельности. Недостаточность знаний, отсутствие глубокой религиозной веры, поверхностное знакомство с национальными целительскими традициями даёт нам повод думать, что ясновидящие в Кыргызстане, в большинстве своем, это лица, проходящие этап ученичества и самосовершенствования. Формально их деятельность сходна с работой бакши: манера одеваться, таинственность и мистичность действий и разговоров, наличие целительской атрибутики, поведение. Но арсенал ясновидящих чаще ограничивался прорицаниями, диагностикой без опроса и реже лечения, которые включали немногочисленные методы наглядной и косвенной суггестии.

Лиц, практикующих экстрасенсорику, среди наших обследованных было 13,4% (48 человек). Большинство из них были лица европейских национальностей (36 из 48 или 75,0%). Им была свойственна глубокая вера в наличие у себя экстрасенсорных способностей. Практически все они прошли различные курсы по экстрасенсорике. Они собирали специальную литературу, которую можно было приобрести на каждом книжном развале, и которая написана любителями, учились по ней, экспериментировали на себе, на близких людях. Затем они переходили к индивидуальному приёму. Знание непривычной экстрасенсорной терминологии, загадочность их поведения во время взаимодействия с посетителем, переход сразу без опроса к сенсорной диагностике и сама непривычность процедуры лечения, популярность экстрасенсов в СМИ и художественной литературе породили моду на экстрасенсорное лечение. На практике им редко удавалось точно диагностировать болезни у добровольцев, предложенных в процессе эксперимен-

та в рамках обследования и изучения их работы. Процесс терапии чаще заключался в бесконтактном массаже, со встряхиванием рук, «согреванием больного органа восстанавливающего его, нормальную, ауру». Надо отметить, что часть добровольцев, стоя, реже сидя, по усмотрению экстрасенса, с закрытыми глазами входили в трансовое состояние. Поэтому суггестивное влияние имеет большое значение и в деятельности экстрасенсов. Знакомые с кыргызской (казахской) целительской традицией экстрасенсы использовали её элементы (белую одежду, атрибутику) в своей работе. Экстрасенсы могли дать советы по питанию, образу жизни исходя из экстрасенсорной системы объяснений.

Кроме 40 больных целителей с психотическими расстройствами (11,2%), которых в этом разделе мы не рассматривали, часть (3,1% -11 человек) обследованных нами целителей представляли другие группы целителей. Это были лица сочетающие пропаганду оздоровительных систем (П. Иванова, Н. Амосова и др.) с элементами народной медицины: фитотерапией, очищением диетой, применением заговоров, оберегов. Им была свойственна вера в ту или иную религию, в языческие ценности, но полного перехода на ту или иную позицию у этих целителей не отмечалось.

Изменение образа жизни можно увидеть, проследив за принципами питания в кыргызском целительстве.

До настоящего времени, несмотря на общепринятое значение медикаментозных и оперативных методов терапии, за пределами официальной медицины остаются малоизученные факты или забытые аспекты народной медицины. Целительство, основываясь на мифологическом образе здоровья и болезни, определяется, следовательно, на мифологической и довольно часто подтвержденной практикой, детерминацией генезиса болезни. Это определяет в свою очередь и систему предохранения от недугов. Кыргызское целительство имеет многовековую историю и в ней органично вписались достижения различных медицинских культур. В настоящее время кыргызское целительство включает древние тюркские и исламские верования, практический опыт куучу и табибов, традиции бакши и современные взгляды экстрасенсов. Целительство содержит, в основном, только проверенные на практике методы лечения и предохранения от недугов, хотя для усиления плацебо-эффекта не лишенные мистического обрамления. Это касается и вопросов питания. Кыргызы, как все достаточно здравомыслящие люди, выработали за многие века свои принципы питания, которые конструктивно вписывались в особенности климата, скотоводческого вида хозяйствования.

Нами было изучено 358 человек, которые в той или иной степени занимались народным целительством. Большинство из них применяли во многих

случаях определенные виды диетотерапии. Обобщенный опыт изучения их деятельности предлагается вашему вниманию.

Главным принципом в этой традиции народного целительства является то, что предложение предпочитать на время определенную пищу, означает изменение образа жизни. Многие современные специалисты пишут и говорят о здоровом образе жизни и предлагают различные методики и активный вид жизни. Наши предки всегда вели активный образ жизни, иного быть не могло. Изменение питания – это главный источник экзистенциально взглянуть на свою жизнь. Диета, даже самая простая, это наиболее простой способ изменения образа жизни. Ограничение себя, например - в потреблении сладкого, дисциплинирует человека и во многом другом. Изменяется жизнь. Некоторые целители раз в году проводят курс диетотерапии, во время которого употребляют только тёплую воду. Лучше это делать в теплое время года, так как падает температура тела вследствие снижения основного обмена во время лечебного голодания. Хорошо это делать в начале лета, быстрее идет адаптация к жаре, человек практически не потеет. В первые два - три дня при появлении голода следует выпить два стакана теплой воды. Замечено, что после этого резко повышается потенция, в том числе и умственная. Целители предлагают хотя бы один день в неделю пожить на яблочно-кефирной диете. Или по Порфирию Иванову дать отдохнуть желудку в выходные дни.

Человек должен, много есть до 25 лет или если он занимается определенными видами спорта или тяжелой физической работой. После 25 лет лишний вес накапливается и нужно есть в два раза меньше. В древности человек должен был, много есть при появлении такой возможности, ведь следующего мамонта можно дожидаться и месяцы. В средние века нужно было, также много есть перед многодневным переходом, а рабов тщательно кормили перед плаванием, чтобы не кормить, когда они работали на галерах.

Люди с избыточным весом испытывают множество неудобств. Они пробовали много разных диет без пользы. Они чаще чувствуют себя неуверенными людьми. Они обращаются к врачам, которые, только советуют - меньше есть или продают очередной дорогой «гербалайф», или «очень эффективное средство» для похудания. Тучные врачи сами не могут похудеть, а стройные врачи не понимают проблем людей с избыточным весом. Эксперименты показали, что каждые 6 лишних килограммов приводят к удвоению давления на сустав. Причем, снижение веса на 500 граммов снижает давление на коленные и голеностопные суставы на 1 килограмм.

На мой взгляд, есть несколько психологических моментов, которые не дают этим людям стать стройнее.

Первое: в нашей культуре существует культ еды. Гостей надо хорошо покормить, чтобы они несколько дней потом с отвращением вспоминали о походе в гости. Качество еды в нашей культуре – показатель достатка и радости, что кто-то пришел разделить пищу (гостеприимство).

Второе: в нашей культуре нет других способов для снятия тревоги, кроме еды. На стадионе по утрам можно видеть лишь несколько человек и то они бегают для похудания. То есть после бега они основательно будут набивать желудок. Еда прекрасно снимает стресс, и это должны помнить будущие жены. Когда застressedованный муж приходит с работы - еда непременно должна быть на столе. Потом можно обсуждать любые вопросы. Надо есть, хотя бы три раза в день. Но нет убедительных доказательств тому, что человек должен, плотно есть три раза в день. Это просто удобно для фирм, ведения домашнего хозяйства и для домочадцев. Хочешь или нет, раз зовут на обед надо, якобы, идти есть, даже если не хочется. Частые приемы небольшого количества пищи, которое не напрягает ЖКТ в течение дня, более полезны. А мне кажется, человек имеет право перекусить столько раз, сколько ему требуется (а не хочется). Ты должен съесть все, что лежит на твоей тарелке – глупо. Нет никакого повода, обязательно доедать все, лежит на твоей тарелке. Просто так, якобы, принято. Ведь обычно накладывают больше, чем обычный человек в состоянии съесть. Если организму надо небольшое количество пищи, остальное - уже вредно. Зачем насиливать себя и свой желудок.

Человек есть то, что он ест. Он состоит из той пищи, которую съел. Находясь на водной диете, автор обнаружил, как много человек уделяет времени и мыслей о еде. Чрезвычайно важная психологическая проблема, – что он думает, когда ест. Мысль во время еды и плюс сама еда – это и есть человек. Любите свое тело, поэтому уважайте процесс еды. Можно тщательно приготовить еду, насытить стол, пригласить приятного человека и наслаждаться каждым кусочком пищи. Именно наслаждаться. Это означает, что каждый кусочек должен быть тщательно пережеван. Целители помогли многим людям найти свой оптимальный вес, ибо диеты редко приносят результат. Кардиальное в процессе еды – это привычка. Целитель пациента просил пережевывать кусочек пищи столько раз, чтобы он превратился в жидкую субстанцию. Между началом приема пищи и началом появления сигнала о насыщении проходит не менее 20 минут. Многие жены знают, что пока они готовят, они уже становятся сыты. Вкусная и тщательно пережеванная пища легко усваивается, и переедать часто не требуется. Время, затраченное на тщательное пережевывание, увеличивает время приема пищи и быстрее приходит чувство насыщения. Можно жевать пищу столько раз, сколько вам лет, или столько

раз, каково ваше счастливое число, но не менее 7 - 14 раз каждый кусочек.

Наиболее плотно целители предлагают поесть утром. С этим утверждением теперь согласны все диетологи. Если вы сова, то можно ограничиться яблоком или кофе. Но практические совы-англичане предлагают ленч в 10-12 часов.

Обед может быть разным, в зависимости от возможности и времени на еду. «Две четверти желудка наполни пищей, одну питьем, а одну оставь для души» – говорят целители про обед. Или «воздержание от лишней пищи возвращает нам телесное здоровье, а воздержанность от неприятных людей за обедом дает нам спокойствие духа».

Кыргызские целители почти всегда предлагали легкий ужин или отказ от него: «Жатар курсак жармадан айлайсын». Тяжелый бешбармак поздней ночью вызывает известную только кыргызам болезнь, называемую «Албарсты басты». Человек почти спит, но часть мозга, отвечающая за пищеварение, бодрствует. И человек не может пошевелить телом, оно во сне, а мозг просыпается и человек со скованым телом чувствует сильный страх. Я легко излечивал таких пациентов, назначая легкий ужин или стакан айрана на ночь вместо ужина несколько дней. Затем подробно объяснял им, что особенности их психики не воспринимают тяжелую пищу на ночь. Другим говорил, что арбакам это не нравится.

Кыргызские целители часто назначают определенную пищу своим пациентам. При этом они «заговаривают» ее, но это известный психотерапевтический феномен. Очень часто организм человека не может переносить какую-либо пищу на некоторое время. Ему необходим как воздух перерыв, пост или лечебное голодание. «Существуют болезни, от которых основательно можно излечиться, лишь дав им возможность протекать своим порядком, отчего они исчезают сами собой, не оставляя следов» - говорят в этих случаях последователи целительской традиции.

Целительство пережило шаманство древних, мракобесие средневековья, воинствующую научную медицину и возвращается вновь, впитав в себя наиболее лучшее из всех традиций медицины. Научная медицина должна и будет всегда впереди в лечении большинства заболеваний. Но, целительство берет вверх своей направленностью на индивидуального конкретного человека и огромным опытом в плане психотерапевтического воздействия. Возрождающаяся трансперсональная медицина многое берет от целительства. Шарлатанов от целительства много, но сейчас речь не об этом. С ними надо бороться и говорить о них. Но, целительство, а сейчас и трансперсональная медицина хорошо понимает, что вылечить все болезни невозможно. Есть естественный процесс выздоровления, и лекарства иногда удлиняют этот процесс. Изме-

нение режима питания, ограничение какой-либо пищи, которую в данный момент организм не воспринимает – стратегия целительской традиции. Если вспомнить, как подается традиционный бешбармак, то мы заметим такие подробности. Сначала подается чай с боорсоками и сладостями и ведется неторопливая беседа. Обычно в беседе затрагиваются приятные темы и умалчиваются неприятные. Затем подается керчо. После этого подается печень с луком или без нее. Промежутки между блюдами заполняются салатами и иногда фунчоза или плов. И только после всего этого подается бешбармак с долгим ритуалом распределения костей с мясом для гостей. Потом неторопливо под беседу нарезается мясо и готовится сам бешбармак. Никто не заставляет, есть все, что есть на тарелке. Гость имеет полное право взять остаток мяса домой (устука). А если вы были в гостях у узбеков, то также можно отметить неторопливость в еде и приятность бесед. А если вспомнить чайную церемонию у китайцев или у японцев. Только для того, чтобы выпить чашку чая, создан и выработан веками особый неторопливый ритуал. Наши праплуры, возможно, ели быстро, стараясь оторвать от других кусок побольше. А затем пришло понимание, что еда – это процесс особый и неторопливый. Забывая законы предков, мы зачастую превращаем традиционный бешбармак или плов в «заправку» для желудка.

Таким образом, как мы любим свое тело, так мы и питаемся: наслаждаемся или заправляемся. Как мы любим себя, так мы и думаем, и не только во время еды. Еда и мысль – это то, что нас составляет. Если мы уважаем свой пищеварительный аппарат, мы уже во рту тщательно пережевывая, готовим для них удобно перевариваемую субстанцию. Мы хотим хорошо вкусно поесть и это прекрасно. Но, кушая что-либо с наслаждением, думаем о хорошем. Не ешьте, читая газету, смотря телевизор, слушая радио. В этих случаях человек не усваивает как информацию, так и пищу. На языке психологии это называется «белым шумом». Во время белого шума наше бессознательное передает гораздо больше, чем нужно. Ведь наше сознание занято, «А Васька слушает и ест». Волевого контроля над по-глощающей пищей нет и, бессознательное ест все, что есть. Категорически нельзя принимать высоко калорийные напитки (водку, пиво) и продукты (сладкое). Если уж очень хочется сладкого можно съесть хороший шоколад. Хотя шоколад и Кола вызывают психическую зависимость, как наркоманию. Несколько полным кыргызским дамам автор помог, посоветовав не ужинать или обходиться легким ужином. Хотя и представители других национальностей набивают желудок только к ночи. «Ешь вполсыта, спиши досыта» – гласит русская целительская традиция. Конечно, пробуйте разные диеты, покупайте все новые гербалайфы, Арт -

Лайфы, Тянь-Шины и прочее. Целительская традиция гласит, что, совершив небольшое изменение в питании, например, употребляя биодобавки Витамакса, которые, не резко уменьшают аппетит, можно найти новую здоровую привычку. Привычка может быстрее и эффективнее привести к конструктивному весу. Хочу предупредить, что стараться стать всем «вешалками», т.е. топ-моделями вредно. В настоящее время медики замечают, что у них чаще имеются проблемы, связанные с деторождением (кесарево сечение), а с возрастом они стремительно набирают вес. У каждого человека своя конституция и свой оптимальный вес. С природой спорить утомительно и хлопотно. «Берешь в руки и маешь вещь» – гласит украинская пословица. Речь идет только о людях, у которых вес избыточен только в силу нездоровых привычек. Древняя и в то же время почти всегда современная народная медицина предлагает начать с самых легких привычек в отношении питания. Самая простая из них – вставать из-за стола раньше, чем другие. Другая привычка – тщательно пережевывать пищу. Третья – есть только то, что нравится. Почти все пряности повышают аппетит и рассчитаны на людей со сниженным аппетитом. И потом не полезное вкусное. Четвертая привычка – не есть на ночь или ограничиться легким ужином: немного фруктов или овощей. Пятая – хорошо поесть утром или в ленч – энергоресурс на день: как утром поешь, так и поработаешь день. Шестая заповедь, – когда ешь, не думай о плохом. У целителей есть деление пищи на холодные и горячие, но это для пациентов с различными заболеваниями, а не людей с избыточным весом.

Резюмируя вышеизложенное, можно указать, что любая диета предполагает борьбу с самим собой. Борьба эта – самая древняя из единоборств и в ней всегда кто-то как на войне проигрывает. Почти всегда – это сидящий человек на диете. «Какая это скучная жизнь – оберегать свое здоровье чересчур строгим режимом!» – сказал Ф. Ларошфуко о диете. Мы категорически не против диет, ибо правильно лечит тот целитель, кто правильно кормит. Мудрая народная традиция целительства рекомендует начать с изменения с самой простой привычки, ведь бегать лучше по лесу, чем по врачам. Надо спросить себя: почему я ем? Для того, чтобы уважить хозяина? Увидел что-то вкусное? Или просто пришло время обеда или ужина и якобы надо обязательно покушать? Желание покушать появилось в связи с тревожностью или несварением предыдущей пищи? Найдите свой способ снятия стресса и, не надо будет есть. Можно прекрасно выйти на оптимальный вес при помощи диеты, если изменить привычки, связанные с питанием. Ешьте по потребности тела, а по потребности неправильных мыслей о еде. Прислушайтесь к своему бессознательному, и оно подскажет как найти опти-

мальный для вас вес. Можно посоветоваться с знающим психотерапевтом и он поможет взаимодействию со своим бессознательным. Ведь поначалу привычка сознательна, а потом она становится

бессознательным. А сознательное обеспечение диеты редко приводит к успеху (Адылов Д.У., 1999). Впрочем, диета любая хороша, а привычка и уважение к еде важнее.

Литература:

1. *Психиатрические и психотерапевтические аспекты целительства в Кыргызстане*. – Бишкек: Жаштык, 1999. – 137 с.
2. Вундт В. *Миф и религия*. - СПБ., 1909. - С. 280-283.
3. Карасаев Х. *Акыл создор*. - Фрунзе, 1987. - Кн. 2. - С. 5. На кырг. языке.
4. Кляшторный С. Г. *Мифологические сюжеты в древнетюркских памятниках* // Тюркологический сборник. - М., 1972. - С. 117-118.
5. Ледер С., Высокиньска-Гонсер. *Исторический очерк развития групповой психотерапии и основные теоретические направления* // Групповая психотерапия / Под. ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. – М.: Медицина, 1990. – С. 12-45.
6. Потапов Л. П. *Древнетюркские черты почитания неба у саяно-алтайских народов* // Этнография народов Алтая и Западной Сибири. - Новосибирск, 1978. - С. 50-62.

МЕДИЦИНА И ЦЕЛИТЕЛЬСТВО

Д. У. Адылов

г. Бишкек

До настоящего времени, несмотря на общепринятое значение в медицине медикаментозных и оперативных методов терапии в комплексе с психотерапевтическим воздействием на большинство заболеваний (Мясищев В. Н., 1960; Карвасарский Б. Д., 1985), за пределами официальной медицины, в частности психотерапии, остаются неизученные или мало изученные аспекты народного целительства (Шарманов Т. Ш., Атчабаров Б. А., 1978; Backster C., 1968). Отношение к народному целительству у врачей разное: от полного отрицания его (Косарев И. И., 1985) до признания дополнительной медициной (Левинсон Ю. М., Левинсон М. Ю., 1993). Тенденция игнорирования целительства, утверждения о принципиальной невозможности существования его, не уменьшают их распространенности и их действенности, но приводят лишь к нежелательной, а иногда и опасной бесконтрольности оккультных течений в обществе (Маркон А. С., 1990). Хотя научно-технический прогресс в медицине привел к познанию многих процессов организма, причин и механизмов заболеваний (Веселкин П. Н., 1976), к разработке постоянно совершенствующих методов терапии и профилактики (Раевский К. С., 1977), а также и подготовки специалистов. Но даже до последнего времени существует пограничная область знания, где знания граничат с труднообъяснимыми фактами (Кротов Б., 1993). А научно-технический прогресс ориентирует больше на технические аспекты исследования и лечения болезней, что при увеличе-

нии специализации в медицине нашло отражение в недостаточном внимании к психологическим и социальным аспектам болезней (Гарбузов В. И., 1995). Это оказывает негативное влияние на пациентов, страдания которых часто не поддаются устраниению односторонними соматическими лечебными воздействиями, и на врачей, которые из-за узкой специализации не всегда способны эффективно обслужить пациентов и, в конце концов, на все общество в целом, несущее в частности экономические значительные убытки. А распространность мистицизма, как в обществе, так и в медицине, лишний раз подчеркивает сложность врачевания, считает О. Прокоп (1971), когда даже в таких развитых странах, как США были отмечены случаи изгнания беса из больных (Стуруа М., 1973).

В последнее время целительство стало своеобразной модной темой и в средствах массовой информации. Так редкое издание не публикует рецептов от болезней, взятых из книг по народной медицине. Актуальность изучения целительства связано и с тенденцией роста нервно-психических заболеваний - особенно их пограничных форм и учашение неврозов (Ураков И. Г., 1990). Шаманское целительство, тотемическая медицина и праанатомия возникли на Земле около 10 тысяч лет назад в период, известный как мезолит (Диксон О., 2004). Именно тогда, на фоне самого значительного переселения народов, больных и раненых перестали оставлять на произвол судьбы и принялись лечить, причем, как показывают археологические раскоп-

ки, довольно успешно, отмечает далее этот же автор. Выделению шаманства в профессию способствовали особенности мировоззрения людей древности. Бессилие, беспомощность первобытных людей перед явлениями природы понималось ими как зависимость от духов. А при возникновении заболеваний объясняли болезнь действием сверхъестественных сил или проникновением в организм злых духов. Умение взаимодействовать и ладить с ними представлялось жизненно важным делом, и люди, которым это удавалось, ценились высоко. Это умение было связано с определенными способностями и в дальнейшем любой талант, считался признаком расположения духов к человеку, их даром (Басилов В. Н., 1984). Эти убеждения существуют среди населения до сих пор, в качестве потребности в чудесном исцелении и изгнании из тела чего-то «чуждого» «Разного рода доморошенные «психотерапевты» нередко используют живущую во многих людях потребность в чуде, жажду неизвестного, а вера в них в своей основе имеет что-то общее - это потребность в иррациональном в наш

чрезвычайно рационализированный век» - считает М. М. Кабанов (1990). У населения существует такой мощный феномен как мифология (Лосев А. Ф., 1991). Поэтому, формируя организационные структуры в медицине, мы должны учитывать не только свои желания, но и мифологию, чтобы эти структуры были приемлемы для населения, пишет Л. С. Свердлов (1990). И здесь, считает Л. С. Свердлов, «оказываются более популярными такие методы, которые с точки зрения медика-профессионала определяют иную ценность для населения, но они относительные - это методы народной медицины». Народная медицина населением часто воспринимается почти как природный процесс (Алтынсарин И., 1870).

Отношение к нетрадиционной медицине в разных странах разное. При этом можно выделить три основных варианта этого отношения. Первое – это запрет. Второе игнорирование. Но, несмотря на запрет и игнорирование нетрадиционная медицина существует с научной медициной. Поэтому более конструктивное отношение – это изучение этого явления.

Литература:

1. Мясищев В. Н. *Личность и неврозы*. - Л.: Изд. ЛГУ, 1960. - С. 21.
2. Карварсарский Б. Д. *Неврозы: Руководство для врачей* - М.: Медицина, 1980. - 446 с.
3. Шарманов Т. Щ., Атчабаров Б. А. Предисловие // *Очерки по истории народной медицины Казахстана*. – Алма-Ата, 1978. - С. 3 - 8.
4. Barker C. *Evidence of a primal perception in plant life* // International. L. of parapsychology. - 1968. - Vol. 10. - N 4. - P. 329 - 348.
5. Косарев И. И *Антигуманизм в медицине*. - М., 1985. - 60 с.
6. Левинсон Ю. М., Левинсон М. Ю. *Целительство: пути и возможности*. - М., «Аверс», 1993. - 336 с.
7. Маркон А. С. *Психология целительства или оккультной медицины*. - М., 1990. - 142 с.
8. Веселкин П. Н. *Болезнь* // БМЭ. - М., 1976. - Т. 3. - С. 283-292.
9. Раевский К. С. *Фармакология нейролептиков*. - М.: Медицина, 1976. - 271 с.
10. Кротов В. *Понимание целительства* // Целительство: пути и возможности. - М.: Аверс, 1993. - С. 295-310.
11. Гарбузов В. И. *Человек - жизнь - здоровье: (древние и новые каноны медицины)*. - 2-ое изд. перераб. и доп. – СПб.: «Комплект», 1995. - 429 с.
12. Прокоп О. *Критика гомеопатии* // *Медицинский оккультизм*. - М., 1971 - С. 161.
13. Стуруа М. *Жрецы, храма сатана* // *Новое время*. - 1973. - № 4. - С. 34.
14. Ураков И. Г. *Алкоголизм*. - М.: Медицина, 1990. - 14 с.
15. Диксон О. *Шамансское целительство: Защита от несчастий, исцеление от болезней и обретение жизненной силы*. – М.: РИПОЛ классик, 2004. – С. 9, 93.
16. Басилов В. Н. *Избранные духов*. - М., 1984. - С. 184.
17. Кабанов М. М. - *Психиатрия и общество* // *Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования*. - Л., 1990. - С. 15-24.
18. Лосев А. Ф. *Философия. Мифология. Культура*. - М.: Политиздат, 1991. - 525 с.
19. Свердлов Л. С. *Социальная психиатрия* // *Фундаментальные и прикладные исследования в психиатрии*. - Л., 1990. - С. 123.
20. Алтынсарин И. *Очерк обычая при сватовстве и свадьбах у киргизов*. - Оренбург, 1870. - 45 с.

СОПОСТАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОБСЛЕДОВАННЫХ КОНТИНГЕНТОВ ПРИАРАЛЬСКОГО И КЫЗЫЛОРДИНСКОГО РЕГИОНОВ

Ж. Ж. Бултачев

г. Кызылорда

Череда масштабных катастроф бедствий и социальных катаклизмов, постигавших людей во второй половине XX века в различных странах мира, привела к возникновению специфической мультидисциплинарной отрасли знаний - «экологической психиатрии» (Александровский Ю. А. и др., 1989, 1991, 1992). В ней объединились методические приёмы изучения последствий антропогенных и природных катастроф таких наук, как социология, психология и психиатрия (Александровский Ю. А., Румянцева Г. М., Юров В. В., Мартюшов А. Н., 1991; Бултачев Ж. Ж., 1994). В настоящее время можно говорить об истории и складывающихся традициях исследований в этой области. Особое место в этой истории занимает изучение причинности развития психогенных психических расстройств у людей, проживающих в регионах, подвергающихся длительному воздействию неблагоприятных условий окружающей среды.

Когда речь заходит о психолого-психиатрических последствиях как природных, так и антропогенных катастроф в большей или меньшей степени разрушающих природную среду обитания людей, чаще производится попытка выделить некоторый набор факторов непосредственно провоцирующих психические расстройства. При этом ведущая роль отводится преимущественно эконегативным воздействиям, которые вызывают органические поражения органов и систем человека, в том числе - нервной системы.

Анализируя опыт исследований в области экологической психиатрии, мы столкнулись с тем, что, когда экологическое неблагополучие формируется в связи с набором патогенных факторов, нейротропный эффект которых более или менее очевиден (скажем, с повышенным содержанием токсических веществ в воздухе, воде, почве), акценты исследователей смещаются в сторону изучения психической патологии органического генеза. В том числе, изучается распространённость различных форм психоорганического синдрома или умственной отсталости. Например, K. Kawoishi ещё в 1956 году применил понятие «экологического динцефалеза» как следствие комплексного повреждения окружающей среды в результате испытания ядерного оружия. В исследованиях последних двадцати лет, базирующихся на весьма убедительных данных, распространённость случаев умственной отсталости предлагается использовать как критерий оценки экологического неблагополучия (Маринчева Г. С., 1990.).

Вместе с тем, когда связь между экологическим неблагополучием и эпидемиологическими показателями психических расстройств не столь очевидна, на первый план исследователями выдвигаются психотравмирующие или социальные причины. Наиболее аргументированной и проработанной в данном контексте является выдвинутая Ю. А. Александровским концепция социально-стрессовых психических расстройств (основные положения данной концепции сформулированы в работах 1988-1992 годов), возникающих, в том числе, как следствие длительного негативного воздействия комплекса социально-психологических факторов, сопутствующих экологическому бедствию. Однако следует отметить, что как в первом, так и во втором случае весьма затруднительно (если вообще возможно) доказать детерминированный (безусловный) негативный эффект на здоровье людей проживания в экопатогенной зоне. Прежде всего, это обусловлено тем, что всякая неблагоприятная экологическая ситуация всегда носит многофакторный характер. Даже в случаях внезапного и мощного воздействия патогенных факторов (как при катастрофах в Севесо, Бхопале или Чернобыле) психические и/или психосоматические расстройства характеризуются как патология отдаленного периода последствий (экологический стресс) (Румянцева Г. М. с соавторами, 1989-1992). В том случае, когда катастрофическая ситуация в окружающей среде формируется годами или даже десятилетиями, а накопленный набор вредностей представляет довольно длинный перечень, вряд ли можно говорить всерьёз о возможности выделения причинно-следственных связей между ними и распространённостью какой-либо конкретной психической патологии.

Наиболее сложной проблемой является определение роли собственно психологического воздействия условий, которые могут одновременно отрицательно влиять как же и на соматическую составляющую возникновения психических расстройств. К тому же, ситуация риска, складывающаяся для жителей экологически неблагополучных местностей, не исчерпывается негативным психологическим влиянием на людей только факторов, повреждающих природную среду (Drottz-Sjoberg B. M., Persson L., 1993). Моральный прессинг, которому подвергается пострадавшее население, во многом бывает обусловлен информационной средой, созданной как внутри пострадавшей популяции (слухи, домыслы, преувеличение или приуменьшение опасности), так и средствами массовой информа-

ции, законодательными и распорядительными актами органов власти. В результате совокупного воздействия достоверной и искаженной информации у лиц, проживающих в неблагоприятных условиях, возникает особенное представление обо всем спектре рисков, которым они ежедневно подвергаются. Порой события, непосредственно несвязанные с экологической ситуацией трактуются как её прямое следствие (Хавенаар Й. М., 1996).

Кроме того, сочетание искаженного восприятия рисков (в том числе – связанных с экологической обстановкой) с мероприятиями по реабилитации пострадавшего населения могут приводить к парадоксальному эффекту. На наш взгляд, его можно было бы определить как «комплекс пострадавшего», когда социальные, медицинские и прочие мероприятия лишь фиксируют внимание пострадавшего, создают у него впечатление недомолвок о масштабах экологического бедствия, недостаточного внимания со стороны властей и специалистов, ответственных за реабилитационные мероприятия и так далее. Несомненно, подобная ситуация служит добавочным (если не основным фактором) провоцирующим психические расстройства невротического уровня.

В связи с изложенным выше, мы рассмотрим некоторые сравнительные социodemографические, социально-психологические и культуральные особенности обследованных популяций Кызылординской области Республики Казахстан. При описании объекта настоящего исследования уже было отмечено, что районы Приаралья и районы, прилегающие к Кызылорде, различаются не только степенью повреждения среды обитания, но и социальными, а также демографическими характеристиками. Хотя нами и были обследованы пациенты, обращавшиеся за амбулаторной помощью в неспециализиро-

ванные медицинские учреждения, было решено придерживаться популяционного подхода к определению состава и численности выборок в каждом регионе. К тому же особенности демографических, социальных и культуральных характеристик каждой из избранных для проведения исследования местностей сами по себе могли позитивно или негативно влиять на состояние психического здоровья населения. В этой связи, мы не могли игнорировать (или исключать из исследования) факторы, которые необходимо учитывать при проведении профилактической, терапевтической и реабилитационной работы. Для этого была избрана двухфазная модель исследования (Duncan - Jones & Henderson, 1978), успешно применявшаяся при изучении психолого-психиатрических последствий аварии на Чернобыльской АЭС в Республике Беларусь и Российской Федерации (Хавенаар Й. М., 1996). При этом мы считали, что не будет ошибкой считать такой методический подход популяционным, поскольку большая часть населения, так или иначе, обращается за медицинской помощью.

Для достаточной репрезентативности материалов исследования было в ходе первой фазы обследовано больных в количестве 1268 человек в Аральской зоне и 1302 человека в Кызылординской зоне. Напомним, что из исследования были исключены лица с несомненными признаками психической патологии органического или эндогенного происхождения, а так же – с признаками синдрома зависимости от психоактивных веществ.

В связи с этим, данные, полученные в первой фазе исследования, мы, прежде всего, проверили на наличие или отсутствие различий отобранных групп пациентов по полу и возрастным группам. В таблице 1 воспроизводятся в удобном для сравнения виде сведения о половозрастном составе выборок.

Таблица 1

Анализ различий распределения обследованного контингента больных по полу, возрасту и месту исследования

Различия по полу и возрасту	Аральская зона		Кызылординская зона		p
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Мужчины					
20 – 29 лет	179	29,6	163	26,7	0,68
30 – 39 лет	199	32,9	223	36,5	0,25
40 – 49 лет	165	27,3	149	24,4	0,54
50 – 59 лет	62	10,2	76	12,4	0,72
Всего:	605	100,0	611	100,0	
Женщины					
20 – 29 лет	187	28,2	194	28,1	0,98
30 – 39 лет	205	30,9	249	36,1	0,16
40 – 49 лет	190	28,7	162	23,5	0,40
50 – 59 лет	81	12,2	86	12,3	0,99
Всего:	663	100,0	691	100,0	

Прежде всего, обратим внимание на то, что как в Аральской, так и Кызылординской зоне за амбулаторной медицинской помощью обращалось примерно одинаковое число мужчин и женщин. Правда, в Аральской зоне несколько чаще обращались женщины (657 пациентов или 51,8% от числа обратившихся в группе) чем мужчины. В Кызылординской же зоне мы наблюдали противоположную картину – женщины обращались реже (649 пациентов или 49,9%). Но значимость этих различий не была подтверждена расчетами и носила скорее случайный характер.

Более примечателен, на наш взгляд, анализ приведенных данных с учетом, как половой принадлежности, так и возрастной категории обследованных пациентов. Нами наблюдался достаточно значительный сдвиг числа наблюдений в сторону лиц преимущественно молодого (до 40 лет) возраста. В Аральской зоне таковых было суммарно 770 человек (60,7% от числа наблюдений в группе), а в Кызылординской – 829 человек (63,7%). При этом наблюдавшееся преобладание в обследованных группах носило неслучайный характер (Аральская группа – $p<0,001$; Кызылординская группа – $p<0,0005$).

Здесь следует, однако, обратить ещё раз внимание на то обстоятельство, что согласно критериям отбора из исследования исключались сведения о больных, страдающих соматическими заболеваниями со стойкой утратой трудоспособности. Но именно такие больные чаще всего относились к возрастным группам старше 40 лет.

Среди мужчин доля больных в возрасте до 40 лет в Аральской зоне суммарно составляла 62,5% (378 наблюдений), в Кызылординской – 63,2% (386 наблюдений). Среди женщин эти доли составляли соответственно 59,1% (392 наблюдения) и 64,2% (433 наблюдения). Отметим, что имевшие

место незначительные долевые различия (особенно у женщин) не имели достоверных подтверждений ($p>0,05$).

По результатам анализа распределения обследованных больных, как по отдельным половозрастным группам (представлены в таблице 1), так и по всему распределению в целом достоверных различий между Аральской и Кызылординской группой больных выявлено не было. На основании этого можно было сделать заключение о том, что в данном случае влияние половозрастных характеристик каждой из них не было существенным для анализа других первичных сведений.

Выше уже было отмечено, что при отборе первичных сведений о больных мы априорно полагали, что изученные группы будут отличаться по пропорциальному соотношению городских и сельских жителей. Более того, гипотетически это соотношение вполне могло влиять на некоторые другие, в том числе и клинические аспекты настоящего диссертационного исследования. В связи с этим предполагалось, что отбор одинакового числа городских и сельских жителей будет не вполне адекватным его цели задачам.

Соотношение городских и сельских жителей в Аральской группе составило 1:1,31 (548 и 720 наблюдений соответственно), а в Кызылординской 1:0,44 (904 и 398 наблюдений). В виде долей (в процентном выражении) это соотношение представлено на рисунке 1, различия между которыми носили существенный и достоверный характер (179,6; $df=1$, $p<0,0001$). Иначе говоря, если среди обследованных в Аральской группе жители города и села разделились примерно поровну с некоторым преобладанием сельских жителей (56,8%), то Кызылординской группе последние составляли лишь менее трети (30,6%) от общего числа обследованных в группе.

Рисунок 1



Значительные различия групп обследованных по месту жительства оказались и на другие социально-демографические показатели. В частности, обращает на себя внимание распределения респондентов по сфере профессиональной деятельности. Сравнивая в целом данные, представленные в таблице 2, было установлено значимое различие обследованных групп ($\chi^2=147,77$, $df=8$, $p<0,001$). Вместе с тем, задавались эти различия достоверно большим числом работников сельского хозяйства в Аральской группе ($p<0,05$), а также – достоверно большим числом работников торговли и сферы обслуживания в Кызылординской группе ($p<0,05$).

По абсолютному значению (около трети от общего числа наблюдений) в обеих группах преобладали респонденты, занятые в промышленном про-

изводстве. Причем их численность в Кызылординской группе была больше (437 человек; 33,6%), чем в Аральской (372 человек; 29,3%). Однако данную достоверность этого количественного различия подтвердить не удалось ($p=0,13$).

Весьма примечателен тот факт, что в Аральской группе было почти вдвое большее число работников здравоохранения (135 человек, 10,6% от числа респондентов в группе) против их численности в Кызылординской группе (70 человек, 5,4%). Однако их незначительная доля в обеих группах не позволила с уверенностью утверждать, что этот факт неслучайен ($p=0,15$). Отметим так же, что среди обследованных в Аральской группе не было представителей науки или высшей школы, в то время как в Кызылординской таковых было 39 человек (3,0%).

Таблица 2

Анализ различий распределения обследованного контингента больных по сфере профессиональной деятельности

Сфера профессиональной деятельности	Аральская зона		Кызылординская зона		p
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	
Промышленность	372	29,3	437	33,6	0,13
Сельское хозяйство	221	17,4	96	7,4	0,02
Бизнес, финансы	99	7,8	152	11,7	0,31
Образование	127	10,0	101	7,8	0,60
Наука и высшая школа	0	0,0	39	3,0	-
Культура	11	0,9	7	0,5	-
Здравоохранение	135	10,6	70	5,4	0,15
Транспорт	84	6,6	80	6,1	0,72
Торговля, бытовое обслуживание	219	17,3	320	24,6	0,03

К выше рассмотренным сведениям о различиях трудовой занятости в изученных группах, следует добавить, что в Кызылординской зоне мы чаще наблюдали лиц, занятых квалифицированным трудом.

Различия в соотношении городского и сельского населения нашли свое отражение и в показателях жилищных условий, в которых проживали обследованные пациенты (таблица 3). Анализ распределения наблюдений по ним весьма наглядно показал различия между группами, подтверждалось расчетами ($\chi^2=415,779$, $df=5$, $p<0,0001$). Столь высокий уровень различий между группами определялся, прежде всего, достоверно большим числом проживавших в собственных домах (543 человека; 42,82%) в Аральской группе ($p<0,001$), чем в Кызылординской группе (161 человек 12,37%). А проживавших в отдельных квартирах в Аральской группе (360 человек; 28,39%) было достоверно меньше ($p<0,001$), чем в Кызылординской (590 человек; 45,31%). Неодинаковым оказалось и число проживавших в коммунальных квартирах: достоверно больше ($p=0,003$) их было среди респондентов Кызылординской группы. Обращало на себя

внимание то, что в Аральской группе было больше респондентов, проживавших у родственников (или у родителей), в то время как в Кызылординской группе большее число лиц проживало в общежитиях. Однако имевшееся количество наблюдений в выборках не позволяло говорить, что указанные различия неслучайны.

На первый взгляд, если в качестве благоприятной оценки жилищных условий брать наличие собственного дома или отдельной квартиры, то в Аральской группе мы наблюдали в этом отношении более благоприятную картину. Суммарное количество таких респондентов в ней составляло большинство – 903 человека (71,21%). В тоже время в Кызылординской группе респонденты, проживавшие в таких же жилищных условиях, составили достоверно меньшее число ($p<0,001$) - 751 человек (57,68%). Однако из бесед, с достаточно большим количеством обследованных, было очевидно, что наличие собственного дома или отдельной квартиры отнюдь не означало удовлетворенность жилищными условиями. Особенно это касалось жителей Аральской группы, Так 61,23% от

Таблица 3

Анализ различий распределения обследованного контингента больных по жилищным условиям

Условия проживания	Аральская зона		Кызылординская зона		P
	Абсолютное Число	%	Абсолютное Число	%	
Общежитие	62	4,89	121	9,29	0,34
Коммунальная квартира	190	14,98	382	29,34	0,003
Отдельная квартира	360	28,39	590	45,31	<0,001
Собственный дом	543	42,82	161	12,37	<0,001
Проживает у родителей / родственников	93	7,33	11	0,84	0,44
Снимает жилплощадь	20	1,58	37	2,84	0,52

их числа (776 наблюдений) проживавших в собственных домах или отдельных квартирах указывали на те или иные недостатки коммунального характера, а более четверти из них (26,21%) выс-

казывались о прямой связи между отсутствием нормальных коммунально-бытовых условий проживания и с эконегативным воздействием окружающей среды.

Литература:

1. Александровский Ю. А. Начальные проявления невротических расстройств // Клиническая медицина - Москва, 1988. - С. 58-64.
2. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. - 1992. - № 2. - С. 5-10.
3. Александровский Ю. А., Румянцева Г. М., Юров В. В., Мартюшов А. Н. Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса у жителей районов, пострадавших после аварии на ЧАЭС // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1991. - Вып. 12. - С. 3-6.
4. Румянцева Г. М., Аллен П., Левина Т. М. и др. Роль радиационных и психологических факторов в формировании невротических симптомов у населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС // Медицина катастроф. - 1996. - 4 (16). - С. 61.
5. Хавенаар Й. М. После Чернобыля (исследование психологических факторов, действующих на здоровье после радиационной катастрофы). - М., 1996. - 189 с.

СОДЕЙСТВИЕ СНИЖЕНИЮ АГРЕССИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОСУЖДЕННЫХ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

К. Г. Ельшибаева

г. Алматы

На сегодняшний день изучение психологических особенностей несовершеннолетних преступников, находящихся в пенитенциарных учреждениях Казахстана, является проблемой актуальной. В связи с этим, опираясь на данные зарубежных учёных и учёных постсоветского пространства, а также на примерах других колоний, мы стараемся раскрыть влияние социальной изоляции на психическое состояние осуждённых несовершеннолетних лиц. Особенности психологии осуждённых, прежде всего, проявляются в определенном комплексе психических состояний, которые развиваются в местах лишения

свободы, называемые в литературе «тюремным синдромом».

Тоска по дому, условия содержания и непривычная обстановка сильно проявляется в первые недели и месяцы пребывания в местах заключения (из беседы в учреждении ЛА-155/6). Такие периоды характеризуются взрывами агрессивных действий, вплоть до самоповреждений. Некоторые несовершеннолетние попали в места отбывания наказания из хорошей благополучной семьи. Их угнетает длительное состояние хронической напряженности, убогость обстановки. Меняется психическое состояние – меняется форма реагирования. Есть и ка-

кие-то типичные состояния для разных по характеру несовершеннолетних: сдержанность, горячность, молчаливость, то есть состояния, зависящие от темперамента человека. Но и эти состояния могут изменяться под влиянием ситуации: спокойный человек вдруг взрывается, скрытный - откровенничает и т.д.

Несовершенным осужденным присущи, в основном, состояния опасения, страха, тревожности, мнительности, обидчивости, агрессивности, подавленности, собственной неполноценности и т.д. Эти состояния вызваны тремя факторами – изоляцией от общества и нахождением в замкнутой социальной среде; ограничением в удовлетворении потребностей посредством тотальной регламентации поведения; принудительным включением в однополые социальные группы.

И так, что такое агрессия? Агрессия (от латинского “agressio”- нападение, приступ) – это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям (отрицательные переживания, состояния напряженности, страха подавленности и т.д.) (см. Психологический словарь, 1997).

Реан А. А. предлагает не идентифицировать понятия “агрессия” и “агgressivность”. Давая определение данным терминам, он обращает внимание на то, что “агрессия - это намеренные действия, направленные на причинение ущерба другому человеку, группе людей или животному” (Реан А. А., 1999, с. 218). Агрессивность - это свойство личности, “выражающееся в готовности к агрессии” (там же, с. 218). Таким образом можно сделать вывод: если агрессия - это действие, то агрессивность - готовность к совершению таких действий.

Р. Бэрон и Д. Ричардсон (1997) выделяют следующие основные детерминанты агрессии: социальные (фрустрация, вербальное и физическое нападение, подстрекательство), внешние (жара, шум, теснота, загрязненный воздух), индивидуальные (личность, установки, гендер).

Агрессия, как правило, не возникает неожиданно. Она может появиться в результате различных межличностных взаимодействий, провокаций. Причем и вербальная, и невербальная провокация может в ответ вызвать физические действия (нападение, насилие и т.д.). Различные особенности среды, в которой находится человек, также повышают или снижают вероятность возникновения агрессивных действий. Например, в помещении, где имеются резкие неприятные запахи, табачный дым и т.д. уровень агрессии будет выше, чем в хорошо проветренной комнате. Кроме этого, большую роль в появлении агрессивных реакций играют индивидуальные особенности человека. Среди нормальных личности более агрессивными являются люди

раздражительные, с предвзятой атрибуцией враждебности, высоким уровнем локус контроля, люди, строящие свое поведение по типу «А» а также, лица со сниженными и повышенным самоконтролем.

Для лиц типа «А» характерны следующие индивидуальные особенности: напористость, склонность к соперничеству, желание превзойти других, нетерпение, высокий уровень враждебности. Эти люди в большей степени, чем все остальные, подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

Существует несколько различных подходов в изучении и объяснении феномена агрессивности. А. А. Реан выделяет 5 базовых направлений: инстинктивистская теория агрессии (З. Фрейд, К. Лоренц и др.); фruстрационная (Дж. Доллард, Н. Миллер и др.); теория социального научения (А. Бандура); теория переноса возбуждения (Д. Зильманн и др.); когнитивные модели агрессивного поведения (Л. Берковец и др.).

Так, З.Фрейд связывает становление агрессивного поведения ребенка со стадиями сексуального развития (З. Фрейд, 1989). Представитель теории инстинктов К. Лоренц, как и З. Фрейд, считает, что человеку не дано справиться со своей агрессивностью, он только может направить её в нужное русло (Лоренц К., 1994), а согласно Дж. Долларду, агрессия представляет собой реакцию на фрустрацию. Эффект катарсиса помогает человеку снизить его агрессивность.

Сторонники теории социального научения, наоборот, считают, что чем чаще человек совершает агрессивные действия, тем в большей степени эти действия становятся неотъемлемой частью его поведения. В том велика роль родителей, которые своим примером, не осознавая того, могут обучить ребенка проявлению агрессии.

По имению Л. Берковица, поведение все-таки можно контролировать (цит. по Бэрон Р., Ричардсон Д., 1997). Но, как доказал Д. Зильманн, в отдельных ситуациях агрессия бывает импульсивной и плохо поддается контролю рассудка.

Что такой гнев? Это чувство сильного негодования, которое сопровождается потерей контроля над собой. Термин «гнев», употребляемый на Руси начиная с XI века, произошел от слова «гной». Так называли состояние больного, тело которого было покрыто гноящимися ранами. Позднее у слова «гнев» появился синоним - «ярость».

По мнению Вирджинии Н. Квинн (2000) существует четыре основных способа выражения гнева:

1. Прямо (вербально или невербально) заявить о своих чувствах, при этом давая выход отрицательным эмоциям.

2. Выразить гнев в косвенной форме, вымешая его на человеке или предмете, который представляется разгневанному неопасным. Не отреагировав сразу, человек рано или поздно может почувствовать необходимость выплеснуть гнев из себя. Но

не на того, кто вызвал это чувство, а на того кто «подвернется под руку», кто слабее и не сможет дать отпор. Такое выражение гнева получило название переноса.

3. Сдерживать свой гнев, «загоняя» его внутрь. В этом случае постепенно накапливающиеся отрицательные чувства будут способствовать возникновению стресса. Кэрролл Изард (К. Э. Изард, 1999) публикует клинические данные, полученные Холтом, которые свидетельствуют о том, что если человек постоянно подавляет свой гнев, то он более подвержен риску психосоматических расстройств. По мнению Холта, невыраженный гнев может стать одной из причин таких заболеваний, как ревматический артрит крапивница, псориаз, язва желудка, мигрень, гипертония и др.

4. Задерживать негативную эмоцию до момента её наступления, не давая ей возможности развиться при этом, человек пытается выяснить причину гнева и устраниТЬ её в кратчайший срок.

Из работы психологов, которые проводили обучение агрессивных несовершеннолетних конструктивным способам выражения гнева, мы используем два направления, описанных В. Квинн: учим детей прямо заявлять о своих чувствах и выражать гнев в косвенной форме с помощью игровых приемов. Многие авторы считают, что одним из лучших способов выражения гнева является прямое высказывание своих чувств человеку, который стал источником гнева. Так Р. Кэмпбелл (1997) советует

выражать гнев прямо, словесно и в вежливой форме. Если же это невозможно, то лучше все же достичнуть примирения и взаимопонимания с партнером по общению.

Таким образом, проводя исследовательские работы в пенитенциарном учреждении несовершеннолетних ЛА - 155/6 группа казахстанских психологов научно-исследовательского проекта «Психологическое сопровождение несовершеннолетних по ресоциализации и реадаптации к жизни на свободе» (КУИС РК ЛА-155/6 и ЛА-155/4) пришла к выводу: коррекционную работу с агрессивными несовершеннолетними целесообразно проводить в четырех направлениях:

1. Обучение агрессивных детей способам выражения гнева в приемлемой форме.
2. Обучение детей приемам саморегуляции, умению владеть собой в различных ситуациях.
3. Отработка навыков общения в возможных конфликтных ситуациях.
4. Формирование таких качеств, как эмпатия, доверие к людям и т. д.

Психологические знания по снижению агрессии у несовершеннолетних в пенитенциарных учреждениях могут помочь эффективной деятельности всех категорий сотрудников пенитенциарных учреждений, но мы посчитали необходимым предложить их, в первую очередь, психологам, непосредственно занимающимся психологической службой в закрытых учреждениях.

Литература:

1. Акажданова А. Т. *Девиантология*. - Алматы, 2008.
2. Акажданова А. Т., Ельшибаева К. Г. *Практикум по девиантологии*. - Алматы, 2008.
3. Лебединский В. В. *Нарушение психического развития у детей*. - М., 1985.
4. Лоренц К. *Агрессия (так называемое зло)*. - М., 1994.
5. Лютова Е. К. *Развитие личности и креативность школьников с различными и структурными характеристиками интеллекта* // Авт. канд. дис. - СПб., 2000.
6. Мак-Кей М., Роджерс П., Мак-Кей Ю. *Укрощение гнева*. - СПб., 1997.
7. Практикум по социально-психологическому тренингу / Под ред. Б. Д. Парыгина. - СПб., 1997.
8. Психогимнастика в тренинге / Под ред. Н. Ю. Хрящевой. - СПб., 1999.
9. Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Сещерякова. - М., 1997.
10. Ранибург Й., Поппер П. *Секреты личности*. - М., 1983.
11. Реан А. А. *Агрессия и агрессивность личности*. - СПб., 1996.
12. Реан А. А. *Психология и изучения личности*. - СПб., 1999.
13. Реан А. А., Коломинский Я. Л. *Социальная педагогическая психология*. - СПб., 1999.
14. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной. - М., 1995.
15. Андрианов М. С. *Психологические механизмы воздействия средств массовой информации на процессы правовой социализации*. - М., 1998.
16. Гамезо М. В., Герасимова В. С., Горелова Г. Т., Орлова Л. М. *Возрастная психология: Личность от молодости до старости*. - М., 1999.
17. Дусманбетов Г. А., Шеръязданова Х. Т. *Психология деструктивных факторов процесса социализации старших подростков*. - Алматы, 2003.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

ЦЕЛИТЕЛЬСТВО И РЕЛИГИЯ

Д. У. Адылов

Шаманское целительство, тотетическая медицина и праанатомия возникли на Земле около 10 тысяч лет назад в период, известный как мезолит [1]. Именно тогда, на фоне самого значительного переселения народов, больных и раненых перестали оставлять на произвол судьбы и принялись лечить, причем, как показывают археологические раскопки, довольно успешно, отмечает далее О. Диксон (2004). Выделению шаманства в профессию способствовали особенности мировоззрения людей древности. Бессилие беспомощность первобытных людей перед явлениями природой [2] понималось ими как зависимость от духов, а при возникновении заболеваний объясняли болезнь действием сверхъестественных сил [3] или проникновением в организм злых духов [4 - 6]. А умение взаимодействовать и ладить с ними представлялось жизненно важным делом, и люди, которым это удавалось, ценились высоко. Это умение было связано с определенными способностями и в дальнейшем любой талант считался признаком расположения духов к человеку, их даром [7]. Эти убеждения существуют среди населения до сих пор в качестве потребности в чудесном исцелении и изгнании из тела чего-то «чуждого» [8, 7]. У населения существует такой мощный феномен, как мифология [9]. Поэтому, формируя организационные структуры в медицине, мы должны учитывать не только свои желания, но и мифологию, чтобы эти структуры были приемлемы для населения, пишет Л. С. Свердлов [10]. И здесь, считает Л.С. Свердлов, «оказываются более популярными такие методы, которые с точки зрения медика - профессионала определяют иную ценность для населения, но они относительные - это методы народной медицины». Народная медицина населением часто воспринимается почти как природный процесс [11]. Это наполняет целительские идеи мифологическим содержанием, так как возникает возможность мифологического осмысления вне обыденной его жизни [12]. На языке символов мифологически выражаются не только религиозные и философские идеи, но и передается внутреннее состояние человека и в этом - подлинное значение мифа [13, 14]. Народное целительство базируется на мифологическом сознании образов здоровья и болезни и имеет в ряде случаев положительный эффект при терапии. Основываясь на мифологическом образе здоровья и болезни [15] целительство определяется, следовательно, на мифологической и довольно часто подтвержденной

г. Бишкек

практикой, детерминацией генезиса патологии, примитивно-научной интерпретации патологических механизмов заболевания [16]. Это определяет в свою очередь и систему предохранения от недугов [17, 18]. Последняя, основываясь на мифологическом представлении здоровья, имеет и свою систему профилактики болезней, на которой базируются и языческие суждения [19], и своеобразные советы по предохранению от болезней, и своя оригинальная терминология («порча», «сглаз», «опущение сердца» и т. п.) [20]. Сложная и пестрая картина мира целительства неотделима от фигуры носителя этой традиции.

Дальнейшее оформление магии привело человечество к выработке особых приемов защиты от страха и тревоги, а потом появились и особые специалисты - носители (жрецы) этих навыков [21], со своеобразной системой общения, имеющей серьезные конструктивные моменты.

Эмпирическая психотерапия (т.е. народное целительство), зародившаяся на ранних этапах развития человечества, связанная с психическими воздействиями в форме ободрения, стимулирования [22] и нередко порицания, широко использовалась различными народами и религиозными течениями. Постепенно возникла мысль о возможности ее применения не только к здоровой психике человека, но и к больной. Так, на Древнем Востоке больной человек приходил в храм и во сне получал от божества средство лечения от своего недуга. Целительство как элемент шаманства основано на вере в одухотворенность объектов природы: людей, животных, предметов, явлений и является проявлением ранней формы религии, т.е. на анимизме. В любой религии есть элементы анимизма: иконы, святые, боги. Но более развитые формы религии в разные времена относились к целителям по-разному: от использования мифологических представлений целительства до объявления целителей грешниками, а их представления - как результат греховых мыслей. В тоже время в целительских представлениях очень много религиозных взглядов, а зачастую религиозные элементы являются типичным средством лечения в целительстве. Связь целительства с религией обуславливает и предвзятое отношение со стороны представителей науки, ибо действительно, оккультизм является основой многих верований [23]. Религия – это не только поклонение предмету культа, но и, возможно, преклонение перед её служителями. Поэтому основатели рели-

гий - «великие посвященные» сами становились предметом поклонения, хотя сами предпочитали бы иметь не поклонников, а последователей. Но религия - еще и культивирование оккультных знаний и умений, что можно наблюдать во всех религиях, от примитивных религий до мировых. Религиозный опыт - серьезный фонд психотехнических методик, хотя часто и иррациональных по форме, но рациональных по существу. Особое значение вопрос об отношении к религии может иметь не только для целительства, но и для медицины. Так S. Grof [24] считает, что необходимо уделять серьезное внимание к терапевтическому потенциальному, особенно мистической и религиозной сферы: ЛСД - переживания.

Целительство в Кыргызстане представляется неоднородным образованием. В нем представлены древнетюркские языческие верования шаманизма с культом Умай - эне (матери), отца, Кан - Тенгри, демонического существа Альбарсты, почитания духов предков и животных - онгонов, фетишизация предметов окружающей природы (Исраилова Ч., 1998). Согласно сведениям восточных географов, историков, летописцев и путешественников, а также исследованиям ученых, древние кыргызы были язычниками. Это подтверждается и тем, что на сегодняшний день у кыргызов существуют некоторые черты религиозных представлений, характерных для язычества – первой системы верований человека и человеческого общества. Сохранились обряды, ритуалы, реликты, зарожденные еще в эпоху первобытнообщинного строя. Имеются элементы тотемизма, анимизма, культа предков, природы, шаманизма. Верховными божествами у кыргызов, как и у других тюркских народов, считалась божественная чета – Тенгри и Умай. Умай, как женское божество, являлась хранительницей домашнего очага, хранительницей потомства, покровительницей детей. Ей поклонялись женщины, молили о благополучии и здоровье семьи. Все обряды и заклинания, связанные с родами и лечением детей, совершались с упоминанием ее имени. Тенгри – божество неба, которому принадлежало главное место в системе представлений древних тюрков и кыргызов. Ему молились, прося выздоровления при болезни, и приносили ему жертвоприношения. Кыргызы поклонялись и духам других природных явлений, имел место и астральный культ. О верованиях и шаманах кыргызов дает сведения персидский историк XI века Гардизи.

Распространение ислама в Кыргызстане, начавшееся с XVI века, к началу XIX века еще не достигло своей конечной цели. Особенно среди северных кыргызов, несмотря на то, что были предприняты различные, в условиях тех лет весьма действенные, средства и методы, начиная с физического принуждения, создания привлекательных условий, кончая чисто просветительской работой. В

XIX веке основная масса кыргызов уже считала себя мусульманами, хотя не совсем забыла традиции, каноны и положения прежней религии. Важнейшим этапом в развитии духовной культуры тюркоязычных народов Центральной Азии стало принятие ислама [25], но в тоже время отмечено, что религия может негативно влиять на здоровье человека [26], поэтому среди кыргызов сохранялись различные обряды, связанные с хозяйством. Скотоводческий тип хозяйства требовал соответствующего содержания обрядов, т.е. сюда входили лечение, оберегание, заклинание не только людей, но и скота. Помимо совершения обрядов жертвоприношения, произношения молитв, обращенных к духам предков с просьбой об исцелении, что обычно происходило у кладбищ и мазаров, применялись и обряды, связанные с исламом. Помещение, в котором находился больной, окуривалось дымом от горящей арчи или рыбных костей, применяя одновременно семь свечей, сделанных из стеблей чия, обмотанных ватой. Такое окуривание, связанное с языческим верованием, могло сопровождаться вешанием амулетов и оберегов. Позже стали применяться амулеты из бумаги с изречениями из Корана, зашитые в кожаный мешочек. Целительские процедуры и обряды, не связанные с исламом, сочетались с молитвами. Российский географ и историк М. И. Венюков [26], говоря о кыргызах 19 века, писал, что «вероучение ислама эти народы знают очень плохо или даже вовсе не знают. Они поступают прямо против закона, не опасаясь за греховную жизнь наказаний в будущем». Позже в целительские взгляды вписались и исламские взгляды суннитского толка с фетишизацией священных предметов, поклонения святым местам, мазарам, со своей религиозной мистикой, которые проповедовали муллы, суфии, дервиши. В Средней Азии и Казахстане шаманство приняло мусульманский облик. Противоречия между шаманами и муллами оставались, но это была уже профессиональная конкуренция, а не столкновение различных идеологий. Своим мировоззрением эти шаманы не отличались от прочих правоверных мусульман [7]. Шаманы, начиная обряд, обращались сначала к Аллаху, к различным мусульманским святым и лишь потом – к своим духам-помощникам, которые считались разновидностью джиннов, столько раз упомянутых в священной книге ислама – Коране, указывает этот исследователь. Ислам уничтожил шаманский ритуальный костюм и изменил смысл камлания. Мусульманский шаман не путешествует в иные миры, а лишь посыпает своих духов за зловредным демоном, причинившим человеку болезнь. Духи сражаются с демоном, но чаще сообщают шаману, что требуется выкуп, жертва – баран определенного цвета шерсти, или, на худой конец, курица. Многие узбекские и таджикские шаманы считали нужным получить благословение

от духовного лица [7]. Это благословение было, по сути, посвящением в целители. Со временем большинство целителей отказываются от бубна и заменяют его четками. Сами духи-покровители нередко представлялись в образе мусульманских святых. В Туркмении и Кыргызстане некоторые люди, считающиеся себя прямыми потомками пророка Мухаммеда, приписывали себе обладание целым войском джиннов - помощников. С их помощью они брались лечить больных. Их джинны якобы передаются им по наследству. Наиболее прочно в советский период истории целительство сохранялось в быту народов Средней Азии и Казахстана. Здесь целительство воспринималось как часть ислама и в этом одна из причин его живучести [7]. Вера в духов, в святых, а порой и просто в какие-то сверхъ-

естественные силы влечет, по мнению автора, людей к шаманам. Это в основном женщины, потерявшие покой из-за ребенка или от собственных недугов. К шаманам подчас идут люди, которым не смогла помочь современная медицина. Почему бы не попытать счастья на всякий случай? – рассуждают они [7].

В целом, картина мира у народных целителей включает древние тюркские и исламские верования, практический опыт табибов, традиции ясновидения, современные взгляды экстрасенсов. В основе картины мира целительства лежит вера в разного рода духов, которые населяют окружающий человека мир и пребывают в живых существах в виде души, помогают друг другу в привлечении клиентов.

Литература:

1. Диксон О. Шаманское целительство: Защита от несчастий, исцеление от болезней и обретение жизненной силы. – М.: РИПОЛ классик, 2004. – С. 9, 93.
2. Григоренко А. Ю. Разномика магия. - М., 1987. - 181 с.
3. Айдаралиев А. А. Основные этапы развития здравоохранения Киргизской Советской Социалистической Республики // Дисс. доктора мед. наук. Фрунзе - Москва, 1958. - 289 с.
4. Валиханов Ч. Ч. Собр. соч. в 5 т. - Алма-Ата, 1961. - Т. 1. - 407 с.
5. Алимханов Ж. А. Параноидная шизофрения. - Алма-Ата: Казахстан, 1987. - 157 с.
6. Тагдиси Д. Г., Мамедов Я. Д. Механизмы выздоровления. - М.: Знание, 1984. - № 3. - 64 с.
7. Басилов В. Н. Избранные духов. - М., 1984. - С. 184.
8. Зеланд Н. Киргизы. Этнографический очерк // Записки Западно-Сибирского отдела. ИРГО. - Новосибирск: Олеся, 1884. - Кн. 7.- Вып. 2.
9. Лосев А. Ф. Философия. Миология. Культура. - М.: Политиздат, 1991. - 525 с.
10. Свердлов Л. С. Социальная психиатрия // Фундаментальные и прикладные исследования в психиатрии. - Л., 1990. - С. 123.
11. Алтынсарин И. Очерк обычая сватовства и свадьбах у киргизов. - Оренбург, 1870. - 45 с.
12. Оспанов Ж. Ш., Алимханов Ж. А. Анатомо-физиологические представления и философско-медицинское мышление казахского народа в прошлом // Очерки по истории народной медицины Казахстана. - Алма-Ата, 1978. - С. 78-85.
13. Баласагун Ш. Оренбургский листок. – Оренбург, 1889. - № 25. – С. 28.
14. Fromm E. La passion de detruit. Anatome de la destructivité humaine // Laffont. - Paris, 1976. - Р. 37.
15. Касатанье И. Из области киргизских верований в чарующие силы, заключающихся в человеке // Вестник Оренбургского учебного округа. - Оренбург, 1913. - С. 3-5.
16. Алимханов Ж. А., Айбембетов Б. Н. Научная медицина средневековья эпохи Аль - Фараби // Очерки по истории народной медицины Казахстана: - Алма-Ата, 1978. - С.153-173.
17. Аль - Буруни Абу Рейхан. Избранные произведения. Памятники минувших поколений. - Ташкент, 1957. - С. 325.
18. Аль-Фараби. О разуме и науке. - Алма-Ата, 1970. - С. 25-32.
19. Баялиева Т. Пережитки магических представлений и их изживание у киргизов // Ранняя и средневековая культура Киргизстана. - Фрунзе, 1967. - С. 28-33.
20. Баялинова Т. Д. Доисламские верования и их пережитки у кыргызов. - Фрунзе, 1972. – 168 с.
21. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики. - М.: Политиздат, 1989. – 273 с.
22. Маркон А. С. Психология целительства или оккультной медицины. - М., 1990. - 142 с.
23. Поршинев Б. Ф. О начале человеческой истории. - М., 1974. - 240 с.
24. Мокеев А. М. К вопросу о роли чудотворства суфийских шейхов в процессе исламизации населения Кыргызстана//Кыргызстандагы мазар басу: Талас тажрыйбасынын негизинде. Бишкек, 2007. – С. 413.
25. Praag N. V., Verhagen P. J. Religion, spirituality, and psychiatry. P.251.
26. Венюков С.Б. К вопросу о религии кыргызов. М, 1899. – С. 234.

КРИТЕРИИ ОТБОРА ЦЕЛИТЕЛЕЙ ДЛЯ РАБОТЫ В ЦЕНТРЕ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Д. У. Адылов, Н. А. Акматов, Б. И. Исмаилов

В процессе изучения кыргызского целительства нами было обследовано 358 человек, так или иначе относящих себя к народным целителям. Целительство оказалось неоднородным явлением. Среди изученных целителей были люди с разной квалификацией и различных целительских взглядов. Поэтому возник вопрос о профессиональной пригодности их к целительской деятельности.

На основании длительного изучения целителей (более 20 лет) и их профессиональной деятельности общими критериями профессиональной пригодности к целительской деятельности мы считаем следующие.

Первый, если пациента, в действительности нуждающегося в помощи врача, целитель направляет в медицинское учреждение.

Второй, если по каким-то внутренним соображениям данный целитель конкретному пациенту помочь не в состоянии, то он направляет пациента к другому представителю этой народной традиции. Например, куучу, считает, что данному пациенту может помочь иглотерапия, то он отправляет его к табибу.

Обычно целители не берутся лечить раковые болезни, кровотечения, психотические состояния, инфаркты, инсульты и некоторые другие заболевания и направляют пациентов с подобной патологией к врачам. Но такой опыт приходит со временем, и вначале целительством карьеры большинство целителей берутся лечить всех подряд, нанося вред этим больным. С опытом приходит понимание, что части пациентов данный целитель не может помочь, и он уже может рекомендовать обратиться к другому целителю или к врачу. Наиболее опытные целители строго проводят отбор и для работы оставляют немногих, остальным рекомендуют пойти на прием к тому или иному врачу и реже - к другому целителю.

Четкое знание, к какой группе народных целителей обследуемый индивид принадлежит: куучу, бакши, табиб, кез-аык, сынчы, последователю той или иной оздоровительной системы – это третий критерий. Древние тюркские целительские верования не остались однородными. По-видимому, они в начале разделились на два течения. Первое целительское течение – «куучу» больше похоже, по своей сущности с шаманизмом. Второе – «бакши» по уйгурским письменным источникам X века означал грамотного человека (Малов С. Е., 1947, 1951). А Ч. Ч. Валиханов (1958) писал, что «киргизы шамана называют бакши, что по монгольским понятиям означает учителя». Принятие ислама народа-

ми Кыргызстана как основной религии не противоречило их ранним верованиям: произошел сплав религиозной идеологической системы с языческой религиозно - философской системой местного населения (Исаилова Ч., 1988).

Четвертый критерий профессионализма - это достаточное теоретическое знание основ кыргызской и современной целительской традиции. Процесс лечения был различен у разных представителей целительства. Куучу (2,5% от всех обследованных лиц), при индивидуальном и коллективном приёме усаживали напротив себя пациента или нескольких пациентов в строго определённой позе. Реже куучу укладывали пациента на матрас, лицом вверх и также строго следил, чтобы ноги пациента были на расстоянии двух ладоней (около 20 см) друг от друга в области ступней. Затем он предлагал закрыть глаза, открывал форточку (чтобы в комнату могли залететь духи) и начинал вслух или про себя вызывать духов, советоваться с ними, пересказывать предписания духов пациенту. Диалог с духами мог сочетаться со специальными целительскими шаманскими зиками (напевами), включающими обращение к Кудайу, к Умай-эне, Кан-Тенгри, к Манас-Ата, к Камбар - Ата. В орхено-енисейских памятниках Умай – Эне упоминается как богиня высшего ранга, хранительница всего тюркского народа. Другим божеством высшего ранга у древних тюрков был бог неба – Тенгри (Тенир), пишет А.П. Потапов (1978). Манас – это легендарный герой известного кыргызского эпоса. В кыргызских языческих верованиях Камбар – Ата – это сверхъестественный покровитель лошадей и коневодства (Вундт В., 1909).

Реже эти напевы заменяют диалог с духами вообще и включают в себя вызывание духов (арбаков) Манаса и других легендарных или знаменитых в том или ином регионе основателей кыргызских племен и родов. Монотонность высказываний куучу, изредка прерываемое словом «суф» вводило пациента в трансовое состояние, реже гипнотическое. Большая часть опрошенных нами пациентов после процедуры куучу ярко визуализировала услышанные высказывания и была уверена в полезности для них этих процедур. После окончания целительской процедуры куучу слегка дотрагивался до пациента, выводя из транса или гипноза. Затем обычно пациент описывал ощущение облегчения и благодарили куучу. После нескольких сеансов (3 – 5 сеансов) пациент мог принести целителю что-то из еды или вещей в знак благодарности. Количество денег или материаль-

ных ценностей за работу между целителем и пациентом заранее не оговаривалось. Пациенты после окончания процедуры благодарили и благословляли целителя. В индивидуальной работе целители широко использовали заговоры.

При проведении заговоров целитель фиксировал внимание на больной части тела пациента. Сначала целитель психологически настраивал пациента через обращение к духам, затем произносил заговор, в котором просил духов вылечить больную часть тела этого пациента. Завершался заговор словами подкрепления, обращенными в будущее («С этого времени оберегай этого человека»). Табибы (лекари, дарыгеры), хотя и хорошо разбирались в вопросах языческой и современной языческой и исламской целительской традиции, больше уделяли внимания практическим вопросам лечения: вправлению вывихов, лечению переломов при помощи шин, кровопусканию, иглотерапии, использованию трав, массажу, диетотерапии. При этом они могли использовать магию, проводить заговоры, снимать порчу, делать амулеты, заговаривать болезни. Как куучу или бакшы табиб может использовать психотерапевтические притчи, поучительные истории. Прием пациентов у табиба был всегда индивидуальным. Процесс взаимодействия с пациентом у табиба обычно подчинялся определенному алгоритму: опрос, обследование, диагностика, лечение. Знание народной прикладной медицины требует большого длительного труда и знаний. Пожалуй, поэтому среди целителей, обследованных нами, табибов было всего 42 человека (11,7% от числа обследованных лиц). Лиц практикующих экстрасенсорику среди наших обследованных было 13,4% (48 человек). Большинство из них были лица европейских национальностей (36 из 48 или 75,0%). Им была свойственна глубокая вера в наличие у себя экстрасенсорных способностей. Практически все они прошли различные курсы по экстрасенсорике. Они собирали специальную литературу, которую можно было приобрести на каждом книжном развале, и которая написана любителями, учились по ней, экспериментировали на себе, близких. Затем они переходили к индивидуальному приёму. Знание непривычной экстрасенсорной терминологии, загадочность их поведения во время взаимодействия с посетителем, переход сразу без опроса к сенсорной диагностике и сама непривычность процедуры лечения, популярность экстрасенсов в СМИ и художественной литературе породили моду на экстрасенсорное лечение. На практике им редко удавалось точно диагностировать болезни у добровольцев, предложенных в процессе эксперимента в рамках обследования и изучения их работы. Процесс терапии чаще заключался в бесконтактном массаже со встряхиванием рук, «согреванием больного органа восстанавливающего его нормальную ауру». Надо отметить, что часть доброволь-

цев, стоя, реже сидя, по усмотрению экстрасенса, с закрытыми глазами входили в трансовое состояние. Поэтому суггестивное влияние имеет большое значение и в деятельности экстрасенсов. Знакомые с кыргызской (казахской) целительской традицией экстрасенсы использовали её элементы (белую одежду, атрибутику) в своей работе. Экстрасенсы могли дать советы по питанию, образу жизни исходя из экстрасенсорной системы объяснений.

Кроме 40 больных целителей с психотическими расстройствами (11,2%), которых в этом разделе мы не рассматривали, часть (3,1% или 11 человек) обследованных нами целителей представляли другие группы целителей. Это были лица, сочетающие пропаганду оздоровительных систем (П. Иванова, Н. Амосова и др.) с элементами народной медицины: фитотерапией, очищением диетой, применением заговоров, оберегов. Им была свойственна вера в ту или иную религию, в языческие ценности, но полного перехода на ту или иную позицию у этих целителей не отмечалось.

Пятый критерий - это наличие у обследуемого целителя достаточного количества техник и методов терапии, не наносящих вреда здоровью пациентов. Целитель должен хорошо знать зикири, напевы, обращения, молитвы, уметь обращаться с атрибутикой целительства. Знать предназначение атрибутики. Разбираться в фитотерапии, диетотерапии. У него должен быть хорошо отработанный алгоритм расспроса, диагностики. А для лечения у целителя должны быть проверенные техники и методы терапии.

Шестой критерий - у целителей не должно быть психотических форм заболеваний, ибо тяжёлые психические больные категорически должны быть отстранены от этой работы. Шестой критерий это и отсутствие у претендентов на работу целителем в народных традициях выраженных характерологических отклонений, которые мешали бы своей работе.

Седьмой критерий: среди претендентов на целительство не должно быть лиц с садистическими или мазохистскими тенденциями.

Восьмой критерий - это то, что сами претенденты должны быть психически и психологически здоровы в степени достаточной, чтобы оказывать психотерапевтическую помощь пациентам.

Девятый критерий профессиональной пригодности к целительской деятельности заключается в том, что чем больше целитель рекламирует себя, тем меньше у него целительского опыта, и он меньше заслуживает доверия как профессионал.

Десятый критерий - претендент должен иметь высшее или среднее медицинское образование.

Одиннадцатый критерий – целитель должен знать, что иногда он вводит в трансперсональное

состояние клиента (транс, гипноз), чтобы не нанести вред клиенту. Таким образом, к претендентам

на работу в целительство должны, быть предъявлены определенные требования.

Литература:

1. Валиханов Ч. Ч. Собр. соч. в 5 томах – Алма-Ата, 1961. - Т. I. – 407 с.
2. Вундт В. Миф и религия. - СПб., 1909. - С. 280 - 283.
3. Исаилова Ч. Ислам и языческие верования кыргызов севера Кыргызстана // Актуальные проблемы образован. и науки. - Бишкек, 1998. - С. 53-57.
4. Малов С. Е. Памятники древнетюркской письменности. - М., 1951. - 459 с.
5. Потапов Л. П. Древнетюркские черты почитания неба у саяно-алтайских народов // Этнография народов Алтая и Западной Сибири. - Новосибирск, 1978. - С. 50-62.

ИММУНОМОДУЛЯТОР ТРЕКРЕЗАН: ПРОФИЛЬ ОБЩЕЙ И ИММУНОТРОПНОЙ АКТИВНОСТИ

А. В. Болехан, А. Б. Жумашева, И. В. Зарубина,
А. Ю. Рылеев, В. Н. Цыган, П. Д. Шабанов

В последние годы в клиническую практику **активно** внедряются методы коррекции и стимуляции иммунитета. Нарушения иммунной системы могут проявляться в виде гипериммунных ответов, первичного или вторичного дефицита иммунитета и в различных вариантах дисфункции системы. Иммуностимулирующие средства (часто их называют **иммуномодуляторами**) представляют собой препараты, активирующие клеточный и гуморальный иммунитет, фагоцитарную функцию макрофагов, высвобождение интерферонов, а также повышающие неспецифическую резистентность организма. Они применяются в основном для лечения заболеваний, обусловленных первичной или вторичной недостаточностью иммунной системы или ее дисфункцией. Среди **иммуномодуляторов** выделяют средства микробного происхождения (продигиозан, вакцина БЦЖ), пептидные (интерферон-*a*, интерферон-*b*, интерферон-*g* и др.) и синтетические (левамизол, нестероидные анаболические средства типа метилурацила, **Трекрезана** и др.) и растительные **иммуномодуляторы** (препараты из эхинацеи пурпурной, корня солодки, водоросли спируллины и др.) [2]. Все **иммуномодуляторы** находят свое применение в медицинской практике, поскольку имеют свои особенности воздействия.

К новым **иммуномодуляторам** можно отнести недавно появившийся на фармацевтическом рынке препарат **Трекрезан** [3]. **Трекрезан** относится к высокоэффективным средствам с выраженным иммуностимулирующим и адаптогенным терапевтическим действием. **Трекрезан** – оригинальный препарат, разработка Иркутского института органической химии РАН (акад. Воронков М.Г.), его испытания проходили в ВМА и институте гриппа РАМН.

Трекрезан не токсичен (ЛД50 для крыс >3700 мг/кг при внутрибрюшинном и >6500 мг/кг при пероральном введении препарата), оказывает стресспротекторное действие на моделях иммобилизационного и болевого гиподинамического стресса, обладает способностью ускорять регенерацию поврежденных тканей (печень, миокард, мышцы), защищает внутренние органы от повреждающего действия токсинов, СВЧ-облучения, инфекционного фактора. Препарат обладает выраженной антиоксидантной **активностью** и иммуностимулирующими свойствами [3]. Рассмотрим некоторые особенности иммуномодулирующего действия Трекрезана.

Влияние Трекрезана на показатели неспецифической защиты и состояние иммунной системы. В эксперименте на мышах Трекрезан (20 мг/кг) при введении внутрибрюшинно в течение 6 дней не влиял на массу тимуса, но вызывал небольшое увеличение (+20%) массы селезенки. На содержание клеток перitoneального экссудата Трекрезан влияния не оказывал. Процентное содержание макрофагов среди клеток перitoneального экссудата в группах не менялось и оставалось в пределах нормы – около 30%. Процентное содержание Т-лимфоцитов в селезенке под влиянием Трекрезана несколько увеличивалось (+18%). В контрольной группе содержание Т- и В-лимфоцитов не изменялось. Было отмечено стимулирующее влияние Трекрезана на резидентные перitoneальные макрофаги. При этом отмечали двукратное усиление как спонтанной, так и индуцированной способности макрофагов восстанавливать поглощение нитросинего тетразолия (НСТ), а также поглощать нейтральный красный. Изучение влияния препарата на функциональную

активность индуцированных пептоном нейтрофилов показало, что Трекрезан обладает способностью усиливать в 2 раза хемотактическую **активность** и на 80% фагоцитоз стафилококков.

Таким образом, Трекрезан при внутрибрюшинном введении в течение 6 дней вызывал у мышей увеличение процента содержания Т-лимфоцитов в селезенке, оказывал стимулирующее действие на функции перитонеальных фагоцитов, повышая фагоцитарную **активность** и хемотаксис нейтрофилов, а также усиливая «окислительный взрыв» макрофагов и их поглотительную способность, активировал клеточный и гуморальный иммунитет, повышая фагоцитоз и хемотаксис нейтрофилов как у интактных животных, так и при вторичном иммунодефиците (моделируемый иммунодефицит).

Влияние Трекрезана на продукцию сывороточного а- и г-интерферона. Исследование выполнено в соответствии с методическими указаниями по изучению специфической активности интерферонов и индукторов интерферона [6] в НИИ гриппа РАМН и НИИ детских инфекций Росздрава (Санкт-Петербург). Оценка способности препарата Трекрезан индуцировать сывороточный интерферон в опытах показала, что он обладает интерфероногенной активностью. В первые часы после введения Трекрезана вырабатывается интерферон а-типа, который в дальнейшем через сутки замещается г-

интерфероном. Учитывая выявленную интерфероногенную активность Трекрезана, можно рассчитывать на расширение сферы его применения. Особенностью действия Трекрезана является его способность индуцировать г-интерферон, который имеет гораздо более широкий спектр иммуномодулирующего действия по сравнению с другими видами интерферонов. Приведенные экспериментальные данные показывают, что Трекрезан обладает высокой **иммунотропной** активностью. Он стимулирует все виды иммунитета – клеточный, гуморальный, фагоцитоз. Важной особенностью действия Трекрезана является его интерфероногенная активность в отношении интерферона-г, что является достаточно редким явлением. Препарат показан для повышения иммунитета, усиления защитных сил организма; в качестве вспомогательного средства при продолжительной антибиотикотерапии хронических инфекционных заболеваний. По-видимому, Трекрезан можно будет использовать и в комплексном лечении гепатитов В и С, а также ВИЧ-инфекции. Кроме того, стресспротективные и антиастенические свойства Трекрезана, наряду с его способностью уменьшать токсическое действие многих ксенобиотиков (включая лекарственные средства), позволяют позиционировать Трекрезан как современный эффективный иммуномодулятор с широкими адаптогенными свойствами.

Литература:

1. Аксенов О. А., Мурина Е. А. Способ индикации интерферона в биологических пробах. Патент РФ №2093179. – 1997.
2. Зарубина И. В., Шабанов П. Д. Молекулярная фармакология антагипоксантов. – СПб.: Н-Л, 2004. – 368 с.
3. Казимировская В. Б., Дьяков В. М., Воронков М. Г., Ковальчук С. Ф. Трекрезан: токсикология, фармакология, результаты клинических испытаний. – Иркутск, 1996. – 224 с.
4. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / Под ред. В. В. Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
5. Методы биохимических исследований / Под ред. М. И. Прохоровой, Л.: Изд-во ЛГУ, 1982. – 272 с.
6. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Под ред. В. П. Фисенко. М.: МЗ РФ, 2000. – С. 281–286.
7. Хавинсон В. Х., Морозов В. Т. Методические рекомендации по проведению иммунологических исследований (методы оценки Т- и В-систем иммунитета). – Л., 1980. – 175 с.
8. Finter N. B. Quantitative haemadsorption, a new assay technique. I. Assay of interferon // Virology. 1964. – Vol. 24. – P.589–97.

РЕЦЕНЗИЯ

на учебное пособие П. И. Сидорова, И. Г. Мосягина, С. В. Маруняк «Психология катастроф», рекомендованное советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальности «Психология»

В течение последних десятилетий отмечается значительное увеличение числа чрезвычайных ситуаций, количество которых, судя по прогнозам, будет неуклонно возрастать. Проблема сохранения

здоровья и работоспособности лиц, подвергавшихся воздействию факторов экстремальных ситуаций, в последнее время привлекает внимание большого числа специалистов. Содействие индивиду во вре-

мя катастрофы и сразу после неё может значительно ослабить прохождение острой стрессовой реакции и долговременные последствия посттравматического кризиса. Пострадавший, не получивший должной психологической помощи после травматического воздействия катастрофы, может на всю жизнь остаться «психическим инвалидом», он всю жизнь будет бороться с полученной травмой, что существенно осложнит качество его бытия. Оказывая поддержку жертвам экстремальной ситуации необходимо точно знать, когда и какое воздействие может быть применено, так как медицинская реабилитация или психологическая коррекция имеет свой точно выверенный алгоритм действия.

Стихийные бедствия, техногенные катастрофы и аварии, захват заложников, террористические акции, вовлечение в тоталитарные неокульты и другое создают ситуации, опасные для психического и соматического здоровья человека, требуют всестороннего комплексного изучения.

Рецензируемое издание основано на материалах зарубежных и отечественных исследований и даёт комплексное представление о психологических особенностях катастроф. Следует отметить, что учебное пособие «Психология катастроф» П. И. Сидорова и соавторов является одним из первых трудов, в котором была проведена систематизация и обобщение обширного материала по данной проблематике. В издании рассматриваются методологические основы психологии катастроф, классификация и влияние условий жизнедеятельности на человека, эмоциональные состояния и психогенные реакции на чрезвычайные ситуации. Предлагается модель оказания помощи пострадавшим, включающая совместную деятельность родственников, врачей, спасателей и психологов. Интересным представляется рассмотренное влияние и психологические последствия стихийных бедствий, экологических, техногенных и социальных экстремальных ситуаций на детей и взрослых. В работе выделяются фазы психических состояний при землетрясениях как стихийных бедствиях с наибольшим психотравмирующим действием. Авторы описывают первичную реакцию, возникающую в ходе травматического переживания, как «синдром катастрофы», подразделяя его на стадию шока, суггестивную стадию и стадию восстановления. В методологическом разделе особое внимание уделяется принципам оказания медико - психологической помощи, представлены этапы психолого-психиатрической помощи и оценочная система возникающих психических расстройств,

даны критерии синдромальной оценки психопатологической картины, рассматривается модель взаимодействия психологических служб в условиях чрезвычайной ситуации.

Читателям предлагается характеристика психических состояний, включающая активационные, тонические, тензионные и временные параметры. В экстремальных условиях и в условиях эмоционально окрашенных ситуаций авторами разделяются эмоциональное возбуждение, напряжение и напряжённость. Расписываются проявления эмоциональной напряжённости в деятельности в виде эмоционально-сенсорных, эмоционально-моторных и эмоционально-ассоциативных нарушений. Как типичное эмоционально - психическое состояние человека в экстремальных условиях выделяется стресс. Рассматриваются такие первичные психические состояния при катастрофе как страх, аффект, паника. К предрасполагающим факторам стресса П. И. Сидоров и соавторы отнесли депривацию, кризис, психическую травму, а к его категориям - фрустрацию и конфликт.

Особое внимание П. И. Сидоров, И. Г. Мосягин и С. В. Маруняк уделили психогенным реакциям и психологическим аспектам терроризма. Авторы выделили среди наиболее распространенных психогенных реакций 9 паттернов поведения, подробно изложили диагностические критерии травматических стрессовых расстройств, идентификацию психических расстройств и предложили алгоритм работы психолога в ситуации катастрофы. Интересным представляется рассмотрение типологии терроризма, особенностей их жертв, а также вопросы, связанные с психическим терроризмом и манипулированием личностью.

Материал учебного пособия четко структурирован, выделены основные определения, схематично представлены классификационные признаки базовых понятий, главы иллюстрированы схемами, таблицами и рисунками, в которых сгруппированы основные теоретические взгляды, активизирующие процесс восприятия основных вопросов психологии катастроф.

Рекомендуется для студентов высших учебных заведений и аспирантов медицинского и гуманитарного профиля, обучающихся по направлению «Психология», специалистам службы медицины катастроф и службы спасения, а также широкому кругу читателей.

Уверен, что издание найдёт своих благодарных читателей.

Макаров В. В. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ БАД «ТРАМЕЛАН» В КАЧЕСТВЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА И АНТИАСТЕНИЧЕСКОГО СРЕДСТВА В ПОСТДЕТОКСИКАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

В. Н. Цыган, д.м.н. П. Д. Шабанов, к.м.н. В. В. Востриков, к.м.н. О. Г. Шинкарева,
А. Г. Соколов, Л. Б. Кузембаева, А. Б. Жумашева, В. В. Васильченко

Введение

Злоупотребление алкоголем и наркотиками становится все более острой проблемой не только медицинского, но и социально-экономического характера [Кошкина Е.А., 2002]. В последние годы отмечается резкий рост заболеваемости и распространенности злоупотребления психоактивными веществами, в связи с чем данная проблема является одной из наиболее актуальных для медицинской науки и здравоохранения. Развитие зависимости от алкоголя и наркотиков значительно влияют на формирование личности, ее характерологических особенностей [Сметанников П. Г., 1997; Козлов А. А., Рохлина М. Л., 2001], что проявляется формированием своеобразной психопатологии, выражющейся появлением различных форм и видов астенических состояний и аффективных расстройств [Бокий И. В., 1983; Тиганов А. С., 1999; Смулевич А. Б., 2000; Козлов А. А., Рохлина М. Л., 2001; Крок М. А., 2001; Мороз И. Н., 2001].

Вопросы терапии зависимости от психотропных веществ сохраняют свою актуальность и в настоящее время, ставя профилактику, лечение и реабилитацию этих больных на первое место и определяя актуальность проблемы [Каплан Г. И., Сэдлок Б. Дж., 1997; Сиволап Ю. П., Савченков В. А., 2000]. Выбор психофармакологических препаратов, используемых сегодня для купирования проявлений болезни на различных этапах достаточно широк. Это диктует необходимость оптимизировать лечебные подходы, применять дифференцированные комплексные программы, направленные на четкое приложение психофармакологической модели к различным группам больных.

Создание лекарственных препаратов, обладающих не только эффективными фармакологическими свойствами, но и малой токсичностью и минимальными побочными действиями, является одной из важных проблем современной медицины. Поиск новых препаратов широкого спектра действия, сочетающих в себе противоастенические свойства и свойства иммуностимуляторов, остается одной из основных задач психофармакологии.

Следует учитывать, что купирование синдрома отмены алкоголя не является показателем нормализации баланса центральной нервной системы [Сметанников П. Г., 1997]. В этот период у больных с зависимостью от алкоголя выявляется высо-

кий уровень астенизации, проявление аффективных расстройств (невротизация, тревога, депрессия) и нарушение иммунного статуса, характеризующие постабстинентное состояние. При этом достаточно часто в этот период наблюдается развитие острой психопатологической симптоматики (алкогольный галлюциноз, алкогольный делирий и т.д.) или обострение ранее имеющейся соматоневрологической патологии.

Астенические состояния являются одним из наиболее распространенных психопатологических феноменов. В последние годы рост астенических состояний различной нозологической природы стал характерной чертой многих психопатологических и соматических расстройств. Распространенность астении в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10 до 45% [Kirk C., Saunders M., 1997; Мороз И. Н., 2001; Аведисова А. С., 2003].

Астеническое состояние – это клинический синдром с полиморфной симптоматикой, развивающейся постепенно, вне связи с необходимостью мобилизации организма и в основе своей проявляющейся утратой способности к продолжительному физическому и/или умственному напряжению. Несмотря на модифицирующее влияние причинных факторов, клинические проявления астении, при всем полиморфизме, имеют много общих признаков и сопровождают многие соматические, неврологические и психические заболевания, особенно четко проявляясь в период реконвалесценции. Среди наиболее частых причин астенического состояния отмечается атеросклероз, сосудистые поражения головного мозга, эндо- и экзогенные интоксикации, патология центральной нервной системы, различные иммунные нарушения, психические заболевания.

Астения обычно развивается постепенно, дебютируя повышенной утомляемостью в сочетании с раздражительностью, и напрямую зависит от действия дезадаптирующих факторов, при этом отмечается вовлечение в болезнь самой личности больного [Сметанников П. Г., 1997, Мороз И. Н., 2001]. В последующем в поведении пациента появляется склонность к аффективным реакциям, повышенная чувствительность к внешним раздражителям. При этом, будучи причислены к наиболее легким синдромам, астенические расстройства часто приводят к значительному снижению работоспособности и

жизнедеятельности пациентов, иногда выступая в качестве фона, на котором формируются другие более тяжелые психические или соматические нарушения.

Несмотря на клинические сходства видов астений, патофизиологические механизмы данных состояний различаются между собой, что предопределяет и различия в лечебной тактике [Аведисова А. С., 2003]. Проблемы терапии столь распространенных в клинической практике астенических состояний очень актуальны в настоящее время [Ханыков В. В., 2000; Шабанов П. Д., 2002; Аведисова А. С., 2003].

Состояние иммунной системы человека зависит от многочисленных экзогенных (социальные, экологические, медицинские и др.) и эндогенных (соматические и инфекционные болезни, эндокринные нарушения, злоупотребления психоактивными веществами и т.д.) факторов [Михайленко С. И., 1996; Хаитов Р. М., Пинегин Б. В., 1997, 1999; Воробьев А. А. и др., 2001]. Отрицательное воздействие их на организм может привести к транзиторным функциональным нарушениям или к стойкому дисбалансу в работе иммунной системы. Как результат – формируются изменения функциональной активности системы, выражющиеся либо в активации всей иммунной системы или отдельных ее звеньев, либо ее супрессией [Земсков А. М. и др., 1999]. Отказ одного или нескольких компонентов иммунной системы может приводить к развитию иммунодефицитов и утрате способности к защите от инфекции. Расстройства регуляции в функционировании данной системы способствуют развитию аутоиммунных болезней, аллергий и росту опухолей и т.д.

Функционирование иммунной системы непосредственно связано с работой центральной нервной системы, эндокринной, печени, и других регуляторных систем организма, которые наиболее важны для обеспечения регуляции гомеостаза [Воробьев А. А. и др., 2001]. Поэтому нормализация всех ответных реакций и координация работы многократно дублированных звеньев иммунной системы приводит к ускоренному и более полному выздоровлению больного. Вследствие этого симптоматическую и патогенетическую терапию следует проводить параллельно с rationalной иммунокоррекцией.

Усиление общей сопротивляемости организма может происходить под влиянием ряда стимулирующих и тонизирующих средств (кофеина, элеутерококка и др.), витаминов, дигидзола, производных пиразидина (метилурацила, пентоксила), дериватов нуклеиновых кислот и биогенных препаратов, получивших общее название – адаптогены [Машковский М. Д., 1993; Хаитов Р. М., Пинегин Б. В., 2000; Шабанов П. Д., 2002]. Способность этих препаратов повышать резистентность организма, ускорять процессы регенерации и адаптации послужила основанием для их широкого применения в

качестве ингредиентов биологически активных добавок (БАД) для комплексной терапии вялотекущих регенерационных процессов, астенических состояний, инфекционных, инфекционно-воспалительных и других заболеваний.

Потребность в компонентах пищи (макро- и микроэлементы, незаменимые аминокислоты, витамины, биологически активные соединения и др.) может меняться в зависимости от возраста и пола человека, его физического и психического состояния, от климата и сезона года. Из биологически активных веществ, попадающих в организм с пищей и играющих роль антигенов и специфических антител к ним, складывается сложная система взаимозависимых элементов [Богданов М. Е., 2004]. Она способна адаптироваться к изменяющейся потребности организма в определенных биологически активных веществах и неравномерному поступлению их с пищей. Выполняя роль своеобразного буфера, эта многокомпонентная система нацелена на поддержание «рабочих» концентраций биологически активных веществ во внутренней среде организма [Кириллов В. И., 1998; Богданов М. Е., 2004].

В последнее время углубленное изучение патогенетических аспектов алкоголизма позволило многим исследователям прийти к заключению относительно того, что развитие у больных алкоголизмом сопутствующих соматических заболеваний во многом связано с иммунотропными эффектами этанола. Исследования в данном направлении носят, в основном, экспериментальный характер. В клинике преимущественно оценивается состояние иммунной системы алкоголиков в контексте выяснения причин развития у них инфекционных заболеваний, в том числе, вирусных гепатитов, пневмоний, герпетической, хламидийной инфекции и др. Было установлено, что хроническое употребление этанола приводит к развитию пролонгированного ЛПС-опосредованного гиповоспалительного ответа. Полученные результаты позволили сделать заключение, что выявленные изменения могут являться предрасполагающими к развитию у таких больных инфекций и септических состояний.

В исследованиях на мышах показано, что этанол в больших количествах поляризует адаптивный иммунный ответ CD4+ Т-хелперных лимфоцитов, а именно, повреждает Th1-регулируемый клеточно-опосредованный иммунитет и не изменяет, либо стимулирует Th2-регулируемый гуморальный ответ.

Эффекты этанола, как правило, проявляются на этапе, когда антиген-презентирующие клетки взаимодействуют с Т-клетками. В частности, было показано, что этанол не оказывал прямого действия на Т-клетки, но обладал таким эффектом на антиген-презентирующие клетки. В дальнейшем это действие этанола на антиген-презентирующие клетки *in vivo* снижало Th1-опосредованные реакции гиперсенсибилизации и увеличивало Th2-регули-

руемую продукцию IgE. Кроме того, злоупотребление этанолом приводило к снижению аффинности IgG2a и IgG2b Th1-регулируемой продукции. Показано, что происходит снижение пролиферации В-клеток в ответ на цитокины при моделировании алкогольной интоксикации у мышей. Выявленные изменения обусловлены, в частности, гиперпродукцией ИЛ-4 и неспособностью В-клеток в этих условиях взаимодействовать с ИЛ-4, продуцируемым Th1-клетками. Полученные результаты дают возможность ясно понять механизм, которым хроническое употребление алкоголя повреждает связи между Т- и В-клеточными компонентами иммунной системы.

Известны экспериментальные исследования на мышах, основная цель которых заключалась в выявлении ранних изменений в популяционном составе лейкоцитов и Th1/Th2-лимфоцитов при воздействии этанола. В ходе этих исследований было показано, что при введении животным этанола в течение 12 суток фенотипические и функциональные изменения со стороны изученных популяций иммунокомпетентных клеток встречались в течение первых нескольких дней употребления алкоголя. При этом в ходе введения этанола первые 5 дней у животных выявляли снижение количества В- и NK-клеток, причем снижение количества В-клеток сопровождалось уменьшением количества экспрессированных рецепторов главного комплекса гистосовместимости II на их мембранах. Функциональные изменения Th1-клеток сопровождались снижением их способности продуцировать гамма-ИФН. В то же время функциональное состояние Th2-клеток, как индикатора системы сывороточных IgE, возрастало с 6 по 8 сут введения животным этанола и коррелировало с уровнем этанола в крови.

Не менее серьезные изменения в функционировании иммунной системы вызывала экспериментальная острая алкогольная интоксикация. Показано, что в результате острой алкогольной интоксикации у белых мышей имела место депрессия фагоцитарной активности Купфферовских клеток, Т-лимфоцитов и цитокиновой сети. При острой алкогольной интоксикации у белых крыс регистрировалась супрессия системного хемокинового ответа к ЛПС и как следствие этого супрессия продукции TNF- β иммунокомпетентными клетками. Аналогичные изменения, касающиеся способности продуцировать хемокины легочными макрофагами, были выявлены при моделировании острой алкогольной интоксикации у белых крыс. При этом интоксикация этанолом супрессировала хемокиновую активность легочных клеток, прежде всего альвеолярных макрофагов в ответ на заражение животных *S.pneumoniae*, а эти изменения, в свою очередь, ассоциировались со снижением функциональной активности нейтрофилов. По результатам проведенных исследований было высказано предполо-

жение относительно того, что эти изменения могут быть значимыми с патогенетической точки зрения и явиться своеобразным экспериментальным обоснованием предрасположенности алкоголиков к пневмониям инфекционной природы.

Нежелательные иммунотропные эффекты этанола были выявлены и в клинических условиях. Показано, что алкоголь (этанол) снижал функцию протеосом и иммунопротеосом в макрофагах алкоголиков. Как известно, протеосомы (ПР) и иммунопротеосомы (ИПР) разрушают поврежденные белки и участвуют в протеиновом процессинге, необходимом для презентации антигена мононуклеарными клетками. При определении активности ПР и CYP2E1 в мононуклеарных фагоцитах алкоголиков было установлено прогрессивное снижение активности ПР и соотношения ПР/ИПР. Этanol ингибировал каталитическую активность ПР и, напротив, способствовал увеличению в мононуклеарных фагоцитах количества реактивных форм кислорода.

Определяли концентрацию лептинов и оценивали функциональное состояние иммунной системы у алкоголиков. Уровень лептинов определяли в сыворотке крови алкоголиков, а функциональное состояние иммунной системы оценивали по активности NK-клеток, NK-клеток, стимулированных ИЛ-2 и конканавалин А-стимулированной продукции ИЛ-2, а также концентрации в сыворотке крови ИЛ-6, ИЛ-10 и ИЛ-12. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у алкоголиков имело место снижение активности NK-клеток и концентрации лептинов в крови. Проведенный корреляционный анализ выявил наличие прямой корреляционной зависимости между этими показателями. В то же время, аналогичные связи между концентрациями сывороточных лептинов и интерлейкинов выявлены не были. На основании этих данных было сделано заключение о том, что иммунотропные эффекты этанола опосредуются его депрессивным влиянием на синтез и секрецию в кровь лептинов и, как следствие этого, супрессивным действием на активность NK-клеток, что, в свою очередь, можно рассматривать как фактор риска и предрасположенности алкоголиков к инфекционным заболеваниям.

В исследовании, проведенном на больных хроническим алкоголизмом, было показано, что этанолу присущи как иммунные, так и аутоиммунные эффекты.

Изменения ферментативной активности лимфоцитов под влиянием алкоголя играют весьма существенную роль в патогенезе хронического алкоголизма. Как известно, лимфоциты не только осуществляют иммунологическую реактивность организма, но и выделяют биологически активные вещества, влияющие как на эффекторы иммунитета, так и на другие органы и системы организма. Кроме того, они имеют богатый набор рецепторов, что

делает их высокочувствительными к разнообразным изменениям гомеостаза организма. Все это приводит к тому, что, воспринимая сигналы о дестабилизации внутренней среды организма, лимфоциты модулируют свои функции, нацеленные на восстановление гомеостаза. Функциональная активность лимфоцитов целиком определяется их метаболизмом. Именно на уровне метаболической системы клеток формируются ответные реакции на воздействие. Доказано соответствие между биохимическими процессами иммунокомпетентных клеток и целостного организма. Следовательно, изучая метаболизм лимфоцитов, можно определить основные биохимические параметры привыкания организма к повышенным дозам алкоголя и разработать методы метаболической реабилитации хронического алкоголизма. Основываясь на вышеприведенных сведениях, авторы исследовали активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ), альфа-глицерофосфатдегидрогеназы (альфа-ГФДГ) и неспецифической эстеразы (НЭ) в лимфоцитах больных хроническим алкоголизмом, в результате чего у них было отмечено снижение уровня СДГ, что свидетельствует о снижении энергетического потенциала клеток, а также повышение внутри клеток уровней альфа-ГФДГ и НЭ. При хроническом алкоголизме имеет место нарушение функциональной активности лимфоцитов и, следовательно, нейроиммунных взаимосвязей, что может явиться центральным звеном патогенеза хронического алкоголизма. Расширяя спектр исследуемых ферментов, можно получить более полную картину метаболических нарушений, происходящих в иммунокомпетентных клетках на разных этапах заболевания, что позволит дать рекомендации в направлении иммунометаболической коррекции больных алкоголизмом.

Таким образом, вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что злоупотребление этанолом приводит к достаточно серьезным изменениям в иммунной системе макроорганизма, которые в большинстве своем можно охарактеризовать как развитие иммунодепрессивного состояния. Поскольку в настоящее время уже не вызывает сомнения тот факт, что развитие любого патологического процесса у человека сопряжено с функциональными изменениями в иммунной системе, то совершенно очевидно, что та патология, которая наиболее часто сопровождает хронический алкоголизм, а именно, гепатиты и цирроз печени, заболевания сердечно-сосудистой системы, инфекционные заболевания, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и др., как раз и может быть обусловлена депрессивным влиянием этанола на иммунную систему организма. До недавнего времени это положение высказывалось лишь как гипотетическое, однако в последние годы все больше исследований его подтверждают.

Было показано, что злоупотребление алкоголем способствует повышению в крови алкоголиков этанолчувствительных и дофаминчувствительных лимфоцитов. Эти данные свидетельствуют о том, что дофаминовая система принимает достаточно значимое участие в патогенезе алкоголизма и прежде всего возникающих при этом расстройств ЦНС. Подтверждением последнего могут быть данные, полученные П. Д. Шабановым (2004), который исследовал нейробиологические основы алкогольной интоксикации и показал, что в дофаминовой (ДА) системе имеют место определенные изменения при алкоголизме. В частности, было установлено, что чувствительность ДА2 рецепторов и их функция снижены при алкоголизме I типа, что предполагает использование в терапии таких больных препаратов, обладающих ДА-активирующим действием, в частности, ДА-агонистов, которые с одной стороны могут восстановить субоптимальные уровни ДА-ergicеской активности, а с другой – снизить влечение к алкоголю в абstinентной фазе и эйфорические последствия применения алкоголя.

Роль алкоголя как химического регулятора деятельности головного мозга и его физиологических функций известна достаточно давно. При этом четко показано, что алкоголь действует как депрессант функционирования структур головного мозга, однако каким образом происходит изменение молекулярных механизмов и нервных взаимоотношений достаточно хорошо не изучено. В этой связи определенного внимания заслуживают исследования, в которых показано, что алкоголь выступает в роли нейрохимического мессенджера, обуславливающего связи между нервной, эндокринной и иммунной системами макроорганизма. При этом специфически алкоголь действует как регулятор гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, модулируя тем самым выделение гормонов, в частности, адренокортикопротного гормона и кортикостерона, которые, как известно, обладают депрессивными эффектами и, возможно, именно с этим можно связать развитие при алкоголизме как иммунодепрессии, так и патологии ЦНС. Нельзя также исключить и развитие при алкоголизме вышеописанных процессов в обратном порядке, а именно, первичная депрессия под влиянием этанола иммунной системы → депрессия функционирования компонентов ЦНС → развитие патологии ЦНС. Однако, судя по имеющимся сведениям, большинство исследователей все же придерживается первой концепции нейро-иммунных взаимоотношений при алкоголизме, а именно, первичным является нейротропное действие этанола, следствием которого уже является развитие изменений в иммунной системе. В пользу последнего, в частности, свидетельствуют данные проведенных в последнее время исследований, касающихся иммунопатогенетических аспектов расстройства сна при хроническом алко-

лизме. В частности, при исследовании взаимосвязи между нервной и иммунной системами у пациентов с алкогольной зависимостью особое внимание уделялось изучению зависимости между расстройствами сна и функционированием иммунной системы. Как известно, расстройство сна является одним из наиболее значимых симптомов пациентов с алкогольной зависимостью. В обобщенных данных проведенных исследований показано, что иммунная система в кооперации с другими гомеостатическими процессами участвует в регуляции процессов головного мозга и оказывает тем самым влияние на сон, защитные механизмы и экспрессию провоспалительных и Т-хелперных цитокинов, участвующих в развитии алкогольной зависимости. Не менее интересные данные были получены в исследованиях, которые были посвящены изучению связи между расстройством сна, экспрессией регуляторных цитокинов и активностью NK-клеток у пациентов-алкоголиков в сравнении с контрольными пациентами. В результате проведенных авторами исследований оказалось, что продолжительность сна имеет значение в регуляции иммунной функции, а расстройства сна способствуют нарушениям иммунной системы у пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом. Так, пациенты-алкоголики характеризовались потерей дельта фазы сна и увеличением периода засыпания в сравнении с аналогичными показателями лиц контрольной группы, что сопровождалось наличием у них низких уровней ИЛ-6 в сыворотке крови, супрессии соотношения ИЛ-6/ИЛ-10 и сниженной активности NK-клеток. Кроме того, у алкоголиков выявлены постоянно низкие величины отношения ИФН-гамма/ИЛ-10, в то время как у пациентов контрольной группы имелось увеличение этих параметров в течение ночи. Наиболее существенные сдвиги со стороны иммунной системы регистрировались у алкоголиков в период с 3:00 до 6:30 ч. утра. На основании проведенных исследований авторами сделано заключение о том, что выявляемые у алкоголиков сдвиги в иммунной системе обусловлены нейротропными эффектами этанола, в частности его влиянием на процессы, ответственные за сон. Взаимосвязь между уровнями противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10) и длительностью дельта фазы сна позволяет предположить наличие определенных взаимосвязей между цитокинами и сном у человека.

Таким образом, имеющиеся к настоящему времени сведения свидетельствуют о том, что нейроиммунные взаимосвязи играют весьма существенную роль в патогенезе алкоголизма. При этом отчетливо показано, что этанол отрицательно влияет на синтез и секрецию нервными клетками медиаторов, в частности, дофамина, изменяет фазы сна, в частности, дельта фазу сна, что в конечном итоге оказывается на функционировании иммунной сис-

темы алкоголиков, в частности, развивается дисбаланс в системе цитокинов и депрессия NK-клеток. Однако многие аспекты нейроиммунных взаимосвязей при развитии алкоголизма еще до конца не ясны и требуют дальнейшего изучения.

Злоупотребление алкоголем, в целом, негативно оказывается на функционировании органов и систем макроорганизма. При этом, на сегодняшний день совершенно очевидно, что алкоголизм является причиной достаточно большого числа соматических заболеваний, к числу которых прежде всего следует отнести патологию печени (цирроз), патологию почек (воспалительные заболевания, онкологические заболевания), патологию сердечно-сосудистой системы (алкогольные миокардиопатии), патологию эндокринной системы (сахарный диабет). Поскольку в развитии вышеперечисленных заболеваний существенная роль отводится дисбалансу иммунной системы, а этанол, как известно, обладает отрицательным иммунотропным действием, то многие исследователи в настоящее время сходятся во мнении относительно того, что нарушения в иммунной системе являются ключевыми в развитии вышеупомянутой соматической патологии. Более того, получены уже определенные данные, подтверждающие это положение.

Патология печени. Патология печени (цирроз, фиброз, гепатит) является одной из наиболее часто встречающихся у лиц, злоупотребляющих алкоголем. В последнее время ее развитие стали связывать с иммунотропными эффектами этанола. Показано, что алкогольное повреждение печени отражает иммунный ответ органа на этот стимул, который играет ключевую роль в патогенезе хронического заболевания печени у алкоголиков и дает основание понять, каким образом у таких пациентов хроническое заболевание печени перерастает в цирроз. В частности, авторами было отмечено, что иммунный ответ печени проявляется алкогольной жировой дистрофией, гиалиновым некрозом и циррозом. Ключевую роль в этих изменениях играют нейтрофилы, которые благодаря своей ферментативной активности оказывают цитотокическое действие на печеночные клетки и лимфоциты, приводя к их повреждению и образованию иммунных комплексов, ответственных за иммунокомплексную цитотоксичность, а также различные хемокины, которые активируют адгезию лейкоцитов к печеночным клеткам и тем самым стимулируют их фиброгенез и апоптоз. В последнее время появились сообщения относительно того, что в течение активного употребления этанола, у пациентов с алкогольным циррозом печени имеют место изменения ответа Th1-лимфоцитов и нарушения в цитотоксических компонентах периферической крови. При этом, в частности, было показано, что у пациентов с алкогольным циррозом печени, употребляющих алкоголь, имело место значительное

снижение количества PB CD28+/CD8(hi) Т-клеток и CD80+ В-клеток в сравнении с аналогичными показателями у лиц контрольной группы и у пациентов с хроническим алкоголизмом без проявлений заболевания печени. Кроме того, у пациентов с алкогольным циррозом печени, употребляющих алкоголь, имело место снижение способности Т-клеток периферической крови связывать экзогенный ИЛ-2. Выявленные изменения ассоциировались с существенным повышением в сыворотке крови уровней сывороточных CD8 костимулированных молекул у хронических алкоголиков с циррозом печени, не употребляющих алкоголь в течение 1 года, превосходящим уровень аналогичного показателя у хронических алкоголиков с циррозом печени, употребляющих алкоголь ($P<0,01$). Следовательно, вышеупомянутые данные позволяют высказать предположение, что одними из отрицательных иммунотропных эффектов этанола, связанные с последующим развитием у алкоголиков патологии печени, прежде всего цирроза и фиброза, являются уменьшение экспрессии CD28 костимулированных молекул, снижение способности Т-клеток к связыванию эндогенного ИЛ-2 и увеличение уровня растворимых CD8 костимулированных молекул.

Патология почек. Наиболее частыми проявлениями патологического действия алкоголя на почки являются пиелонефриты и гломерулонефриты. При этом по мнению ряда исследователей их развитие сопряжено не столько с прямым действием этанола на клеточные структуры почек, сколько с вовлечением в патологические процессы других органов и систем макроорганизма, в частности, с развитием под влиянием алкоголя дисбаланса в нейро-эндокринно-иммунных взаимоотношениях. В этой связи придают весьма значимую роль дисбалансу в эндокринно-иммунных взаимоотношениях. Была проанализирована связь уровня половых гормонов с выраженной иммунологическими процессами при почечной патологии (пиелонефриты) у пациентов с хроническим алкоголизмом. В ходе проведенных исследований установлено, что у пациентов с хроническим алкоголизмом и заболеваниями почек имела место активация лизосомных энзимов и увеличение синтеза ИЛ-1 моноцитами и мезангимальными клетками почек. Выявленные изменения ассоциировались с дефицитом тестостерона и эстрадиола в плазме крови обследованных пациентов. Выявлена корреляционная зависимость между уровнем эстрадиола и концентрациями в сыворотке крови ИЛ-1 и катепсина D. Полученные результаты позволили заключить, что злоупотребление алкоголем приводит к депрессии синтеза и секреции андрогенов и активации аналогичных процессов применительно к эстрогенам, а это, в свою очередь, способствует повышению тонуса иммунных реакций и приводит, в конечном итоге, к повреждению почек у алкоголиков. Более ранние исследова-

ния этих же авторов свидетельствуют о том, что наиболее значимыми нарушениями в иммунной системе у алкоголиков, приводящими к развитию патологии почек (гломерулонефриты, пиелонефриты), являются: увеличение уровня циркулирующих иммунных комплексов, иммуноглобулинов, ДНК-антител в сыворотке крови, а также дисфункция ферментативных систем клеток фагоцитарной системы. Последнее, в частности, подтверждается тем, что у алкоголиков с хроническим пиелонефритом выявлен сниженный потенциал оксидативных систем нейтрофилов, что может свидетельствовать, правда косвенно, о снижении способность организма к элиминации возбудителей инфекций и может способствовать другим дефектам в иммунной системе.

Таким образом, совокупность приведенных сведений свидетельствует в пользу участия иммунной системы в развитии почечной патологии у больных алкоголизмом, однако многие аспекты этого участия еще до конца не известны. Более того, в последнее время появились сообщения, касающиеся того, что соматическая патология у алкоголиков не ограничивается только вышеописанными заболеваниями. В частности, появились сведения, свидетельствующие о том, что чрезмерное употребление алкоголя является фактором риска развития у алкоголиков патологии органов зрения. При обследовании алкоголиков показано, что у них достаточно часто регистрируются нарушения со стороны оптических нервов и дегенеративные изменения сетчатки, которые сопряжены с расстройства общего и локального иммунитета глаз. Имеются также сообщения об участии иммунной системы в развитии у алкоголиков септических артритов, артрапий, пищевых аллергий и др. заболеваний.

Безусловно, одним из наиболее значимых отрицательных эффектов этанола на макроорганизм является предрасположенность алкоголиков к инфекционным заболеваниям, что объясняется его депрессивным действием на компоненты иммунной системы. Показано, что алкоголики более чувствительны к инфекционным заболеваниям и более предрасположены в результате их развития к бактериемии. Такие инфекции часто ассоциируются с их смертностью. Основная причина этого, по мнению исследователей, может заключаться в том, что потребление алкоголя в высоких дозах вызывает снижение гуморального и клеточного иммунного ответа, в результате чего ограничивается способность организма противостоять инфекционным агентам. В ряде экспериментальных исследований также показано, что введение алкоголя экспериментальным животным предрасполагало к развитию у них инфекций. Так, подтвержден существующий на сегодняшний день тезис о том, что алкоголизм является фактором риска в развитии инфекций, вызванной *M.tuberculosis*. В этих исследованиях мышей линии Balb/c держали на этаноловой диете

или без нее и инфицировали внутритрахеально низкими дозами возбудителя (штамм H37Rv). У инфицированных животных обеих групп исследовали обсемененность легких, количество CD4+ и CD8+-лимфоцитов в легочных и регионарных лимфатических узлах, а также уровень продуцируемых CD4+-лимфоцитами цитокинов. Проведенные исследования показали, что инфицированные животные, получавшие этаноловую диету, характеризовались более высокой обсемененностью легких возбудителем, а также сниженным ответом CD4+ и CD8+-лимфоцитов к возбудителю в сравнении с контрольной группой. Кроме того, авторам удалось установить, что под влиянием этанола у инфицированных животных снижалась пролиферация лимфоцитов и продукция CD4+-лимфоцитами гамма-интерферона. Практически такая же картина была зарегистрирована в исследованиях экспериментального характера, посвященных влиянию этанола на чувствительность животных к пневмококковой инфекции. При этом было отмечено, что немаловажное значение в повышении чувствительности организма к инфекции под влиянием этанола имеет его супрессивное влияние на выделение легочной тканью ИЛ-17, секреторную функцию спленоцитов и функциональное состояние нейтрофилов.

В последнее время появились сообщения относительно того, что снижению резистентности организма к инфекции под влиянием алкоголя способствуют иные механизмы его действия. В частности, показано, что чувствительность алкоголиков к инфекции заметно снижается в случае нарушения под влиянием этанола гемосидеринового гомеостаза организма. Связывают повышенную чувствительность алкоголиков к инфекциям различной этиологии со специфическими изменениями экспрессии перфорина на периферических цитотоксических клетках. Как известно, перфорин является одним из основных молекулярных агентов Т- и НК-опосредованной цитотоксичности. В результате проведенных исследований авторами было установлено, что перфориновая экспрессия в CD3+/CD56+ и NK-клетках была значительно снижена у алкоголиков в сравнении с контролем. На основании полученных результатов авторами было сделано заключение относительно того, что снижение перфориновой экспрессии цитотоксическими клетками может рассматриваться как один из основных факторов, предрасполагающих к развитию у алкоголиков инфекционных заболеваний, а также ряда соматических заболеваний (гепатит, цирроз, фиброз, кардиомиопатии и др.).

Таким образом, анализируя вышеупомянутые данные литературы относительно иммунотропных эффектов этанола и их патогенетической роли в развитии алкогольной зависимости, соматических и инфекционных заболеваний у алкоголиков, можно заключить, что они достаточно разнообразны, зат-

рагивают практически все звенья иммунной системы и проявляются, в основном, в депрессии их функционального состояния. Выбор патогенетически целесообразной иммуномодулирующей терапии актуально.

Фармакологический рынок предлагает сегодня большое количество лекарственных средств, пищевых добавок и просто пищевых продуктов, воздействующих на иммунитет. Традиционный набор лекарственных средств, получаемых пациентами, часто не корректирует иммунологические расстройства, а в ряде случаев усугубляет их. Наиболее приемлемы и адекватны организму человека природные (эндогенные) иммуномодуляторы, основу которых составляют вещества, принимающие участие в регуляции иммунных процессов в организме человека и животных.

На сегодняшний день коррекция выявленных нарушений при зависимости от алкоголя проводится не только с помощью фармакологических препаратов, также начинают внедрять и применение биологически активных добавок. Поскольку БАД не имеют побочных реакций и осложнений, их использование на практике предпочтительней и получает все более широкое распространение. Подобные исследования, как известно, уже проводятся в России и ряде других стран [Анохина И. П., 1987; Анохина И. П. и др., 1992; Воронин К. Э., Антон Р., 1995].

В терапии зависимости от алкоголя БАД используют в основном по трем направлениям:

1. Коррекция мембранотропных эффектов этанола (использование БАД с аминокислотными композитами в комбинации с витаминами и микроэлементами);
2. Регуляция баланса возбуждающих и тормозящих нейромедиаторов (рекомендуется применение БАД с гамма-аминомасляной кислотой);
3. Коррекция обмена катехоламинов у больных с зависимостью от алкоголя (применение БАД, содержащих фенилаланин и тирозин).

В последнее время все чаще появляются отдельные сообщения об успешном применении БАД в комплексной терапии алкогольной зависимости [Ашмарин И. П., 1996; Михайленко С. И., 1996; Анохина И. П., 1998]. В тоже время, работ по исследованию БАД у больных с алкогольной зависимостью в период постабстинентного состояния по стандартам доказательной медицины практически не встречается. Из БАД особое внимание привлекают группы средств, обладающих антитоксическими и гепатопротекторными свойствами. Среди них выделяется БАД «Трамелан», активно продвигающаяся на рынке пищевых добавок.

«Трамелан» представляет собой сухую биомассу высшего базидиального гриба *Coriolus pubescens* (Fr.) Quel (*Trametes pubescens*), известного в восточной медицине под названием «каварата», получаемую методом его жидкофазного глубинного

культивирования в асептических условиях, содержащих источники углеводного, азотного и минерального питания с последующим концентрированием и сушкой.

В состав БАД «Трамелан» входят:

- Биологически активные полисахариды (глюканы и галактоманнаны), регулирующие работу иммунной системы;
- Эссенциальные полиненасыщенные жирные кислоты, необходимые для нормального функционирования клеточных мембран и препятствующие развитию атеросклероза;
- Эссенциальные фосфолипиды (лецитин, кефалин, фосфатидилсерин), нормализующие жировой обмен и функции печени;
- Флавоноиды, улучшающие микроциркуляцию крови;
- Высококачественный белок, включающий все незаменимые аминокислоты;
- Хитиновая клетчатка, сорбирующая токсины и шлаки и тонизирующая кишечник;
- Полный гармоничный набор минеральных микро- и макроэлементов в легкоусвояемой органической форме, в т.ч. кальций, калий, марганец, фосфор, железо, хром, цинк, бор, медь, кобальт и другие.;
- Комплекс витаминов группы В;
- Эргостерины (провитамины группы D).

Фармакологическое действие БАД «Трамелан» включает несколько компонентов. Это, прежде всего, антисклеротическое и антиатерогенное действие. БАД «Трамелан» оказывает выраженное положительное влияние на липидный обмен, снижает высокое содержание холестерина, триглицеридов, липидов, нормализует коэффициент атерогенности. Способствует улучшению сосудистого тонуса. Повышает энергетический обмен в клетках и тканях сердца, нормализует клеточное дыхание, препятствует углублению кардиопатологии.

Второй важный эффект БАД «Трамелан» – это гепатопротекторное действие. БАД «Трамелан» улучшает обменные процессы в печени, восстанавливает дренажную функцию желчевыводящих путей, снижает проявление клинических симптомов при воспалительных заболеваниях печени и желчевыводящего пузыря, улучшает микроциркуляцию, восстанавливая оксидазную функцию печени, нормализует ее дезинтоксикационные свойства.

Третий эффект БАД «Трамелан» – это репаративное действие. «Трамелан» предупреждает развитие воспалений и ускоряет процессы регенерации слизистых ротовой полости и желудочно-кишечного тракта, в том числе, при эрозивно-язвенных явлениях. У пациентов с хроническими желудочно-кишечными заболеваниями наблюдается исчезновение дискомфортных ощущений и улучшение аппетита. Способствует нормализации биоценоза кишечника.

И, наконец, еще одно важное действие БАД «Трамелан» – иммунокорректирующее, поскольку «Трамелан» нормализует клеточный иммунитет, повышает резистентность организма в результате восстановления фагоцитарной активности нейтрофилов, стимулирования синтеза иммуноглобулина А и лизоцима, увеличения содержания в крови интерферона. Быстро нормализует уровень гемоглобина. Вызывает повышение жизненного тонуса, притока сил, снижение утомляемости.

Показаниями к применению БАД «Трамелан» (для профилактики и в составе комплексного лечения) являются:

- Предупреждение хронизации заболеваний печени и органов пищеварения;
- Токсические поражения печени, в т.ч. связанные с алкоголизмом;
- Сердечно-сосудистые заболевания с нарушениями липидного обмена;
- Иммунодефицитные состояния;
- Железодефицитные анемии;
- Повышенные экологические, физические и психо-эмоциональные нагрузки;
- Послеоперационный период, период выздоровления после инфекционных заболеваний.

Общая структура исследования

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и переносимости препарата «Трамелан» в качестве иммуномодулятора и антиастенического средства у пациентов с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде. Исходя из этого, ставились следующие задачи:

1. Определение динамики изменения тревоги и депрессии у пациентов с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде при применении препарата «Трамелан»;
2. Определение динамики изменения уровня невротизации у пациентов с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде при применении препарата «Трамелан»;
3. Определение динамики изменения самочувствия, активности и настроения у пациентов с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде при применении препарата «Трамелан»;
4. Определение динамики изменения влечения к алкоголю у пациентов с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде при применении препарата «Трамелан»;
5. Определение состояния иммунного статуса у пациентов с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде при применении препарата «Трамелан».

1. Материалы и методы исследования

1.1. Выбор и рандомизация пациентов

Было обследовано 56 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, госпитализированных в

клинику Ленинградского областного наркологического диспансера за период ноябрь – декабрь 2005 г., 40 из которых было рандомизировано и включено в данное исследование. Изучение действия БАД «Трамелан» на течение постабstinентного периода у больных с алкогольной зависимостью проводили по окончании курса стандартной детоксикации. В группы были включены пациенты в возрасте от 37 до 42 лет ($39,5 \pm 2,4$), перенесшие синдром

отмены алкоголя (СОА) средней степени тяжести. Для включения пациентов в исследование, после курса детоксикации, согласно условиям Протокола, проводили психологическое обследование по скрининговому тесту «Госпитальная шкала». Методом случайной выборки проводили рандомизацию пациентов, выделяя две группы (табл. 1):

- Группа плацебо-терапии;
- Группа, получающая препарат «Трамелан».

Таблица 1

Отбор больных в группы по исследованию препарата «Трамелан»

Обследовано всего, чел.	Включено в исследование, чел.	
56	Группа плацебо-терапии	20
	Группа, получающая препарат Трамелан»	20

По результатам скринингового теста «Госпитальная шкала» в группы включались пациенты, имевшие клинически выраженные эмоциональные нарушения в виде тревоги и/или депрессии (табл. 2).

Из приведенной таблицы видно, что для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в по-

стабтинентном состоянии в большей степени характерно наличие субклинической формы тревоги. При этом выраженность депрессивного эпизода находится на границе норма/субклиническая форма, как в группе плацебо-терапии, так и в группе, получающей препарат «Трамелан».

Таблица 2

Госпитальная шкала (уровень тревоги и депрессии), данные до обследования по всем группам

	Шкала тревоги (баллы)	Шкала депрессии (баллы)
Общая группа, n = 40	$9,9 \pm 0,3$	$7,2 \pm 0,5$
Группа «Трамелан», n = 20	$9,8 \pm 0,6$	$7,0 \pm 2,0$
Группа плацебо, n = 20	$9,9 \pm 0,4$	$7,5 \pm 0,6$

Примечание. 0-7 баллов – норма, отсутствие тревоги/депрессии; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и более баллов – клинически выраженная тревога/депрессия.

1.2. Методы клинического обследования

Для постановки клинического диагноза у пациентов анализировали анамнестические сведения (анамнез жизни, перенесенные и сопутствующие заболевания, наркологический анамнез) и результаты объективного осмотра (психиатрический, неврологический и соматический статусы).

Всем пациентам проводили стандартное клинико-лабораторное обследование: клинический и биохимический (активность аланин- и аспартатаминотрансфераз, содержание мочевины) анализы крови, общий анализ мочи и кала. Данные перенесенного гепатита подтверждались выявлением носительства HBsAg. В первые дни после поступления всех пациентов осматривал терапевт и невропатолог.

Для стандартизации оценки анамнестических данных, состояния пациента и результатов обследования применяли «Карту осмотра наркологического больного», разработанную в Ленинградском областном наркологическом диспансере (табл. 3).

Карта клинического наблюдения (приложение 1) включала оценку общего состояния пациента, жалобы, оценку основных показателей централь-

ной и системной гемодинамики: артериальное давление (АД мм.рт.ст.), пульс (PS в 1 мин.), температуру тела ($t^{\circ}\text{C}$). Психологическое обследование, исследование соматического состояния, биохимических и иммунологических показателей, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) и электроэнцефалограммы (ЭЭГ) проводили согласно карте хронологии обследования пациента (табл. 4).

- Индивидуальная регистрационная карта. Карта регистрации анамнеза заболевания и динамики клинического наблюдения (приложение 1);
- Тест мотивации потребления алкоголя (МПА). Тест мотивации потребления алкоголя (определение причин злоупотребления алкоголем и степени зависимости от него) [Завьялов В. М., 1998]. Мотивационное напряжение: 35-50 баллов – интервал диагностического критерия алкогольной зависимости, 50 и более баллов – алкоголизм. Максимальное количество баллов по одной шкале 15 баллов, максимальное мотивационное напряжение – 135 баллов;
- 7-я шкала. Шкала невротизации (психастении) миннесотского многомерного опросника про-

Таблица 3

«Карта осмотра пациента с синдромом зависимости от алкоголя»

Ф.И.О. _____
Год рождения _____. Госпитализируется в этом году впервые/повторно.
Жалобы _____ Состояние _____
Анамнез жизни: наследственность _____ развитие _____
Эпид. анамнез: _____
Перенесенные заболевания: ЧМТ, гепатит, психозы, психотравмы _____
Аллергия: _____
Анамнез заболевания: алкоголизируется с ____ лет, злоупотребление с 19__г., псевдозапой с 19__г. до ____ дней, запои с 19__г. длительностью ____ дней, светлые промежутки ____ дней. Обсессивное влечение с 19__г. Компульсивное влечение с 19__г., синдром отмены сформирован с 19__г., форма проявления _____ Утрата количественного контроля с 19__г., ситуационного с 19__г., палимпсесты/амнезии с 19__г. Толерантность ____ л. Форма опьянения _____
Употребление суррогатов, наркотиков, лекарственных препаратов: _____
Спонтанные ремиссии _____. Курит с ____ лет
Последняя алкоголизация: объем, вещество, длительность последнего запоя _____
Обследование терапевта _____ Обследование невропатолога _____

Дата обследования	День исследования	Жалобы	АД мм рт. ст.	PS в 1 мин.	t°C

Таблица 4

Карта хронологии обследования пациента

Методы исследования	скрининг	день исследования		
		Д0	Д7	Д14
Информированное согласие	+			
Индивидуальная регистрационная карта	+			
Тест МПА	+			
Методика Холмса и Раге	+			
Госпитальная шкала	+		+	+
Шкала тревожности Спилбергера		+	+	+
Тест САН		+	+	+
Опросник потребности в приеме алкоголя		+	+	+
7-я шкала MMPI		+	+	+
Опросник Вассермана		+	+	+
Шкала депрессии Гамильтона		+	+	+
Шкала побочной симптоматики			+	+
Артериальное давление, пульс		+	+	+
Иммунограмма крови		+		+
Анализы крови (клинический, биохимический)		+		+
Анализы мочи		+		+
ЭЭГ, ЭКГ		+		

филя личности MMPI (диагностика тревожно-манильного типа личности, склонности к сомнениям) [Райгородский Д. Я., 1998]. 1-19 баллов – низкий уровень невротизации, 20-25 баллов – средненормативный уровень, 25-33 баллов – высокий уровень невротизации, более 34 баллов – психопатические явления на основе тревоги;

- Госпитальная шкала (HADS), адаптирована М. Ю. Дробижевым (1993). Предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии (ис-

ключены симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (головокружение, головная боль, и прочее) [Райгородский Д. Я., 1998];

- Тест САН. Тест определения самочувствия, активности, настроения [Райгородский Д. Я., 1998];

- Методика Холмса и Раге. Тест определения стрессоустойчивости (степень стрессовой нагрузки) и социальной адаптации [Райгородский Д. Я., 1998]. 150-199 баллов – высокая степень

сопротивляемости стрессу. 200-299 баллов – пороговая степень сопротивляемости стрессу. 300 и более баллов – низкая степень сопротивляемости стрессу (ранимость). 150 баллов – 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, 300 баллов – до 90% вероятности возникновения какого-то заболевания;

- Опросник Вассермана. Тест определения уровня невротизации (уровень эмоциональной возбудимости, инициативности, общения, личностной направленности) [Райгородский Д. Я., 1998]. 0-10 баллов – низкий уровень невротизации, 11-24 баллов – средний уровень невротизации, 25 баллов и выше – высокий уровень невротизации. Высокий уровень невротизации свидетельствует: о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, беспокойство, растерянность, напряженность, раздражительность); о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках; о трудностях в общении, о социальной робости и зависимости. Низкий уровень невротизации свидетельствует: об эмоциональной устойчивости и положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм), об инициативности и чувстве собственного достоинства, о независимости, социальной смелости и легкости в общении;

- Шкала самооценки тревожности Спилбергера. Оценка ситуационной тревожности, как состояния и личностной тревожности, как характеристики человека [Райгородский Д. Я., 1998]. Уровень тревоги низкий (до 30 баллов) – достаточное равновесие, с высоким эмоциональным контролем, отсутствуют немотивированное беспокойство и внезапные вспышки раздражительности. Уровень тревоги средний (31-45 баллов) – порой охватывает немотивированное беспокойство и приходится прикладывать усилия, чтобы «держать себя в руках», не впадать в депрессию, не проявлять излишней раздражительности. Уровень тревоги высокий (46 баллов и более) – сильное беспокойство, иногда без особой внешней причины, приходится прикладывать немалые усилия, чтобы не потерять контроль над собой, тоскливо, унылое состояние, нервность, беспорядочная активность;

- Шкала депрессии Гамильтона (HDRS). Объективная оценка уровня депрессивного эпизода, измеряемые переменные – симптомы депрессии [Райгородский Д. Я., 1998]. 0-6 баллов – отсутствие депрессивного эпизода, 7-15 баллов – малый депрессивный эпизод, 16 баллов и выше – большой депрессивный эпизод.

- Опросник потребности в приеме алкоголя. Определение степени выраженности влечения к ал-

коголю. 8 баллов – отсутствие влечения к алкоголю, 56 баллов – выраженное влечение к алкоголю;

- Шкала побочной симптоматики. Определение проявления побочной симптоматики при применении медикаментозного препарата (объективно-субъективная оценка).

Препарат «Трамелан» (приложение 2) вводили, начиная с 3-7-го дня госпитализации, после купирования основных проявлений СОА. Препарат назначали внутрь в дозе по 1-й таблетке на прием три раза в сутки согласно условиям Протокола. В качестве плацебо применяли идентичные таблетки, содержащие крахмал. Частота, дозировка и временные условия приема таблеток плацебо соблюдались те же, что и в исследуемой группе. Курс введения препарата «Трамелан» и плацебо составлял 14 дней.

Исследуемые психологические показатели, жалобы, основные показатели центральной и системной гемодинамики (артериальное давление, пульс), температуры тела регистрировались до введения (Д0), на 7-й (Д7) и 14-й (Д14) дни введения. Анализы мочи и крови (клинический, биохимический, иммунограмма) регистрировались до введения (Д0) и на 14-й (Д14) дни исследования. Регистрация ЭЭГ и ЭКГ проводили до введения препарата/плацебо. При проявлении какой-либо побочной симптоматики данные регистрируемые показатели (ЭЭГ, ЭКГ, анализов крови и мочи) проводились повторно.

Из исследования исключали пациентов с психотическими заболеваниями, не связанными с наркологической патологией и пациентов с острым соматическим состоянием (острая коронарная недостаточность, инсульт, острое состояние после черепно-мозговой травмы и т.п.) в соответствии с условиями Протокола клинических испытаний.

1.3. Методы иммунологического исследования

1.3.1. Определение функциональной активности фагоцитирующих клеток периферической крови

Полиморфноядерные лейкоциты, моноциты периферической крови способны связывать на своей поверхности, поглощать и переваривать микробную тест-культуру. В качестве тест-объекта использовали суточную культуру *Staphylococcus epidermidis* (шт. 9198).

Для определения исследованного показателя в стерильную пробирку с заранее внесенным раствором 0,6 мл гепарина, разведенного 1:10, вносили 10 мл крови. Кровь тщательно перемешивали и центрифугировали при 1000 об./мин в течение 10 мин. Плазму вместе со слоем лейкоцитов осторожно отсывали и помещали в чистую центрифужную пробирку, добавляя 5-6 мл среды 199. Лейкоциты отмывали центрифугированием 10 мин при 1000 об./мин. Надсадочную жидкость удалили, а находящиеся в осадке лейкоциты ресуспендировали в среде 199 дважды, каждый раз повторяя процедуру центрифугирования. С косого агара с суточной культуры ста-

филококка стерильным изотоническим раствором натрия хлорида смывали колонии микроба. Используя стандарт оптической мутности, разводили микробную взвесь до концентрации 1 млрд. микробных клеток в 1 мл; 0,3 мл этой взвеси вносили в пробирку, содержащую 0,2 мл лейкоцитов в среде 199 и добавляли 0,15 мл пула свежих донорских сывороток АВ(IV) группы (для опсонизации). Осторожным ротированием перемешивали компоненты и термостатировали 30 мин при 37°C. По истечении указанного времени в пробирку добавляли 5 мл прогретого до 37°C изотонического раствора натрия хлорида, встряхивали и центрифугировали 10 мин при 1500 об./мин. По окончании центрифугирования надосадочную жидкость удаляли и делали мазки из лейкоцитарной взвеси, остатки которой вновь помещали в термостат при 37°C для продолжения инкубации еще в течение 90 мин. Затем мазки приготавливали повторно из осадка двухчасовой инкубации. Мазки высушивали на воздухе, фиксировали в абсолютном метаноле и красили по Романовскому-Гимза азур-эозином. После окрашивания мазки промывали проточной водой, высушивали и просматривали под микроскопом в иммерсионной системе (просчитывали не менее 200 клеток). Производили расчет показателей фагоцитоза:

- фагоцитарный индекс (ФИ) – процент клеток, вступивших в фагоцитоз, от общего их числа;
- фагоцитарное число (ФЧ) – среднее число бактерий, находящихся внутриклеточно (частное от деления общего числа поглощенных бактерий на число клеток, вступивших в фагоцитоз).

Нормальные величины исследованных показателей составляют: ФИ – 92-94±1,55-2,52%, ФЧ – 9-11±0,96-1,0%.

1.3.2. Определение количественных параметров CD4+ и CD8+ лимфоцитов периферической крови

Определение относительного и абсолютного количества лимфоцитов в периферической крови проводили общепринятыми методами. Уровень СД4+ и СД8+-лимфоцитов определяли при помощи моноклональных антител методом непрямой мембранный иммунофлюоресценции с использованием набора МКА НПО «Препарат», Нижний Новгород.

1.3.3. Определение концентрации в лимфоцитах периферической крови неспецифических эстераз, сукцинатдегидрогеназы, альфа-глицерофосфатдегидрогеназы

Определение концентрации сукцинатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови. Определение концентрации сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в лимфоцитах периферической крови проводили по методу Нахласа в модификации Р. П. Нарциссова (1968). Активность ферmenta оценивается по реакции восстановления солей тетразолия в виде осадка диформазана синего цвета в местах активности ферmenta. СДГ локализуется в митохондриях цитоплазмы клеток. Свежеприготовленные мазки крови высушивают на воздухе и фиксируют ацетоном при комнатной температуре в течение 30 сек. Ополаскивают дистиллированной водой 3-5 сек и высушивают. Инкубируют в инкубационной среде (сукцинат натрия, буферный раствор, пара-нитротетразолий, трилон Б) в течение 1 ч при 37°C. Ополаскивают дистиллированной водой 3-5 сек. Докрашивают метиловым зеленым в течение 30-50 мин. Промывают проточной водой. Дополнительно фиксируют мазки парами формалина в течение 30 мин (для предотвращения растворения формазана нитротетразолия фиолетового в иммерсионном масле). В мазках подсчитывают на 100 лимфоцитов количество клеток с интенсивной окраской цитоплазмы (+++), умеренной окраской цитоплазмы (++) и слабой окраской цитоплазмы (+). Высчитывают суммарный цитохимический коэффициент (СЦК) СДГ. Нормальные величины исследованного показателя составляют 1,1±0,05 усл.ед.

Определение концентрации б-глицерофосфатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови. Определение концентрации б-глицерофосфатдегидрогеназы (б-ГЦФДГ) в лимфоцитах периферической крови проводили по методу Нахласа в модификации Р.П. Нарциссова (1969). Активность ферmenta оценивается по реакции восстановления солей тетразолия в виде осадка диформазана синего цвета в местах активности ферmenta. б-ГЦФДГ локализуется в митохондриях цитоплазмы клеток. Свежеприготовленные мазки крови высушивают на воздухе и фиксируют ацетоном при комнатной температуре в течение 30 сек. Ополаскивают дистиллированной водой 3-5 сек и высушивают. Инкубируют в инкубационной среде (б-глицерофосфат натрия, буферный раствор, пара-нитротетразолий, трилон Б) в течение 1 ч при 37°C. Ополаскивают дистиллированной водой 3-5 сек. Докрашивают метиловым зеленым в течение 30-50 мин. Промывают проточной водой. Дополнительно фиксируют мазки парами формалина в течение 30 мин (для предотвращения растворения формазана нитротетразолия фиолетового в иммерсионном масле). В мазках подсчитывают на 100 лимфоцитов количество клеток с интенсивной окраской цитоплазмы (+++), умеренной окраской цитоплазмы (++) и слабой окраской цитоплазмы (+). Высчитывают суммарный цитохимический коэффициент (СЦК) б-ГЦФДГ. Нормальные величины исследованного показателя составляют 0,8±0,08 усл.ед.

Определение концентрации нафтолов-AS-ацетатэстеразы в лимфоцитах периферической крови. Фермент относится к группе ферментов, гидролизующих эфиры карбоновых кислот. Локализуется в цитоплазме клеток, главным образом в лизосомах. Определение концентрации ферmenta в лимфоцитах проводили по методу Леффлера. Принцип ме-

тода основан на том, что соединение нафтол-AS-ацетата при определенных рН и температуре под влиянием эстераз гидролизуется с образованием свободного нафтола, который с солями диазолия дает цветное окрашивание. Свежеприготовленные и высушенные на воздухе при комнатной температуре (в течение 1-3 ч) мазки периферической крови фиксируют в парах формалина несколько минут. После этого их помещали в инкубационную среду (нафтол-AS-ацетат, ацетон, буферный раствор, прочный синий ВВ) на 60 мин. По окончании инкубации мазки промывали проточной водой, докрашивали ядерным красителем, высушивали и просматривали в световом микроскопе. Определяли на 100 лимфоцитов количество интенсивно (+++), умеренно (++) и слабо (+) окрашенных клеток, после чего рассчитывали величину СЦК. Нормальные величины исследованного показателя составляют $0,67 \pm 0,04$ усл. ед.

1.3.4. Определение в сыворотке крови миелопероксидазы и нафтол-AS-ацетатэстеразы

Концентрации миелопероксидазы и нафтол-AS-ацетатэстеразы в сыворотке крови определяли по общепринятым методикам.

1.3.5. Определение концентрации в сыворотке крови ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-4

Уровни ИЛ-1, ИЛ-2 и ИЛ-4 в сыворотке крови оценивали иммуно-ферментным методом с помощью наборов изготовленных в Государственном научном центре «Научно-исследовательский институт особо чистых биопрепаратов» МЗСР РФ.

1.4. Методы статистического анализа результатов исследования

Результаты психологического исследования, данные центральной и системной гемодинамики, температуры тела и иммунограммы крови обрабатывали методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента. Вычисляли средние значения и стандартную ошибку средней ($M \pm m$) исследуемых показателей. При статистической оценке данных ориентировались на уровень значимости $p < 0,05$, принятый для большинства медико-биологических исследований. Результаты исследований обрабатывали статистически с использованием метода Стьюдента для попарно сопряженных вариантов [Урбах В. Ю., 1964], поскольку значения этих исследуемых показателей характеризовались значительной межиндивидуальной вариабельностью. Анализ результатов проводили на PC Intel Celeron 1100. Для статистической обработки результатов исследования использовался стандартный пакет программ STATISTICA for Windows [Тюрин Ю. Н., Макаров А. А., 1998].

Статистическую обработку результатов иммунологических исследований выполняли на персональном ЭВМ типа IBM «Pentium-4», графическая обработка материалов выполнена с помощью па-

кета прикладных программ Excel 2000. При математической обработке данных использовали пакет CSS 3.1 «Компьютерная биометрия». В тексте, таблицах и на рисунках представлены средние значения исследуемых показателей и средняя квадратичная ошибка. Определение значимости различия показателей между сравниваемыми выборками с использованием параметрического критерия t-Стьюдента. Различия в сравниваемых группах считались достоверными при уровне значимости 95% ($p < 0,05$).

2. Клиническое изучение эффективности и переносимости БАД «Трамелан» в качестве антиастенического средства в постдетоксикационном периоде у больных с синдромом зависимости от алкоголя

2.1. Характеристика групп пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

В процессе обследования на основании наркологического анамнеза и психологического тестового обследования на мотивацию потребления алкоголя (тест МПА) устанавливали диагноз и стадию заболевания. При этом максимальное мотивационное напряжение потребления алкоголя составляет 135 баллов, максимальное количество баллов по одной шкале – 15. Мотивационное напряжение в 35-50 баллов интерпретируется, как интервал диагностического критерия алкогольной зависимости, а 50 и более баллов – сформированный синдром зависимости от алкоголя.

Проведенное тестовое обследование показало, что общее мотивационное напряжение для всей группы пациентов составило $82,6 \pm 5,2$ балла (табл. 5), что соответствует сформированной алкогольной зависимости.

Из таблицы видно, что в большей степени для данного контингента пациентов, участвующих в исследовании, характерны личностные, персонально значимые мотивы злоупотребления алкоголем ($32,8 \pm 1,7$ баллов). По-видимому, это накладывает определенный отпечаток на тип проявления синдрома отмены алкоголя, для которого характерны эмоциональные изменения (тревожность, снижение настроения, внутренние переживания, напряженность и т.п.). Патологические мотивы злоупотребления алкоголем в данном случае представлены достаточно выраженным похмельем (шкала 7) и аддикцией (шкала 8), составляющих соответственно $9,7 \pm 0,8$ и $6,6 \pm 0,8$ баллов. При этом по шкале самоповреждения (шкала 9) количество баллов составляет $5,3 \pm 0,7$, что говорит о протестной реакции в отношении окружающей обстановки или ситуации и характеризует уровень социальной дезадаптации, что хорошо сочетается с данными теста Холмса и Раге на определение степени стрессоустойчивости и социальной адаптации (см. табл. 9).

Тест МПА (мотивации потребления алкоголя)

Таблица 5

№	Группа	Социально-психологические мотивы, баллы	Личностные, персонально значимые мотивы, баллы	Патологические мотивы, баллы	Мотивационное напряжение, баллы
1	Общая группа, n = 40	27,7±1,7	32,8±1,7	22,1±1,9	82,6±5,2
2	Группа «Трамелан», n = 20	30,0±0,8	31,8±2,5	22,5±1,7	84,3±4,5
3	Группа плацебо, n = 20	27,1±2,0	33,1±2,0	21,9±2,4	82,1±6,2

Примечание. Мотивационное напряжение: 35-50 баллов – интервал диагностического критерия алкогольной зависимости; 50 и более баллов – алкоголизм. Максимальное количество баллов по одной шкале – 15, максимальное мотивационное напряжение – 135 баллов.

Таблица 6

Лечение, получаемое пациентами с алкогольной зависимостью в острый период заболевания
(синдром отмены алкоголя средней степени тяжести)

№	Препарат	Длительность введения (дни)
Этап детоксикации (3-5 дней), до начала исследования с препаратом «Трамелан»		
1	Гемодез 400,0 в/в кап.	1-2
2	NaCl 0,9%-400,0 в/в кап.	
3	Пирацетам 20%-10,0 в/в кап.	
4	Рибоксин 2%-10,0 в/в кап.	
5	Лазикс 2,0 в/в	
7	Тиосульфат натрия 30%-10,0 в/в	5-7
8	Витамин С 5%-5,0 на 40% глюкозе в/в	
9	Унитиол 5%-5,0 в/м	
10	Витамин В1 5%-2,0-5,0 в/м	
12	Витамин В6 5%-2,0-5,0 в/м	3 раза через день
13	Магнезии сульфат 25%-5,0-10,0 в/м	
14	Никотиновая кислота 1%-2,0 п/к	
15	Дроперидол 0,25%-2,0 в/м, на ночь	
16	Реланиум 0,5%-2,0 в/м, на ночь	
17	Анаприлин 0,02 per os (2x3)	
18	Пирацетам 0,4 per os (1x3)	
19	Фенибути 0,25 per os (1x3)	
20	Фезам per os (1x3)	
21	Метионин per os 0,25 (1x3)	
22	Глицин 0,1 per os (2x3)	3-5
23	Пирроксан 0,015 per os (2x3)	
24	Аспаркам per os (1x3)	
25	Рибоксин 0,2 per os (1x3)	
26	Карсил per os (1x3)	
28	Карбомазепин 0,2 per os (1x2)	3-5
29	Фенозепам 0,001 per os (1x3)	
30	Реладорм reg os (1-2 таблетки на ночь)	
Этап сенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии (15 дней), в период применения препарата «Трамелан»		
1	Магнезии сульфат 25%-10,0 в/м	3-5
2	Аллохол per os (1x3)	15
3	Кальция глюконат per os (1x3)	

В группы исследования методом случайной выборки включали пациентов с алкогольной зависи-

симостью средней степени (зависимость от алкоголя со сформировавшимся синдромом отмены,

F 10.24.2 по МКБ 10) перенесших СОА средней степени тяжести (F 10.30 по МКБ 10) и предусмотренные условиями Протокола.

С первого дня поступления все пациенты в остром состоянии получали стандартную детоксикационную терапию (табл. 6). Медикаментозная терапия купирования синдрома отмены алкоголя проводилась согласно приказу МЗ России от 28.04.98 № 140. После стационарной детоксикации, согласно условиям Протокола, проводилось физикальное и инструментальное обследование в сочетании с психометрическим исследованием, приведенным выше (табл. 4). Обследование терапевта и невропатолога проводились в первые три дня с момента поступления пациента на лечение, регистрация ЭКГ, ЭЭГ и исследование показателей крови и мочи проводились

после выхода пациента из состояния абstinенции, перед назначением препарата/плацебо.

2.2. Анамнестические данные пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

Как уже отмечалось выше, в исследование было включено 40 пациентов в возрасте от 37 до 42 лет ($39,5 \pm 2,4$), с подтвержденным диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм II стадии). Анамнестические данные пациентов всех групп представлены в табл. 7 и 8.

Исследование проводили в постабстинентный период (состояние после купирования синдрома отмены алкоголя). Контрольную группу (группа плацебо-терапии) составили пациенты в возрасте от 38 до 44 года ($41,3 \pm 2,9$).

Таблица 7

Анамнестические данные пациентов

Диагноз	Общая группа	Группа «Трамелан»	Группа плацебо
Число больных	40	20	20
Возраст (лет)	$39,5 \pm 2,4$	$33,0 \pm 2,8$	$41,3 \pm 2,9$
Отягощенная наследственность по алкоголизму	37%	25%	40%
ЧМТ в анамнезе	68%	25%	73%
Гепатит в анамнезе	21%	25%	20%
Психозы в анамнезе	26%	50%	20%
Припадки в анамнезе	42%	50%	53%

Таблица 8

Анамнестические данные больных алкоголизмом по динамике заболевания

Показатели	Общая группа	Группа «Трамелан»	Группа плацебо
Длительность заболевания (год)	$8,7 \pm 1,3$	$6,0 \pm 2,0$	$9,4 \pm 1,6$
Длительность запоев (дни)	$30,1 \pm 9,4$	$31,0 \pm 12,9$	$29,9 \pm 11,3$
Длительность перерывов (дни)	$18,4 \pm 5,6$	$19,0 \pm 6,5$	$15,2 \pm 6,7$
Тolerантность (л)	$1,1 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$
Длительность последнего запоя (дни)	$31,0 \pm 9,4$	$30,5 \pm 19,1$	$31,1 \pm 11,3$
Употребление суррогатов	95%	100%	93,3%

Как видно из представленных таблиц, группы пациентов статистически достоверно не различались между собой по возрасту, длительности заболевания, толерантности, длительности алкогольных эксцессов (запоев) и светлых промежутков, частоте употребления суррогатов. Следует отметить, что в группе, получающей плацебо-терапию, чаще отмечалось наличие отягощенной наследственности по алкоголизму (40%) и перенесенных черепно-мозговых травм (73%). Большая частота перенесенных психотических явлений (до 50%) отмечалась в группе, получающей «Трамелан».

2.3. Данные психологических исследований

Анализ психологического тестового обследования показал следующее.

1. У подавляющего большинства пациентов с зависимостью от алкоголя (82,5% случаев) степень социальной адаптации и сопротивляемости стрессу находилась на низком уровне, что говорит о высокой, до 90% вероятности возникновения какого-либо заболевания. И только у 4 пациентов (10%) степень социальной адаптации была высокой, а в 7,5% случаев (3 пациента) находилась на пороговом уровне (табл. 9).

2. Средний уровень невротизации ($22,7 \pm 1,9$) по опроснику Вассермана у пациентов с зависимостью от алкоголя в постабстинентном периоде (табл. 10) свидетельствует о повышенной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются тревожность, напряженность, раздражительность; о пассивности, затруднениях в общении и личност-

Таблица 9

Тест определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге

№	Группа	степень сопротивляемости стрессу (баллы)		
		высокая	пороговая	низкая
1	Общая, n = 40	148,0±2,1	239,2±15,3	500,1±46,7
	количество чел.	4	3	33
2	«Трамелан», n = 20	133,0±0,0	239,3±2,0	442,7±7,2
	количество чел.	1	2	17
3	Плацебо, n = 20	151,0±25,6	239,0±0,0	519,2±60,5
	количество чел.	3	1	16

Примечание. 150-199 баллов – степень сопротивляемости стрессу высокая; 200-299 баллов – степень сопротивляемости стрессу пороговая; 300 и более баллов – степень сопротивляемости стрессу низкая (ранимость); 150 баллов – 50% вероятности возникновения какого-либо заболевания; 300 баллов – до 90% вероятности возникновения какого-либо заболевания.

Таблица 10

Опросник Вассермана (уровень невротизации)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	22,7±1,9	-	-
2	«Трамелан», n = 20	22,5±2,2	16,3±1,4***	13,7±2,0**++
3	Плацебо, n = 20	22,7±2,3	17,7±2,2	17,8±3,9

Примечание. * межгрупповая достоверность (** p < 0,01); + внутригрупповая достоверность (+ p < 0,05, ++ p < 0,01). 0-10 баллов – низкий уровень невротизации; 11-24 баллов – средний уровень невротизации; 25 баллов и выше – высокий уровень невротизации.

ной зависимости. Данный уровень невротизации прослеживается во всех группах.

При этом в группе пациентов, получавших препарат «Трамелан», уровень невротизации за период введения препарата достоверно снижается к 7 и далее к 14 дню, оставаясь на среднем уровне невротизации. В группе пациентов, получавших пла-

цеобо-терапию, уровень невротизации претерпевает схожую динамику.

Подобная динамика данного показателя прослеживается в обеих группах и по 7-й шкале невротизации личностного опросника MMPI (табл. 11), при этом цифры показателя к 14 дню исследования находятся в пределах низкого уровня невротизации.

Таблица 11

7-я шкала MMPI (невротизация)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	22,1±2,2	-	-
2	«Трамелан», n = 20	22,8±3,4	15,8±3,9	13,1±2,3**
3	Плацебо, n = 20	21,9±2,6	15,9±2,5	16,5±7,0*

Примечание. * межгрупповая достоверность (*p < 0,05, ** p < 0,01). 1-19 – низкий уровень невротизации; 20-25 – средненормативный уровень; 25-33 – высокий уровень невротизации; с 34 баллов – психопатические явления на основе тревоги.

3. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (табл. 12 и 13) по всем группам до введения препарата «Трамелан» или плацебо отмечается средний, субклинический, уровень тревоги (9,9±0,3 баллов).

Анализ динамики общего уровня тревоги показывает тенденцию к его снижению к концу исследования в группе пациентов, получающей препарат «Трамелан», с сохранением субклинического уровня этого показателя к 14 дню в обеих группах.

Анализируя уровень ситуативной тревоги по шкале Спилбергера (табл. 14) в обеих группах пациентов, как реакцию на изменение внешней обстановки и/или ситуации, в период всего курса введения препарата «Трамелан» или плацебо отмечается тенденция к нарастанию. При этом в группе плацебо-терапии степень выраженности ситуативной тревоги к 7 и 14 дням исследования остается на одном уровне, тогда как в группе, получающей препарат «Трамелан», этот показатель имеет незна-

Таблица 12

Госпитальная шкала (шкала тревоги)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	9,9±0,3	-	-
2	«Трамелан», n = 20	9,8±0,6	8,8±0,6	7,8±1,4
3	Плацебо, n = 20	9,9±0,4	9,9±0,5	8,8±0,6

Примечание. 0-7 баллов – норма; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и выше баллов – клинически выраженная тревога/депрессия.

Таблица 13

Госпитальная шкала (шкала депрессии)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	7,2±0,5	-	-
2	«Трамелан», n = 20	7,0±2,0	5,8±1,1	5,6±0,9
3	Плацебо, n = 20	7,5±0,6	5,3±0,4**++	6,0±1,7

Примечание. *межгрупповая достоверность (**p<0,01); + внутригрупповая достоверность (++ p<0,01). 0-7 баллов – норма; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и выше баллов – клинически выраженная тревога/депрессия.

Таблица 14

Шкала тревожности Спилбергера (ситуативная тревога)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	41,3±1,7	-	-
2	«Трамелан», n = 20	45,5±5,1	46,4±3,1	44,3±4,0
3	Плацебо, n = 20	40,1±2,0	47,3±2,3*	47,8±3,4

Примечание. *межгрупповая достоверность (*p<0,05). Уровень тревоги низкий – до 30 баллов; уровень тревоги средний – 31-45 баллов; уровень тревоги высокий – 46 баллов и более.

чительные колебания с тенденцией к снижению к концу периода наблюдения.

В то же время уровень личностной тревоги, как показатель характерологических особенностей человека (табл. 15), в обеих группах имеет достовер-

ную тенденцию к снижению к 14 дню, более выраженную в группе, получающей препарат «Трамелан». При этом уровень личностной тревоги на протяжении всего периода наблюдения остается на среднем уровне.

Таблица 15

Шкала тревожности Спилбергера (личностная тревога)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	50,8±1,8	-	-
2	«Трамелан», n = 20	51,5±4,8	45,5±2,8	42,8±2,8*
3	Плацебо, n = 20	50,6±2,2	48,2±1,9	45,0±1,9*

Примечание. *межгрупповая достоверность (*p<0,05). Уровень тревоги низкий – до 30 баллов; уровень тревоги средний – 31-45 баллов; уровень тревоги высокий – 46 баллов и более.

4. Анализ уровня депрессии по госпитальной шкале (табл. 13) показывает незначительное колебание показателя в группе больных, получавших препарат «Трамелан», в течение всего периода исследования. При этом уровень депрессии в этой группе по объективной шкале Гамильтона (табл. 16) к 14 дню наблюдения достовер-

но снижается на 70% при этом полностью редуцируясь.

5. При обсуждении результатов проведенного психологического обследования по тесту «САН» (самочувствие, активность, настроение), отмечено, что все три данных показателя состояния (табл. 17-19) в период исследования в обеих группах паци-

Шкала депрессии Гамильтона

Таблица 16

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	15,5±0,8	-	-
2	«Трамелан», n = 20	13,3±2,5	8,8±0,8***	5,4±0,9***+++
3	Плацебо, n = 20	16,1±0,7	9,0±0,8***+++	9,3±1,1***

Примечание. * межгрупповая достоверность (** p<0,001); + внутригрупповая достоверность (+++ p<0,001). 0-6 баллов – отсутствие депрессивного эпизода; 7-15 баллов – малый депрессивный эпизод; 16 и выше баллов – большой депрессивный эпизод.

Таблица 17

Тест САН (шкала самочувствия)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	51,6±2,4	-	-
2	«Трамелан», n = 20	51,0±7,3	52,5±6,5	56,5±4,5
3	Плацебо, n = 20	50,4±2,5	53,3±3,0	55,3±2,1

Примечание. 10-39 баллов – самочувствие и настроение неудовлетворительные, активность резко снижена; 40-49 баллов – самочувствие удовлетворительное, настроение и активность на среднем уровне; 50-70 баллов – самочувствие и настроение хорошие, активность высокая.

Таблица 18

Тест САН (шкала активности)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	40,4±2,8	-	-
2	«Трамелан», n = 20	41,3±7,9	56,3±1,4***	56,0±6,7
3	Плацебо, n = 20	40,2±3,3	47,4±3,8	50,9±3,9*+

Примечание. * межгрупповая достоверность (* p<0,05, *** p<0,001); + внутригрупповая достоверность (+ p<0,05). 10-39 баллов – самочувствие и настроение неудовлетворительные, активность резко снижена; 40-49 баллов – самочувствие удовлетворительное, настроение и активность на среднем уровне; 50-70 баллов – самочувствие и настроение хорошие, активность высокая.

Таблица 19

Тест САН (шкала настроения)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	52,8±3,0	-	-
2	«Трамелан», n = 20	62,5±5,6	57,8±3,9	60,0±4,5
3	Плацебо, n = 20	50,2±3,3	50,9±3,5	52,5±3,4

Примечание. 10-39 баллов – самочувствие и настроение неудовлетворительные, активность резко снижена; 40-49 баллов – самочувствие удовлетворительное, настроение и активность на среднем уровне; 50-70 баллов – самочувствие и настроение хорошие, активность высокая.

ентов претерпевают схожую динамику колебания, с тенденцией к их нормализации к концу 14 дню наблюдения.

6. В период исследования действия препарата «Трамелан» в обеих группах пациентов с зависимостью от алкоголя в постабstinентном состоянии степень потребности в приеме спиртных напитков (табл. 20) в начале исследования находилась на среднем уровне и составляла 19,6±2,3 баллов.

2.4. Данные инструментальных исследований

Инструментальные и объективные методы обследования показали следующее:

1. Жалобы пациентов в период введения препарата «Трамелан» и плацебо претерпевали следующую динамику:

- все пациенты в обеих группах перед исследованием в 100% случаев предъявляли те или иные жалобы;

Таблица 20

Опросник потребности в приеме алкоголя (вление к алкоголю)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая, n = 40	19,6±2,3	-	-
2	«Трамелан», n = 20	19,8±3,9	15,5±1,7	14,3±5,9
3	Плацебо, n = 20	19,1±2,0	15,6±1,4	16,8±1,8

Примечание. Вление к алкоголю не выражено – 8 баллов; выраженное вление к алкоголю – 56 баллов. В течение всего периода наблюдения данный показатель снижался, имея тенденцию к снижению в большей степени в группе, получающей «Трамелан».

- на 7-й день исследования пациенты в группе, получающей «Трамелан» в 50% случаев предъявляли незначительные жалобы и в 50% жалоб не было. Пациенты в группе плацебо-терапии к этому дню исследования предъявляли жалобы в 85% случаев и в 15% жалоб не было;

- к 14-му дню исследования в группе плацебо-терапии предъявлял жалобы 42% пациентов, тогда как в группе, получающей препарат «Трамелан» в 50% случаев отмечались незначительные жалобы.

2. При оценке показателей центральной гемодинамики (артериальное давление, пульс) и температуры тела в период исследования препарата «Трамелан», значимых изменений этих показателей состояния не отмечалось. Уровень артериального давления в общей группе до обследования составлял 124,0±3,8 (sistолическое) и 81,1±2,6 (диастолическое) мм.рт.ст., частота пульса – 81,2±2,6 ударов в 1 минуту, колебания температуры тела находились в пределах 36,5±0,1°C. На протяжении всего периода наблюдения к 14 дню исследования в обеих группах отмечалось незначительное снижение артериального давления до 121,7±1,8 (sistолическое) и 78,4±4,4 (диастолическое) мм.рт.ст., урежение частоты пульса до 75,7±1,9 ударов в 1 минуту, и стабильное состояние температуры тела (36,4±0,2°C).

3. Анализ данных электрокардиограмм пациентов показал, что изменения, регистрируемые на ЭКГ, касались индивидуальных особенностей и возрастных изменений (частичная блокада правой или левой ножки пучка Гисса, локальные нарушения внутрижелудочковой проводимости). В ряде случаев (4 пациента) отмечались метаболические изменения питания миокарда, непосредственно связанные с длительной алкоголизацией и проходящие после этапа детоксикации.

4. Анализ данных электроэнцефалограмм показал, что у всех пациентов, участвующих в исследовании, регистрировались легкие диффузные изменения биоэлектрической активности и явления ирритации ствола головного мозга на динэнцефальном уровне. В единичных случаях регистрировались косвенные признаки сосудистой недостаточности головного мозга или снижение функциональной активности нейронов коры головного мозга, связанные

ные с наличием в анамнезе судорожных припадков в период синдрома отмены и массивным употреблением суррогатов.

5. Данные стандартных исследований клинического и биохимического анализов крови и мочи при применении препарата «Трамелан» не выявили какого-либо его влияния на исследуемые показатели. Регистрируемые изменения биохимических показателей (повышенные цифры аланин- и аспартатаминотрансферазы перед исследованием) объясняются длительной и/или массивной алкогольной (суррогатной) интоксикацией. Уровень этих показателей нормализовался после окончания курса детоксикации.

3. Функциональное состояние клеток фагоцитарной системы крови у больных хроническим алкоголизмом

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что клетки фагоцитарной системы играют ключевую роль в иммуногенезе и защите организма от воздействия на него различных неблагоприятных факторов окружающей среды, в первую очередь, патогенных микроорганизмов. Поэтому, любые изменения, происходящие в функционировании этих клеток, негативно сказываются на состоянии не только иммунной системы, но и других органов и систем макроорганизма.

Большинство патологических состояний и заболеваний, как соматических, так и инфекционных, сопровождается развитием иммуносупрессии – одного из ключевых звеньев их патогенеза, которая затрагивает не только собственно иммунокомпетентные клетки (T- и В-лимфоциты), но и клетки фагоцитарной системы. В частности, исследованиями ряда авторов показано, что в условиях иммуносупрессии в фагоцитах происходят значительные изменения в их адгезии и способности к распластыванию, которым придается большое значение при диагностике и контроле лечения того или иного патологического состояния или заболевания. Кроме того, нельзя не отметить, что от подобных изменений зависят и такие важные выполняемые фагоцитами функции, как фагоцитоз и переваривание фагоцитируемого объекта, а также секреция во внеклеточную среду, в том чис-

ле в кровь, биологически активных субстанций, участвующих в иммунных реакциях.

Как известно, при алкоголизме также имеет место существенное угнетение иммунитета, проявляющееся, в том числе, снижением функциональной активности нейтрофилов и макроцитов, а также уровня пролиферации и функциональной активности Т-клеток. Причины подобных изменений до конца не ясны. Одним из существующих на сегодняшний день на этот счет предположений является то, что снижение функции иммуноцитов под влиянием алкоголя может быть обусловлено повреждающим действием этанола и его метаболитов на структуру и текучесть их мембран, следствием которого является резкое возрастание уровня пероксидации липидов, играющих важную роль в патогенезе алкоголизма.

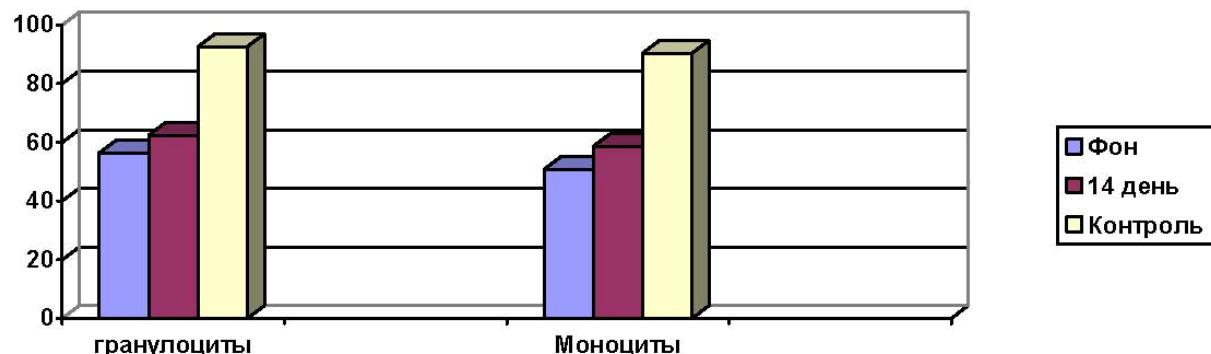
В этой связи настоящий этап исследований был посвящен изучению функционального состояния полиморфоядерных и мононуклеарных фагоцитов периферической крови больных алкоголизмом, а его проведение осуществлялось по нескольким направлениям, первое из которых включало в себя оценку фагоцитарной активности макроцитов и гранулоцитов периферической крови.

3.1. Фагоцитарная активность микро- и макрофагов периферической крови

Первоначально были проведены исследования по оценке собственно фагоцитарной функции микро и макрофагов периферической крови больных алкоголизмом в различные периоды заболевания. Результаты проведенных исследований представлены графически на рис. 1-3.

Рисунок 1

Собственно фагоцитарная функция гранулоцитов и макроцитов периферической крови больных алкоголизмом перед приемом БАД «Трамелан»



Примечание – по оси абсцисс – исследуемые популяции клеток, по оси ординат – величина фагоцитарного индекса (%). (Фон – группа «плацебо», 14 день – группа «Трамелан», контроль – норма здорового человека)

Как следует из представленных на рис. 1 данных, в остром периоде у обследованных больных имело место существенное ($p<0,05$) снижение собственно фагоцитарной функции гранулоцитов и макроцитов периферической крови. Проведение курса «Трамелана» заметно улучшало поглотительную способность фагоцитирующих клеток, которая по сравнению с острым периодом заболевания возрасала, хотя и не достигала контрольных значений (рис. 2). При этом нельзя не отметить, что проводимая терапия оказывала более благоприятное влияние на функционирование фагоцитирующих клеток крови женщин, чем мужчин.

Обследование больных алкоголизмом позволило выявить у них тот факт, что у мужчин фагоцитарная функция гранулоцитов и макроцитов хотя и повышалась по сравнению с аналогичными показателями, полученными сразу после окончания курса терапевтических мероприятий, но все же оставалась на более низком уровне, чем у лиц контрольной группы и у больных женщин в стадии ремиссии.

3.2. Метаболическая активность микро- и макрофагов периферической крови

Метabolизм клеток фагоцитарной системы отражает, прежде всего, их способность к перевариванию поглощаемого ими антигенного материала. Применительно к нашим условиям данная функция гранулоцитов и макроцитов периферической крови была оценена нами по величине ФЧ (фагоцитарное число). Результаты проведенных исследований представлены в табл. 21 и 22.

Как свидетельствуют представленные в табл. 21 и 22 данные, поглотительная функция клеток и их метаболизм у больных по окончании приема БАД «Трамелан» приближались к норме. Функциональное состояние исследованных клеток крови у больных алкоголизмом группы «плацебо» имело незначительные отклонения от первоначальных значений, не отличавшиеся достоверностью ($p>0,05$).

3.3. Секреторная активность клеток фагоцитарной системы крови

В настоящее время хорошо известно, что метаболизм фагоцитов опосредуется наличием в их ли-

Рисунок 2

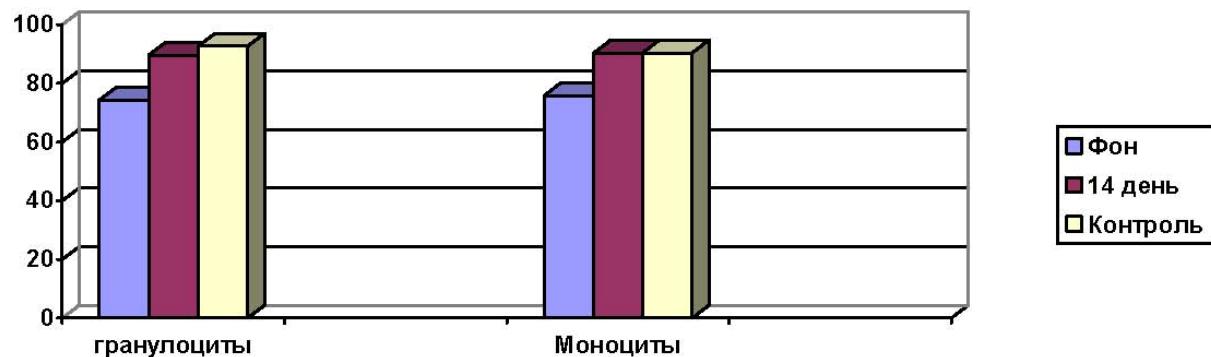
Собственно фагоцитарная функция гранулоцитов и моноцитов периферической крови мужчин, больных алкоголизмом, по окончании курса БАД «Трамелан»



Примечание – по оси абсцисс – исследуемые популяции клеток, по оси ординат – величина фагоцитарного индекса (%). (Фон – группа «плацебо», 14 день – группа «Трамелан», контроль – норма здорового человека).

Рисунок 3

Собственно фагоцитарная функция гранулоцитов и моноцитов периферической крови женщин, больных алкоголизмом, по окончании курса БАД «Трамелан»



Примечание – по оси абсцисс – исследуемые популяции клеток, по оси ординат – величина фагоцитарного индекса (%). (Фон – группа «плацебо», 14 день – группа «Трамелан», контроль – норма здорового человека).

Таблица 21

Состояние метаболической функции гранулярных лейкоцитов периферической крови больных алкоголизмом на фоне курса БАД «Трамелан»

Обследованные больные алкоголизмом	Величины ФЧ (%) у больных алкоголизмом		
	Фон	По окончании по окончании курса БАД «Трамелан»	p
Группа «Трамелан»	7,8±0,56*	9,5±0,66	p<0,05
Группа «плацебо»	7,5±0,78	8,2±0,77	p>0,05

Примечание. * - различия с показателями в контрольной группе достоверны при $p<0,05$.

Таблица 22

Состояние метаболической функции мононуклеарных фагоцитов периферической крови больных алкоголизмом

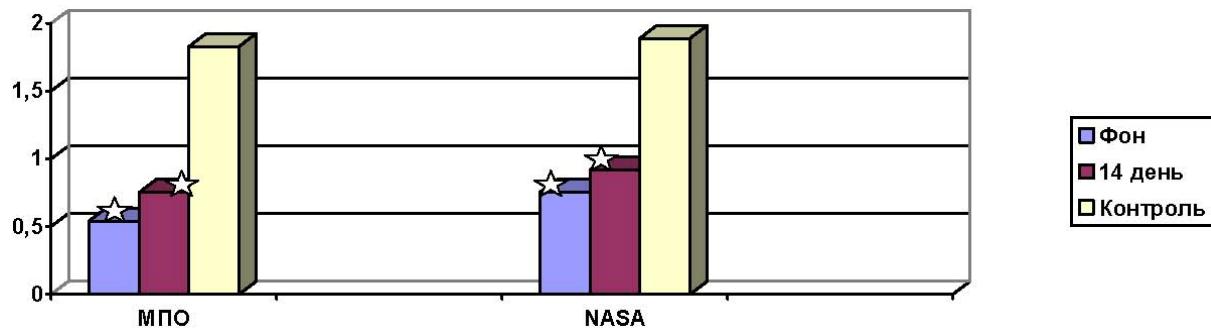
Обследованные больные алкоголизмом	Величины ФЧ (%) у больных алкоголизмом		
	В остром периоде заболевания	По окончании по окончании курса БАД «Трамелан»	p
Группа «Трамелан»	7,4±0,46	9,6±0,64	p<0,05
Группа «плацебо»	8,1±0,76	8,6±0,77	p>0,05

зосомах целого набора ферментов, к числу которых относятся кислые гидролазы, нейтральные протеиназы, бактерицидные ферменты (миелопероксидаза, лизоцим), а также лактоферрин и др. Особое значение придается активизации окислительного метаболизма при фагоцитозе и других воздействиях. При этом происходит активизация оксидазы клеточной мембранны, которая восстанавливает O_2 в ион супероксида O_2^- , накапливающийся в фагосомах и превращающийся частично в H_2O_2 в кислой среде лизосом. Бактерицидный эффект упомянутых субстанций усиливается миелопероксидазой. Весь набор ферментов фагоцитов может действовать не только внутри клетки, но и высвобождаться в окружающие ткани, а также кровь, составляя, тем самым, наряду с другими биологически активными веществами (комплемент, лизо-

цим, бета-лизины, лимфокины, монокины и др.) гуморальную составляющую иммунной системы. В этой связи представлялось интересным оценить в условиях хронического алкоголизма и эту сторону функционирования фагоцитов. При этом мы остановили свое внимание на определении в сыворотке крови концентраций миелопероксидазы и нафтол-AS-ацетатэстеразы – ключевых ферментов кислородзависимого и кислороднезависимого метаболизма фагоцитов. Результаты проведенных исследований в данном направлении показали, что в остром периоде заболевания концентрации этих ферментов в сыворотке крови обследованных больных оказались достоверно ниже контрольных значений ($p<0,05$; рис. 4). Другими словами, секреторная функция фагоцитов у больных хроническим алкоголизмом также страдает.

Рисунок 4

Уровень миелопероксидазы и нафтол-AS-ацетатэстеразы в сыворотке крови пациентов, больных хроническим алкоголизмом, в остром периоде заболевания



По оси ординат – концентрация ферментов в сыворотке крови (усл.ед.). * $p<0,05$ – отмечены достоверные отличия по сравнению с показателями контрольной группы.
(Фон – группа «плацебо», 14 день – группа «Трамелан», контроль – норма здорового человека).

Проведение курса терапевтических мероприятий заметно улучшало секреторную функцию фагоцитирующих клеток, о чем свидетельствовало существенное повышение концентрации в сыворотке крови исследованных ферментов (рис. 5), хотя полного ее восстановления до контрольного уровня не происходило. Если исследования проводили у больных в период ремиссии, то в этом случае различия в концентрации указанных ферментов в сыворотке крови больных опытной и контрольной групп практически полностью нивелировались (рис. 6). В группе «плацебо» показатели были ниже.

В целом полученные данные свидетельствуют о том, что в различные периоды заболевания у больных хроническим алкоголизмом имеет место определенное изменение функционального состояния гранулоцитов и моноцитов периферической крови, характеризующееся его супрессией в остром периоде заболевания, которая постепенно нивелируется под влиянием терапевтических мероприятий и сохраняется на физиологическом уровне в периоде ремиссии.

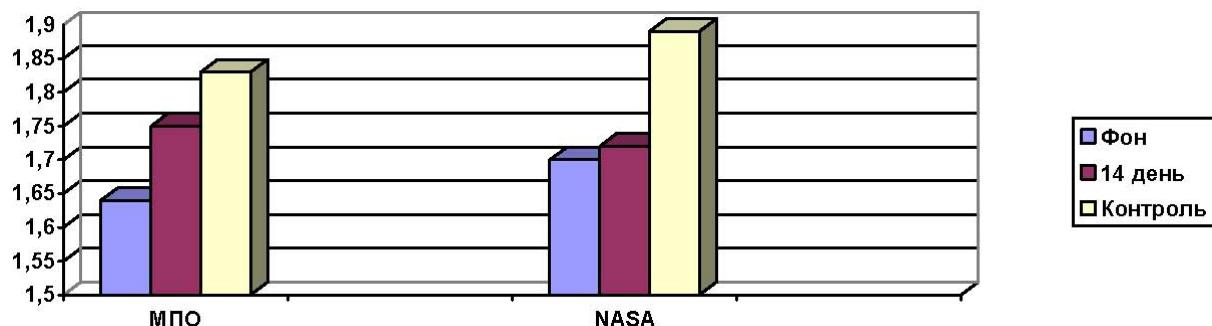
4. Качественные характеристики CD4+- и CD8+-лимфоцитов периферической крови у больных хроническим алкоголизмом на фоне курса БАД «Трамелан»

Анализ имеющихся к настоящему времени данных, свидетельствует о том, что злоупотребление алкоголем оказывает достаточно выраженное депрессивное действие на клеточные компоненты иммунной системы организма. Правда, к такому заключению авторы пришли, в основном, с учетом результатов экспериментальных исследований. Результаты проведенных исследований приведены на рис. 7 и 8.

Как свидетельствуют представленные на рис. 7 и 8 данные, в остром периоде заболевания в периферической крови обследованных больных наблюдаются значительные отличия в количественных показателях CD4+- и CD8+-лимфоцитов от нормы здорового человека. При этом нельзя не отметить, что более выраженный в сравнении с контролем характер этих изменений был зарегистрирован в группе мужчин, страдающих алкоголизмом, чем в

Рисунок 5

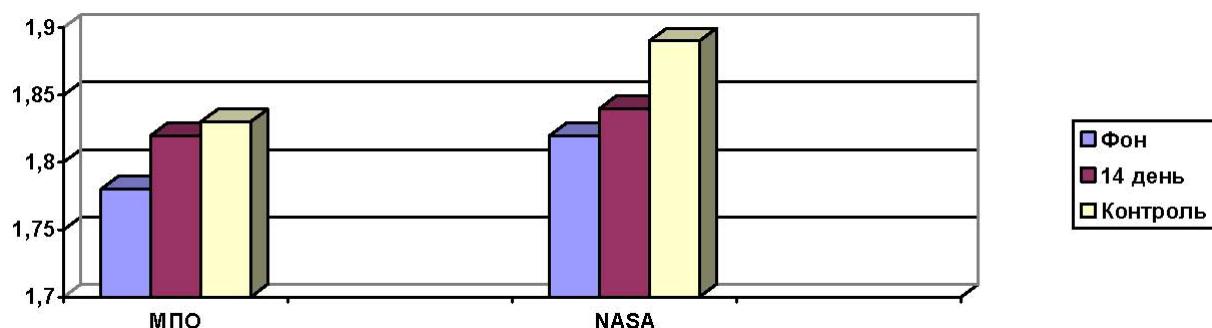
Уровень миелопероксидазы и нафтол-AS-ацетатэстеразы в сыворотке крови пациентов хроническим алкоголизмом по окончании курса БАД «Трамелан»



По оси ординат – концентрация ферментов в сыворотке крови (усл.ед.).
(Фон – группа «плацебо», 14 день – группа «Трамелан», контроль – норма здорового человека)

Рисунок 6

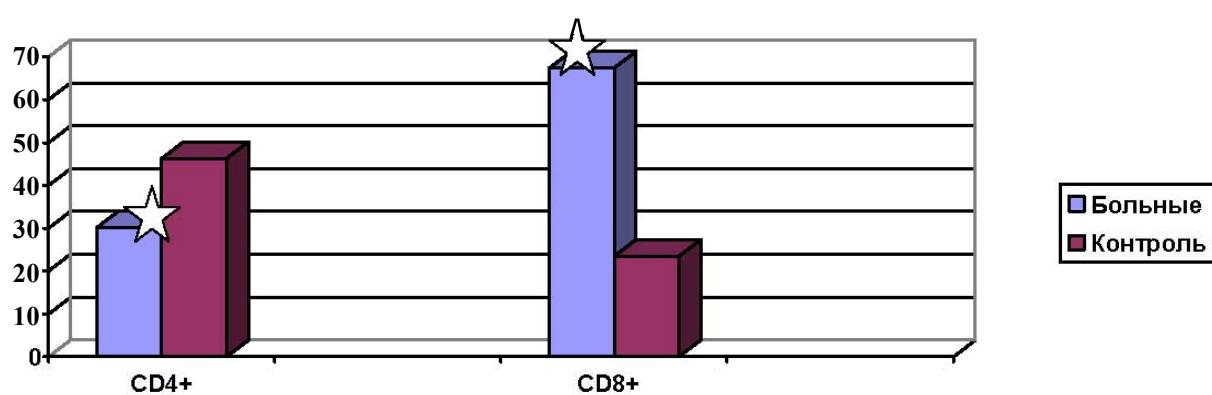
Уровень миелопероксидазы и нафтол-AS-ацетатэстеразы в сыворотке крови больных хроническим алкоголизмом в стадии ремиссии по окончании курса БАД «Трамелан»



По оси ординат – концентрация ферментов в сыворотке крови (усл.ед.).
(Фон – группа «плацебо», 14 день – группа «Трамелан», контроль – норма здорового человека).

Рисунок 7

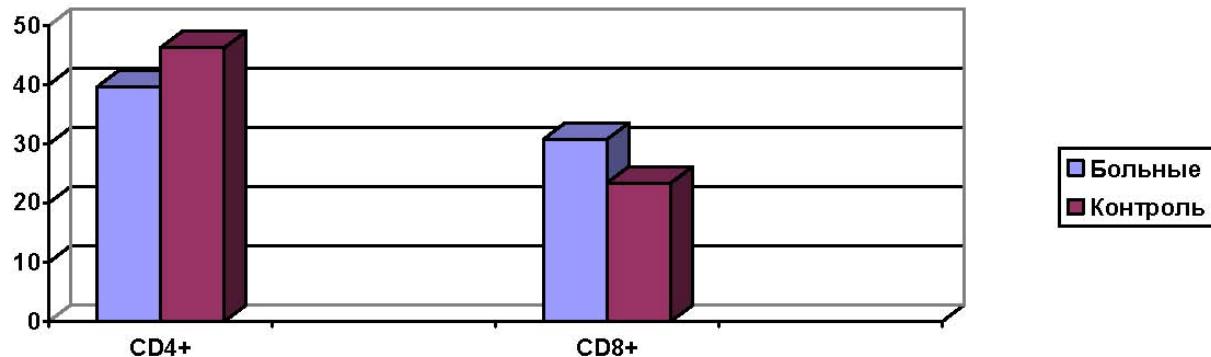
Количественные показатели содержания CD4+- CD8+-лимфоцитов в крови мужчин, больных алкоголизмом, в остром периоде заболевания



Примечание: по оси абсцисс – определяемая популяция лимфоцитов, по оси ординат - количество CD4+- и CD8+-лимфоцитов в периферической крови обследованных больных (%). Звездочками показаны показатели, достоверно, отличающиеся от соответствующих показателей в контроле (здоровые лица).

Рисунок 8

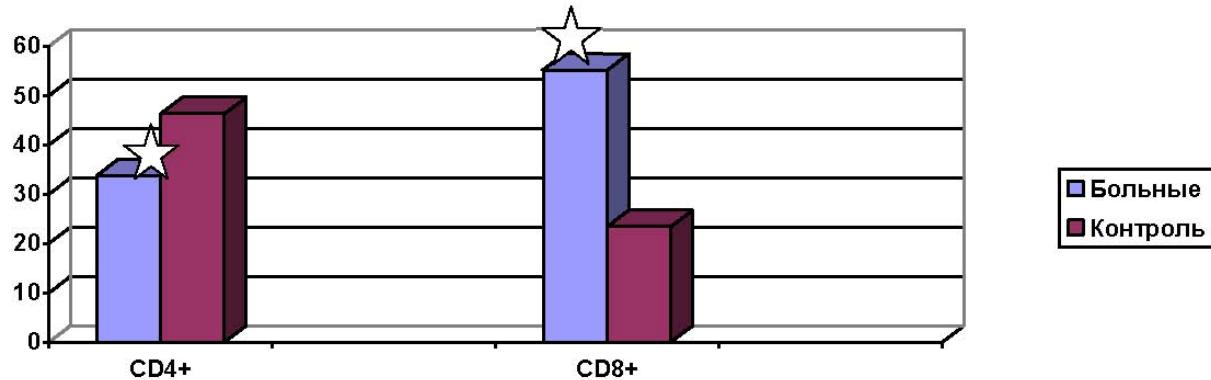
Количественные показатели содержания CD4+- CD8+-лимфоцитов в крови женщин, больных алкоголизмом, в остром периоде заболевания



Примечание: по оси абсцисс – определяемая популяция лимфоцитов, по оси ординат - количество CD4+- и CD8+-лимфоцитов в периферической крови обследованных больных (%). Контроль – здоровые лица.

Рисунок 9

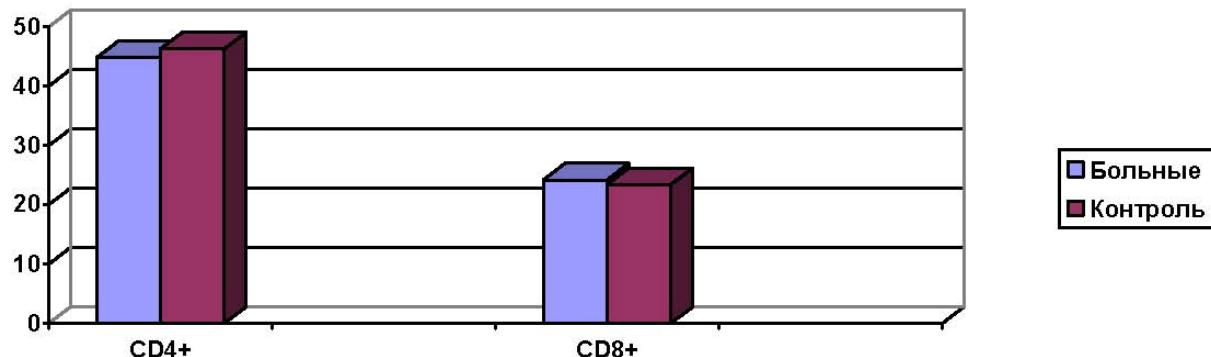
Количественные показатели содержания CD4+- CD8+-лимфоцитов в крови мужчин, больных алкоголизмом, после окончания курса БАД «Трамелан»



Примечание: по оси абсцисс – определяемая популяция лимфоцитов, по оси ординат - количество CD4+- и CD8+-лимфоцитов в периферической крови обследованных больных мужчин (%). Звездочками показаны показатели, достоверно, отличающиеся от соответствующих показателей в контроле (здоровые лица).

Рисунок 10

Количественные показатели содержания CD4+- CD8+-лимфоцитов в крови женщин, больных алкоголизмом, по окончании курса БАД «Трамелан»



Примечание: по оси абсцисс – определяемая популяция лимфоцитов, по оси ординат - количество CD4+- и CD8+-лимфоцитов в периферической крови обследованных больных (%). Контроль – здоровые лица.

группе женщин. В частности, было установлено, что в остром периоде заболевания у мужчин-алкоголиков регистрировалось достоверное в сравнении с контролем снижение количества CD4+-лимфоцитов и увеличение количества CD8+-лимфоцитов в периферической крови ($p<0,05$). Аналогичные закономерности были выявлены и у женщин, страдающих алкоголизмом, в условиях обострения заболевания, однако, эти изменения носили менее выраженный характер, чем у мужчин. Снижение количества CD4+-лимфоцитов и увеличение CD8+-лимфоцитов в крови имело место, однако достоверностью от контрольных значений не отличалось.

Несколько иные закономерности были выявлены при определении исследованных показателей у обследованных больных по окончании проводимой им терапии. Полученные при этом результаты приведены на рис. 9 и 10.

Анализ приведенных на рис. 9 и 10 данных свидетельствует о том, что если по окончании курса БАД «Трамелан» женщинам, страдающим алкоголизмом, происходила практически полная нормализация количественных показателей содержания в крови CD4+- и CD8+-лимфоцитов, то применительно к аналогичной категории мужчин примененные терапевтические мероприятия хотя и способствовали некоторому повышению содержания в крови CD4+-лимфоцитов и снижению содержания в крови CD8+-лимфоцитов, однако не приводили к

их нормализации относительно контрольных значений. Более того, величины исследованных показателей у мужчин, страдающих алкоголизмом, в посттерапевтическом периоде продолжали достоверно отличаться от соответствующих контрольных значений. Следовательно, можно заключить, что терапевтические мероприятия, направленные на выведение больных алкоголизмом из острого периода заболевания по-разному влияют на происходящие в этих условиях изменения со стороны иммунной системы мужчин и женщин. Если у последних удавалось достигнуть практически полного нивелирования выявленных изменений, то у мужчин подобного эффекта достигнуть не удалось.

По окончании терапевтических мероприятий больные в удовлетворительном состоянии выписывались из стационара и возвращались в привычную микросоциальную среду. При этом у них происходила практически полная редукция психопатологической симптоматики, отсутствовала тяга к приему алкоголя, наблюдалось отчетливое обратное развитие остаточных проявлений болезни (психопатологические расстройства, астеническая симптоматика, вегетативная дисфункция). Спустя 2-3 недели подобного жизненного периода у обследованных больных нами было проведено еще одно исследование, направленное на оценку у них количественных параметров иммунокомпетентных клеток, результаты которого приведены в табл. 23.

Таблица 23

Количественные параметры CD4+- и CD8+-лимфоцитов периферической крови больных алкоголизмом в период ремиссии

Категория обследованных	Количество CD4+-лимфоцитов периферической крови, %	Количество CD8+-лимфоцитов периферической крови, %
Группа «Трамелан»	46,4±0,9	23,6±1,2
Лица контрольной группы	46,2±0,7	23,8±0,8

Как следует из представленных данных, в процессе периода ремиссии у пациентов продолжали происходить восстановительные процессы в отношении исследованных параметров. При обследовании в периоде ремиссии больных алкоголизмом выяснилось, что исследованные показатели у них установились на уровне контрольных значений здоровых лиц.

В целом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что наряду с клетками фагоцитарной системы у больных алкоголизмом в различные периоды заболевания имеют место изменения и со стороны иммунокомпетентных клеток с фенотипами CD4+ и CD8+, в частности изменяется их количество. При этом, при обострении заболевания происходит снижение в периферической крови больных количества CD4+-лимфоцитов и увеличение количества CD8+-лимфоцитов. В дальнейшем, по мере осуществления терапевтических мероприятий

выявленные различия по сравнению с контрольным уровнем постепенно начинают нивелировать, причем у женщин это происходит более интенсивно, чем у мужчин. В периоде ремиссии заболевания исследованные показатели у всех больных достигают контрольного уровня.

5. Ферментативная активность лимфоцитов периферической крови больных хроническим алкоголизмом в различные периоды заболевания

На предыдущем этапе исследований нами были оценены в динамике количественные параметры отдельных популяций иммунокомпетентных клеток, в частности, лимфоциты с фенотипами CD4+ и CD8+. Вместе с тем, анализ литературных данных свидетельствует о том, что лимфоциты не только осуществляют иммунологическую реактивность организма, но и выделяют биологически активные вещества, влияющие как на эффекторы

иммунитета, так и на другие органы и системы организма. Кроме того, иммунокомпетентные клетки имеют богатый набор рецепторов, что делает их высокочувствительными к разнообразным изменениям гомеостаза организма. Все это приводит к тому, что, воспринимая сигналы о дестабилизации внутренней среды организма, лимфоциты модулируют свои функции, нацеленные на восстановление гомеостаза.

Как известно, функциональная активность лимфоцитов целиком определяется их метаболизмом. Именно на уровне метаболических систем клеток формируются ответные реакции на то или иное воздействие извне. В частности, рядом авторов доказано соответствие между биохимическими процессами, происходящими в иммунокомпетентных клетках и в целостном организме.

В связи с изложенным, в ходе выполнения настоящего исследования представлялось целесообразным помимо количественных характеристик оценить функциональное состояние иммунокомпетентных клеток больных хроническим алкоголизмом в различные периоды заболевания.

Изучению этих аспектов и был посвящен следующий этап настоящего исследования, в котором, используя иммуноцитохимические методы исследования, у больных хроническим алкоголизмом в процессе заболевания оценивали уровни ряда ферментов в лимфоцитах периферической крови. При этом внимание было уделено определению в клетках активности внутриклеточной б-нафтол-AS-ацетатэстеразы, сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и альфа-глицерофосфатдегидрогеназы (альфа-ГФДГ).

5.1. Активность б-нафтол-AS-ацетатэстеразы

Неспецифические эстеразы представляют собой группу ферментов, гидролизующих эфиры карбоновых кислот, отличаются небольшой специфичностью и локализуются в цитоплазме клеток, главным образом, в лизосомах.

В наших исследованиях применительно к оценке функционального состояния лимфоцитов периферической крови был оценен уровень внутриклеточной б-нафтол-AS-ацетатэстеразы у больных хроническим алкоголизмом в различные периоды заболевания. Результаты проведенных исследований приведены в табл. 24.

Таблица 24

Уровень б-нафтол-AS-ацетатэстеразы в лимфоцитах периферической крови мужчин, больных алкоголизмом

Обследованные пациенты	Острый период заболевания	После курса «Трамелан»
Больные хроническим алкоголизмом	1,4±0,07*	0,87±0,04*
Лица контрольной группы (здоровые лица)	0,65±0,05	0,67±0,03

Как следует из представленных данных, уровень исследованного фермента в лимфоцитах периферической крови в процессе заболевания меняется, а именно, имеет место его повышение в периоды обострения и постепенное снижение до контрольных значений под влиянием проводимых больным терапевтических мероприятий, а также в периоде ремиссии. В большей степени подобная динамика исследованного показателя присуща мужчинам, страдающим хроническим алкоголизмом. Как следует из данных табл. 24, в периоде обострения (при запоях) зарегистрировано почти двукратное по сравнению с контролем увеличение содержания внутри лимфоцитов б-нафтол-AS-ацетатэстеразы ($p<0,05$). Под влиянием проводимой больным терапии величина исследованного показателя постепенно снижалась, однако продолжала достоверно превышать контрольные значения ($p<0,05$). В периоде ремиссии тенденция к снижению уровня б-нафтол-AS-ацетатэстеразы в лимфоцитах периферической крови мужчин, больных алкоголизмом, сохранялась, однако полного нивелирования различий с контролем не происходило.

Что же касается изменений исследованного показателя у женщин, больных алкоголизмом, то подобной мужчинам картины у них не было зарегистрировано. В остром периоде отмечено незначительное по сравнению с контролем повышение уровня б-нафтол-AS-ацетатэстеразы в лимфоцитах периферической крови, которое нивелировалось уже под влиянием проводимых больным терапевтических мероприятий. Существенных изменений исследованного показателя у обследованных женщин в периоде ремиссии заболевания в сравнении с контрольным уровнем также отмечено не было.

Основываясь на имеющихся данных литературы относительно изменений в уровне исследованного фермента в иммунокомпетентных клетках при различных патологических состояниях, можно высказать предположение о том, что установленное в группе обследованных мужчин повышение уровня б-нафтол-AS-ацетатэстеразы в лимфоцитах периферической крови может отражать активность процессов пролиферации Т-клеточного компонента иммунной системы, которые под влиянием этанола активируются. Нельзя также не отметить и то, что неспецифические эстеразы, в основном, явля-

ются ферментами кислороднезависимого метаболизма клеток, то есть участвуют в процессах анаэробного метаболизма.

5.2. Активность сукцинатдегидрогеназы

Сукцинатдегидрогеназа относится к группе окислительно-восстановительных ферментов, локализующихся в митохондриях клеток и участвующих в энергетических процессах, в них происходящих. Поэтому у обследованных нами в различные периоды заболевания пациентов был оценен уровень этого фермента в лимфоцитах периферической крови.

Анализ приведенных данных свидетельствует о том, что в отличие от неспецифических эстераз уровень сукцинатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови обследованных больных, особенно в остром периоде заболевания, существенно ($p<0,05$) снижался по сравнению с контрольными значениями. Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что под влиянием этанола имеет место депрессия окислительно-восстановительных процессов, протекающих в лимфоцитах периферической крови и опосредуемых сук-

цинатдегидрогеназой. В результате терапевтических мероприятий в группе пациентов, принимавших Трамелан, уровень сукцинатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови больных постепенно повышался и в стадии ремиссии практически не отличался от нормы. В группе «плацебо» динамика изменений этого показателя была аналогичной, но концентрация данного фермента оставалась на более низком уровне.

5.3. Активность альфа-глицерофосфатдегидрогеназы

Безусловно, сукцинатдегидрогеназа является не единственным ферментом, участвующим в окислительно-восстановительном метаболизме лимфоцитов. В этой связи представлялось целесообразным провести исследования, позволяющие дать характеристику и других, участвующих в этом процессе, ферментов. Поэтому нами была проведена оценка уровня в лимфоцитах периферической крови еще одного фермента окислительно-восстановительного метаболизма, локализованного также в митохондриях - альфа-глицерофосфатдегидрогеназы. Результаты проведенных исследований приведены в табл. 25.

Таблица 25

Динамика уровня альфа-глицерофосфатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови больных хроническим алкоголизмом в различные периоды заболевания

Группы обследованных	Уровень альфа-глицерофосфатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови в различные периоды заболевания (величина суммарного цитохимического коэффициента, усл. ед.)		
	Острый период	После курса Трамелана	Период ремиссии
Мужчины, больные алкоголизмом	1,44±0,14*	1,35±0,12*	1,32±0,15 *
Здоровые лица (контроль)	0,78±0,09	0,84±0,06	0,82±0,05

*Примечание. * - различия с показателями в контрольной группе достоверны при $p<0,05$.*

В результате проведенных исследований оказалось, что в сравнении с сукцинатдегидрогеназой уровень альфа-глицерофосфатдегидрогеназы у обследованных больных в остром периоде заболевания либо существенно по сравнению с контролем не изменялся либо имел тенденцию к повышению.

Таким образом, проведенные исследования по оценке окислительно-восстановительных процессов в лимфоцитах периферической крови больных алкоголизмом свидетельствуют о том, что в зависимости от периода заболевания они изменяются как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения в зависимости от того, каким ферментом они опосредуются. Применительно к процессам, опосредованным сукцинатдегидрогеназой, имеет место первый вариант изменений, а применительно к процессам, опосредованным альфа-глицерофосфатдегидрогеназой – второй. Нельзя также не отметить, что выраженность изменений существенно зависела от пола пациентов. В остальных же

случаях исследованные показатели в данной группе больных весьма незначительно отличались от контрольного уровня.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить, что изменения в уровнях исследованных ферментов в наибольшей степени коррелировали с величинами показателей толерантности к алкоголю.

В целом, выявленные изменения позволяют предположить, что при хроническом алкоголизме имеет место нарушение функциональной активности лимфоцитов и, следовательно, нейроиммунных взаимосвязей, что может явиться центральным звеном патогенеза данного заболевания. Однако, полученные результаты позволяют достаточно четко говорить о том, что злоупотребление алкоголем сопряжено с развитием дисфункций метаболических систем иммунокомпетентных клеток, которые в той или иной степени нивелируются проводимой больным терапией в остром периоде и остаются на таком уровне в периоде ремиссии.

6. Состояние цитокинового звена иммунной системы больных хроническим алкоголизмом

Результаты проведенных выше исследований свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем весьма существенно влияет на функциональное состояние отдельных компонентов иммунной системы, в основном, приводя к снижению их активности, что проявляется как на уровне клеток фагоцитарной системы, так и лимфоцитов.

Поскольку известно, что участие этих клеток в иммунном ответе организма на практически любое воздействие на него извне сопряжено с выделением ими цитокинов – растворимых белков, регулирующих интенсивность воспалительной или иммунной реакции, то в ходе выполнения настоящего исследования представлялось целесообразным провести оценку и этой составляющей иммунной системы в зависимости от периода развития заболевания.

Цитокины можно подразделить на несколько групп: к ним относятся интерфероны, факторы некроза опухолей, интерлейкины, трансформирующие факторы роста и кроветворные колониестимулирующие факторы. Различные цитокины и их эффекты обычно рассматриваются по отдельности, но важно помнить, что они, так же как и продуцирующие их клетки, в конкретной иммунной реакции действуют одновременно или последовательно, как синергисты или как антагонисты. Например, ИЛ-1 может индуцировать секрецию ИЛ-2; ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6 могут совместно индуцировать размножение цитотоксических Т-лимфоцитов; ИЛ-4 и гамма-интерферон могут противодействовать друг другу при ин-

дукции экспрессии гликопротеинов класса II на В-клетках и при индукции секреции IgE.

Анализ имеющихся к настоящему времени сведений свидетельствует о том, что система цитокинов весьма существенно задействована в патогенезе алкоголизма. В частности, в ряде исследований отмечено, что при хроническом употреблении алкоголя развивается дисбаланс в системе интерлейкинов, приводящий в конечном итоге к повреждению связей между Т- и В-лимфоцитами. В частности, в экспериментальных условиях показано, что хроническое введение животным этанола способствовало гиперпродукции ИЛ-4 и ИЛ-1-бета, а также снижению в сыворотке крови концентрации ИЛ-2. В клинических условиях было показано, что у алкоголиков имело место снижение в сыворотке крови провоспалительных цитокинов, в частности, ИЛ-6 и отмечалась супрессия соотношения ИЛ-6/ИЛ-10.

Применительно к нашим исследованиям была проведена оценка в динамике развития заболевания уровня в сыворотке крови трех цитокинов: ИЛ-1-бета, ИЛ-2 и ИЛ-4. Согласно схеме построения исследования, определение упомянутых интерлейкинов проводили в остром периоде заболевания, на фоне окончания терапевтических мероприятий и в периоде ремиссии. Учитывая данное обстоятельство, исследование осуществлялось в три этапа, первый из которых был посвящен определению в сыворотке крови больных алкоголизмом уровня ИЛ-1-бета, ИЛ-2 и ИЛ-4 в остром периоде заболевания на фоне запоя и развития алкогольного психоза. Результаты проведенного исследования приведены в табл. 26.

Таблица 26

Концентрации ИЛ-1-бета, ИЛ-2 и ИЛ-4 в сыворотке крови больных алкоголизмом в остром периоде заболевания

Группы обследованных	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-1-бета, пг/мл	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-2, ед/мл	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-4, пг/мл
Больные алкоголизмом	282,4±1,47*	3,08±0,44*	320,2±2,86*
Здоровые лица	10,91±0,25	0,017±0,004	11,81±0,47

Примечание. * $p<0,05$ по отношению к контрольной группе.

Как свидетельствуют представленные в табл. 26 данные, в остром периоде заболевания как у мужчин, так и женщин имел место резкий всплеск продукции исследованных цитокинов, а определенные их концентрации в сыворотке крови достоверно ($p<0,05$) превышали контрольные значения. В результате назначения терапевтических мероприятий, касающихся купирования проявлений алкогольного психоза, все больные были выведены из этого состояния, почувствовали улучшение общего состояния. О том, каким образом это влияло на их цитокиновый статус применительно к исследованным интерлейкинам в сыворотке крови, свидетельствуют данные, приведенные в табл. 27.

Как свидетельствуют представленные в табл. 27 данные, проведенная по поводу алкогольного психоза больным терапия, в определенной степени снижала выраженность гиперпродуктивных процессов по отношению к исследованным интерлейкинам, однако степень этого снижения в обследованных группах больных была неодинаковой.

Обследование больных в периоде ремиссии заболевания позволило заключить, что произошло дальнейшее выраженное снижение гиперпродукции исследуемых цитокинов, однако полного восстановления этих показателей до контрольных значений не наблюдалось ($p<0,05$) (табл. 28).

Таблица 27

*Концентрации ИЛ-1-бета, ИЛ-2 и ИЛ-4 в сыворотке крови
больных алкоголизмом при их обследовании по окончании курса лечения БАД «Трамелан»*

Группы обследованных	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-1-бета, пг/мл	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-2, ед/мл	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-4, пг/мл
Больные алкоголизмом	182,4±1,11*	2,56±0,08*	167,2±0,86*
Здоровые лица	10,91±0,25	0,017±0,004	11,81±0,47

Примечание. * $p < 0,05$ по отношению к контрольной группе.

Таблица 28

*Концентрации ИЛ-1-бета, ИЛ-2 и ИЛ-4 в сыворотке крови
больных алкоголизмом (Трамелан) в стадии ремиссии заболевания*

Группы обследованных	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-1-бета, пг/мл	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-2, ед/мл	Концентрация в сыворотке крови ИЛ-4, пг/мл
Больные алкоголизмом	82,4±1,11*	1,16±0,01*	84,2±0,76*
Здоровые лица	10,91±0,25	0,017±0,004	11,81±0,47

Примечание. * $p < 0,05$ по отношению к контрольной группе.

Имеющиеся данные литературы свидетельствуют о том, что выявление цитокинов в сыворотке крови может указывать как на наличие воспаления, так и на массивное поступление в организм антигенного раздражителя. Применительно к первому положению на это может указывать повышение концентрации в сыворотке крови, в частности, ИЛ-1-бета, а применительно ко второму - повышение концентрации в сыворотке крови, в частности, ИЛ-2 и ИЛ-4. По-видимому, выявленные в процессе проведенных исследований изменения параметров цитокинового звена иммунитета как раз и отражают наличие этих двух моментов у больных алкоголизмом в процессе развития и течения заболевания.

7. Переносимость БАД «Трамелан» больными

В период клинического изучения эффективности и переносимости препарата «Трамелан» у пациентов с зависимостью от алкоголя в постабстинентном состоянии никаких-либо побочных действий не отмечено.

8. Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало положительное действие препарата «Трамелан» у больных с синдромом зависимости от алкоголя в постабстинентном периоде. При этом отмечены следующие изменения в период курсового введения препарата:

- В период клинического изучения эффективности и переносимости препарата «Трамелан» у пациентов с зависимостью от алкоголя в постабстинентном состоянии никаких-либо побочных действий не отмечено.

- В период 2-недельного применения «Трамелана» у пациентов наблюдалось достоверное снижение уровня невротизации, уровня тревоги, умеренный антидепрессивный эффект.

- Колебание показателей самочувствия, активности и настроения были в границах показателей хорошего состояния. Отмечалось умеренное снижение влечения к спиртным напиткам к концу исследования. У больных с признаками анемии наблюдалась нормализация уровня гемоглобина крови.

- У больных алкоголизмом выявлены депрессия CD4+-лимфоцитов, стимуляция CD8+-лимфоцитов и повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови. Включение в курс терапии препарата «Трамелан» способствовало положительной динамике и нормализации этих показателей.

- В результате проведенных исследований показано, что БАД «Трамелан» при использовании в комплексной терапии алкоголизма обладает выраженным иммунокоррегирующими свойствами, что проявляется восстановлением до нормы клеточных (фагоцитарная активность мононуклеаров периферической крови) и гуморальных (концентрация в сыворотке крови комплемента, миелопероксидазы и нафттол-AS-ацетатэстеразы) факторов иммунной системы у прошедших курс лечения пациентов.

Умеренное снижение выраженности таких расстройств, как невротизация (истощаемость), депрессивный эпизод, астения и тревога, улучшение самочувствия, повышение активности и настроения позволяют предполагать в дальнейшем положительную динамику этих показателей, что может способствовать формированию у больных стойких положительных эмоций. Снижение влечения к ал-

коголю в период введения препарата «Трамелан» создает возможность в дальнейшем более эффективно проводить курс стационарного лечения и формировать у этих больных ремиссию. Отмечена высокая степень переносимости и безопасности препарата, и готовность пациентов принимать его в качестве компонента комбинированной терапии данного заболевания.

В связи с вышеуказанным биологически активная добавка «Трамелан» может иметь перспективу применения в наркологии как компонент терапевтической программы постабstinентного периода при синдроме зависимости от алкоголя. При этом, учитывая полученные данные, рекомендуемый курс приема препарата должен составлять не менее 1-1,5 месяцев.

Литература:

1. Аведисова А. С. Терапия астенических состояний // Фарм. вестник. – 2003. – №11. – С. 12 – 13.
2. Анохина И. П. // 8-й Всес. съезд невропатол., психиатр. и наркол. Тез. выступлений. – 1998. – С. 307 – 310.
3. Анохина И. П., Иванец Н. Н., Альтишuler В. Б., и др. // Вопр. наркологии. – 1992. – № 3 – 4. – С. 67 – 70.
4. Анохина И. П., Коган Б. М., Иванец Н. Н. // Alcohol and alcohol problems research. Brit J. Addiction. – 1987. – V. 82. – Р. 23.
5. Аффективные нарушения при алкоголизме / Под ред. И.В. Бокий. – Л., 1983.
6. Ашмарин И. П., Коразеева Е. П., Стукалов П. В. // Биохимические пути в исследовании механизмов психических болезней / Нейрохимия. Москва, 1996. – С. 420 – 425.
7. Богданов М. Е. Иммунитет // Парафамацевтика. – 2004. – №.7 (17). – С. 31 – 33.
8. Варфоломеева Ю. Е. Тревожные расстройства в структуре алкогольного абстинентного синдрома // XIII съезд психиатров России. Матер. съезда. – М.: Рос. об-во психиатров. – 2000. – С. 31.
9. Воробьев А. А., Киселевский М. В., Халтурина Е. О. Иммунная система // Иммунология. – 2001. – № 6. – С. 15-18.
10. Воронин К. Э., Антон Р. // Вопр. наркологии. – 1995. – № 4. – С. 88.
11. Депрессия и тревога. М.: Servier, 2003. – № 1. – 13 с.
12. Завьялов В. М. Мотивации потребления алкоголя. – М., 1988. – 115 с.
13. Земсков А. М., Земсков В. М., Карапулов А. В. Клиническая иммунология. - Москва: МИА, 1999. – 609 с.
14. Козлов А. А., Роклина М. Л. Зависимость формирования наркоманической личности от предиспонирующих факторов // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2001. – № 5. – С. 16 – 20.
15. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. – М., 1997. – Т. 2. – С. 182 – 191.
16. Кириллов В. И. Клиническая практика и перспективы иммунокорригирующей терапии (обзорный материал) // Практикующий врач. – 1998. – № 12. – С. 9 – 12.
17. Кошкина Е. А. Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России // Психиатр. и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 3. – С. 87 – 89.
18. Крок М. А. Депрессия и алкоголь // Депрессия и зависимость. WPA Bull. on Depression. – 2001. – Vol. 5, № 23. – Р. 3 – 6.
19. Машковский М.Д. Препараты, корригирующие процессы иммунитета (иммуномодуляторы, иммунокорректоры) / Лекарственные средства: Пособие для врачей. Часть II. – М., 1993. – С. 192 – 209.
20. Михайленко С. И. Иммунные нарушения у больных метаболическим делирием и их коррекция // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сб. науч. работ Украинского НИИ клин. и эксперим. неврологии и психиатрии и Харьковской ГКПБ № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 512 – 513.
21. Мороз И. Н. Особенности астенических расстройств по данным отделения неврозов и пограничных состояний // Вопросы клиники, диагностики и терапии психических и наркологических заболеваний. - Челябинск, 2001. – С. 13.
22. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика (методики и тесты): Уч. пособие. – Самара: БАХРАХ, 1998. – 672 с.
23. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Фармакотерапия в наркологии. – М.: Медицина, 2000. – С. 24 – 37.
24. Сметанников П. Г. Психиатрия. – СПб.: СПбМАПО, 1997. – С. 205 – 252.
25. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. - М.: Берег, 2000. – 160 с.
26. Тиганов А. С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1999. – № 1. – С. 8 – 10.
27. Тюрин Ю. Н., Макаров А. А. Статистический анализ данных на компьютере / Под ред. В.Э. Фигурнова. – М.: ИНФА-М., 1998. – 528 с.
28. Урбах В. Ю. Математическая статистика для биологов и медиков. - М., 1964. – 336 с.
29. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Иммунодиагностика и иммунотерапия нарушений иммунной системы // Практикующий врач. – 1997. – № 9. – С. 9 – 13.

30. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Иммунодефициты: диагностика и иммунотерапия. // Лечащий врач. – 1999. – № 2–3. – С. 63 – 69.
31. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные иммуномодуляторы: основные принципы их применения // Иммунология. – 2000. – № 5. – С. 4 – 7.
32. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Иммуномодуляторы: классификация фармакологическое действие, клиническое применение. Лекция по фармакологии // Ревматол., иммунол., аллергол. – 2004. – Т. 3, № 4. – С. 12–15.
33. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Основные принципы иммуномодулирующей терапии // Аллергия, астма и клин. иммунол. – 2005. – № 5. – С. 11 – 15.
34. Ханыков В. В., Александрова Н. В., Крылов Е. Н. Применение вальпроатов при лечении больных алкоголизмом и наркоманией // XIII съезд психиатров России. Матер. съезда. – М.: Рос. об-во психиатров, 2000. – С. 44.
35. Шабанов П. Д. Концепция адаптогенов: истоки, современное состояние, перспективы. Акт. Речь на 2-х Лазаревских чтениях. - СПб.: ВМедА, 2002. –72 с.
36. Шабанов П. Д. Основы наркологии. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
37. Kirk C., Saunders M. Primary psychiatric illness in neurological outpatient department in north-east England // J. Psychosom. Res. – 1997. – № 21. – P. 1-5.

Приложение 1

Группа _____ № _____
Ф.И.О. _____ Дата рождения _____ (____ лет)
Жалобы при поступлении _____ Состояние при поступлении _____
Диагноз: _____
Анамнез жизни: наследственность _____ развитие _____ Образование _____
Профессия _____ Работает/не работает _____
Эпид. анамнез: _____ Аллергия: _____ Перенесенные заболевания (и психотравмы) _____
Анамнез заболевания: алкоголизируется с ____ лет. Злоупотребление с ____ г. Псевдозапой с ____ г. до ____ дней.
Запой с ____ г. длительностью ____ дней, светлые промежутки ____ дней. Обсессивное влечение с ____ г.
Компульсивное влечение с ____ г. AAC сформирован с ____ г., форма проявления _____
Утрата количественного контроля с ____ г., ситуационного с ____ г., палимпсесты/амнезии с 19 ____ г. Толерантность ____ л. Форма опьянения _____ Употребление суррогатов, наркотиков, лекарственных препаратов _____. Спонтанные ремиссии. _____ Не курит/ курит с ____ лет.
На учете нарколога не состоит/состоит с ____ г. Ранее не лечился/лечился _____
Последняя алкоголизация ____ объем ____ вещество-____ длительность последнего запоя _____.
Дополнения _____

Методы исследования	скрининг	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
Информированное согласие				
Индивидуальная регистрационная карта (анамнез)				
Тест МПА (мотивации потребления алкоголя)				
Опросник потребности в приеме алкоголя				
7-я шкала MMPI (шкала невротизации)				
Госпитальная шкала (шкала тревоги и депрессии)				
Шкала депрессии Гамильтона				
Шкала депрессии Спилбергера				
Тест САН (самочувствие, активность, настроение)				
Методика Холмса и Раге (стрессоустойчивость)				
Опросник Вассермана (уровень невротизации)				
Шкала побочной симптоматики				
Артериальное давление, пульс				
Иммунограмма крови				
Анализы крови (клинический, биохимический)				
Анализы мочи				
ЭЭГ, ЭКГ				

Дата обследования	День исследования	Жалобы	АД мм. рт. ст.	РС в 1 мин.	t° С
	Д0				
	Д7				
	Д14				

Осмотр терапевта _____

Осмотр невропатолога _____

Дата обследования	День исследования	Анализы
	Д0	Кровь. Гемоглобин ___, эритроциты ___, лейкоциты ___, сегментоядерные ___, тромбоциты ___. эозины ___, моноциты ___, лимфоциты ___, СОЭ __ мм/ч. АлАт __, АсАт __, мочевина _____. Иммунограмма _____. Моча. Цвет ___, плотность ___, белок ___, глюкоза ___, эпителий ___, лейкоциты ___, эритроциты ___, слизь ___, соли ___, бактерии _____.
	Д14	Кровь. Гемоглобин ___, эритроциты ___, лейкоциты ___, сегментоядерные ___, тромбоциты ___. эозины ___, моноциты ___, лимфоциты ___, СОЭ __ мм/ч. АлАт __, АсАт __, мочевина _____. Иммунограмма _____. Моча. Цвет ___, плотность ___, белок ___, глюкоза ___, эпителий ___, лейкоциты ___, эритроциты ___, слизь ___, соли ___, бактерии _____.

Дата обследования	День исследования	Данные ЭЭГ	примечания
	Д0		
	Д14		

Дата обследования	День исследования	Данные ЭКГ	примечания
	Д0		
	Д14		

Приложение 2

Инструкция по применению Трамелана (биологически активной добавки)

Биологически активная добавка (БАД) к пище «Трамелан» представляет собой сухую биомассу высшего базидиального гриба Coriolus pubescens (Fr.) Quel (Trametes pubescens), известного в восточной медицине под названием «каварата», получаемую методом его жидкофазного глубинного культивирования в асептических условиях, содержащих источники углеводного, азотного и минерального питания с последующим концентрированием и сушкой.

Состав:

- Биологически активные полисахариды (глюканы и галактоманнаны), регулирующие работу иммунной системы;
- Эссенциальные полиненасыщенные жирные кислоты, необходимые для нормального функционирования клеточных мембран и препятствующие развитию атеросклероза;
- Эссенциальные фосфолипиды (лецитин, кефалин, фосфатидилсерин), нормализующие жировой обмен и функции печени;
- Флавониды, улучшающие микроциркуляцию крови;
- Высококачественный белок, включающий все незаменимые аминокислоты;

-
-
- Хитиновая клетчатка, сорбирующая токсины и шлаки и тонизирующая кишечник;
 - Полный гармоничный набор минеральных микро- и макроэлементов в легкоусвояемой органической форме, в т.ч. кальций, калий, марганец, фосфор, железо, хром, цинк, бор, медь, кобальт и другие.;
 - Комплекс витаминов группы В;
 - Эргостерины (провитамины группы (D).

Фармакологическое действие:

Антисклеротическое и антиатерогенное – оказывает выраженное действие на липидный обмен, снижает высокое содержание холестерина, триглицеридов, липидов, нормализует коэффициент атерогенности. Способствует улучшению сосудистого тонуса. Повышает энергетический обмен в клетках и тканях сердца, нормализует клеточное дыхание, препятствует углублению кардиопатологии.

Гепатопротективное – улучшает обменные процессы в печени, восстанавливает дренажную функцию желчевыводящих путей, снижает проявление клинических симптомов при воспалительных заболеваниях печени и желчевыводящего пузыря, улучшает микроциркуляцию, восстанавливая оксидазсмешанную функцию печени, нормализует ее дезинтоксикационные свойства.

Репаративное – предупреждает развитие воспалений и ускоряет процессы регенерации слизистых ротовой полости и желудочно-кишечного тракта, в том числе, при эрозивно-язвенных явлениях. У пациентов с хроническими желудочно-кишечными заболеваниями наблюдается исчезновение дискомфортных ощущений и улучшение аппетита. Способствует нормализации биоценоза кишечника.

Иммунокорректорное – нормализует клеточный иммунитет, повышает резистентность организма в результате восстановления фагоцитарной активности нейтрофилов, стимулирования синтеза иммуноглобулина А и лизоцима, увеличения содержания в крови интерферона. Быстро нормализует уровень гемоглобина. Вызывает повышение жизненного тонуса, прилива сил, снижение утомляемости.

Показания к применению для профилактики и в составе комплексного лечения:

- Для предупреждения хронизации заболеваний печени и органов пищеварения;
- При токсических поражениях печени, в т.ч. связанные с алкоголизмом;
- При сердечно-сосудистых заболеваниях с нарушениями липидного обмена;
- При иммунодефицитных состояниях;
- При железодефицитной анемии;
- При повышенных экологических, физических и психо-эмоциональных нагрузках;
- В послеоперационный период, в период выздоровления после инфекционных заболеваний.

Форма выпуска: таблетки по 0,5 г

Дозировка и способ применения: в качестве дополнения к комплексному лечению взрослым принимать по 1 таблетке 3 раза в сутки перед приемом пищи, старательно разжевывая. Длительность приема 20 дней, возможны повторные курсы приема.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов продукта, беременность.

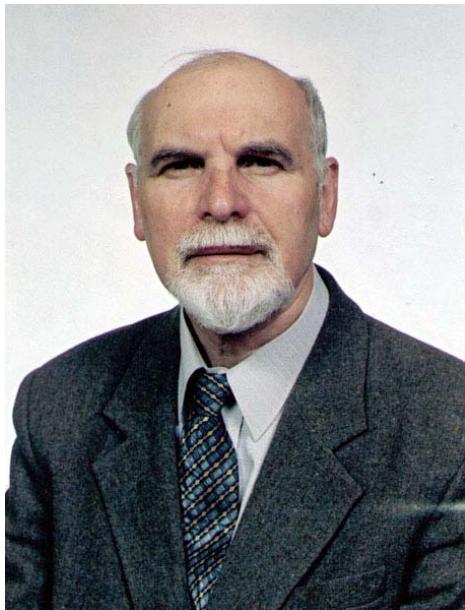
Условия хранения: хранить в закрытом состоянии, в сухом, защищенном от света месте при температуре не выше 25°C. Срок годности 2 года.

Регистрационное удостоверение № 005742.Р.643.07.2003. Выпускается по ТУ 9197-004-43291924-03.

ЮБИЛЕИ

МАРК ЕВГЕНЬЕВИЧ БУРНО

К 70-летию со дня рождения



14 марта 2009 г. исполнилось 70 лет известному психиатру, психотерапевту, доктору медицинских наук, профессору Марку Евгеньевичу Бурно. Родившись в семье психиатров, он жил до 20 лет на территории Московской психиатрической больницы № 1 им. П. П. Кащенко (ныне – снова имени Н. А. Алексеева) в доме для сотрудников. Отец - Бурно Евгений Иосифович много лет работал в этой больнице заместителем главного врача по экспертизе. Мать - Бурно Софья Наумовна много лет заведовала одним из отделений больницы. Мальчиком он временами гулял в саду вместе с душевнобольными в отделении матери. Закончив в 1956 году среднюю школу и не поступив сразу в медицинский институт, в течение года работал санитаром в 7-м остром мужском отделении этой же больницы. Студентом последних курсов 2-го Московского государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова (ныне – Российский государственный медицинский университет) в течение полутора лет работал фельдшером-воспитателем в детском отделении Больницы Кащенко. Закончив педиатрический факультет мединститута в 1963 году, Марк Евгеньевич работал по распределению в Калужской областной психиатрической больнице № 2 (деревня Ахлебинино) врачом – ординатором, а затем заведующим острым психиатрическим отделением. Вернувшись в 1965 году в Москву, он работал врачом - психиатром одновременно в психотерапевтическом и наркологическом кабинетах

Психоневрологического диспансера № 2. В 1969 году, будучи врачом диспансера, защитил кандидатскую диссертацию на тему «О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму» (научный руководитель – профессор Г. К. Ушаков).

В 1970 году он стал ассистентом кафедры психотерапии Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российская медицинская академия последипломного образования, РМАПО), с 1976 года – М. Е. Бурно доцент этой кафедры. В 1998 году по приглашению Федерального научно-методического центра по психотерапии в Санкт-Петербурге защитил по научному докладу докторскую диссертацию «Терапия творческим самовыражением» (научные консультанты – профессор Б. Д. Карвасарский и профессор В. М. Шкловский) по научным специальностям «псichiатрия» и «медицинская психология».

Ещё до защиты этот созданный и разработанный в своих основах М. Е. Бурно отечественный самобытный психотерапевтический метод сложился в научную школу с защищёнными по нему диссертациями и многими публикациями последователей автора. Настоящий метод, глубоко отличный и от «терапии увлечённостью», и от «арт-терапии», показан, прежде всего, для лечения больных с тревожно-депрессивными неостропсихотическими расстройствами различной природы с более или менее сложным переживанием своей неполноценности. Метод применяется и в практической психологии – например, психологами школ-интернатов и детских домов (Кузбасс).

К сегодняшнему дню последователями М. Е. Бурно – врачами и психологами России, Украины, Польши защищено одиннадцать кандидатских и одна докторская диссертаций, развивающих этот метод. Последователями автора метода опубликовано об этом методе, его новых вариантах 428 научных работ (статей и книг). Метод вошёл в государственные программы непрерывного профессионального образования по специальностям «Психотерапия» (1990, 2005) и «Клиническая психология» (2000).

М. Е. Бурно – автор 297 научных публикаций. Основные его книги: «Терапия творческим самовыражением» (1989, 1999, 2006); «О характерах людей» (1990, 2005, 2008); «Клиническая психотерапия» (2000, 2006); «Алкоголизм. Терапия творческим самовыражением» (2002); «Больной человек и его кот (Психотерапевтическая проза о целебном творческом общении с природой)» (2003);

«Клинический театр-сообщество в психиатрии» (2008). В 2003 году под редакцией М. Е. Бурно и Е. А. Добролюбовой вышло коллективное «Практическое руководство по терапии творческим самовыражением».

С 1998 года и по настоящее время М. Е. Бурно – профессор той же кафедры психотерапии (нынешнее название – кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО), на которой он проработал 38 лет.

Марк Евгеньевич Бурно – психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов мира, вице-президент Профессиональной психотерапевтической лиги России, председатель Комите-

та модальностей (методов психотерапии) в структуре Лиги, председатель Общества клинических психотерапевтов при Независимой психиатрической ассоциации России, действительный член Московской психотерапевтической академии, объединяющей специалистов, открытых некоторыми своими творческими произведениями не только коллегам, но и пациентам, здоровым людям, трудным для себя своими характерами, широкой аудитории читателей, слушателей, зрителей.

От имени коллег, пациентов и их родственников желаем Марку Евгеньевичу дальнейших творческих успехов, благодарных учеников и пациентов и, самое главное, крепкого здоровья.

РЕЗЮМЕ

К СТАНДАРТУ МАКРОСТРУКТУРЫ СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А. Л. Катков

В статье Каткова А. Л. «К стандарту макроструктуры системы наркологической помощи в Республике Казахстан» подробно описываются общие принципы и подходы в разработке стандартных требований к стандарту макроструктуры системы наркологической помощи в РК. Описываются особенности построения и рубрикация основного документа. Приводятся основные характеристики макроструктуры системы наркологической помощи в РК.

Ключевые слова: макроструктура, наркологическая помощь, стандарт, организация.

РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В. В. Макаров, А. Л. Катков

В статье Макарова В. В., Каткова А. Л. «Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ» проведен ретроспективный анализ роли и места психотерапии в практике лечения и реабилитации зависимых от ПАВ. Показано наличие системных проблем в данной области. Приведены результаты реализации совместного проекта по разработке научно-обоснованной методологии использования психотерапевтических технологий в наркологической практике. Подробно анализируются перспективы развития психотерапии в данной сфере.

Ключевые слова: психотерапия, наркология, психотерапевтические мицени, научное обоснование.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ДИСПАНСЕРЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

С. А. Алтынбеков, Н. А. Негай

В данной работе представлены результаты клинико-психопатологического, катамнестического, экспериментально-психологического исследований лиц психическими расстройствами, направленных на амбулаторное принудительное лечение, выявлен специфический набор клинических характеристик.

НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

В. Ф. Загидуллина

Клинико-психопатологический анализ неврозоподобных психических расстройств, наблюдавшихся у рабочих Талдыкорганскоого аккумуляторного завода, состоящих на учете у профпатолога в связи с хронической свинцовой интоксикацией, позволил выделить их отдельные клинические варианты: истерические (35,7%), сенесто-ипохондрические (21,4%) и обессессивно-психастические (42,9%).

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССА И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ С ПОЗИЦИИ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Т. Г. Боян

В статье приводятся результаты эмпирического исследования проблемы стресса и стрессоустойчивости с позиции культурно-исторического подхода. Данный подход позволил интегрировать существующие в психологической науке представления о стрессе и стрессоустойчивости и показать его как системный феномен: как психологические проявления сопровождающие процесс саморазвития человека, в котором раскрывается его сверхадаптивная, нормотворческая природа. В статье обсуждаются трудности самореализации лиц с клиническим диагнозом «невротические, связанные со стрессом расстройства».

Ключевые слова: стресс, готовность к стрессоустойчивости, культурно-исторический подход, самореализация, образ жизни, образ мира, ценности-смыслы, копинг-стратегии, психическая ригидность.

РАЗЛИЧИЯ В РАСПРЕДЕЛЕНИИ РЕСПОНДЕНТОВ АРАЛЬСКОЙ И КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ЗОН ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УРОВНЮ

Ж. Ж. Бултачеев

При эпидемиологических исследованиях было выявлено преобладание лиц с более высоким образовательным уровнем и профессиональной классификацией в Кызылординской зоне, нежели в Приаралье. Как известно, профессиональный и образовательный уровень позволяет более правильно реагировать на информацию любого характера. Таким образом, у части населения с более низким образовательным уровнем в Приаралье утверждается мнение не только о том, что произошла «ужасная катастрофа», но в будущем будет еще хуже и они составляют группу риска (Mazur, 1981).

СОПОСТАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ОБСЛЕДОВАННЫХ КОНТИНГЕНТОВ ПРИАРЛЬСКОГО И КЫЗЫЛОРДИНСКОГО РЕГИОНОВ

Ж. Ж. Бултачеев

В статье рассматриваются некоторые сравнительные социодемографические, социально-психологические и культуральные особенности обследованных популяций Кызылординской области Республики Казахстан. Анализ распределения наблюдений по ним весьма наглядно показал различия между группами – Кызылординской и Аральской по большинству исследуемых параметров.

СОДЕЙСТВИЕ СНИЖЕНИЮ АГРЕССИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОСУЖДЕННЫХ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

К. Г. Ельшибаева

В статье говорится о том, что несовершеннолетним осужденным нужна психологическая помощь при снижении агрессии в пенитенциарных учреждениях, потому что, в местах лишения свободы им присущи, в основном, состояния опасения, страха, тревожности, мнительности, обидчивости, агрессивности, подавленности, собственной неполноценности и т.д. А сдерживание своей агрессии и постепенно накапливающиеся отрицательные чувства будут способствовать возникновению стресса, т.е. человек подвержен риску психосоматических расстройств.

RESUME

TO THE STANDARD OF THE MACROSTRUCTURE OF THE SYSTEM FOR THE NARCOLOGICAL HELP IN THE REPUBLIC KAZAKHSTAN

A. L. Katkov

In the clause by Katkov A. L. «To the standard of the macrostructure of the system for the narcological help in the Republic Kazakhstan» the general principles and approaches to the development of the standard requirements to the standard of the macrostructure of the system for the narcological help in the Republic Kazakhstan are described in detail. The peculiarities of the building and points of the main document are viewed. The main characteristics of the macrostructure of the system for the narcological help in the RK are given.

Key words: macrostructure, narcological help, standard, organization.

THE ROLE AND PLACE OF PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT AND REHABILITATION OF DEPENDENT FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

V. V. Makarov, A. L. Katkov

In the clause by Makarov V. V., Katkov A. L. «The Role and place of psychotherapy in treatment and rehabilitation of dependent from psychoactive substances» the retrospective analysis of the role and place of psychotherapy in practice of treatment and rehabilitation of dependent on PAA is led. The presence of system problems in the given area is shown. The results of realization of the joint project on development of the scientifically-proved methodology of the use of psychotherapeutic technologies in narcological practice are resulted. The prospects of development of psychotherapy in the given sphere are analyzed in detail.

Keywords: psychotherapy, narcology, psychotherapeutic targets, a scientific substantiation.

THE BASIC CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE PERSONS DIRECTED ON OUT-PATIENT COMPULSORY TREATMENT IN PSYCHIATRIC CLINICS OF THE REPUBLIC KAZAKHSTAN

S. A. Altynbekov, N. A. Negaj

In the given work the results of the clinico-psychopathological, catamnesis, experimental-psychological researches of persons with mental frustrations directed on out-patient compulsory treatment are presented, the specific set of clinical characteristics is revealed.

NEUROSIS-LIKE MENTAL FRUSTRATIONS AT THE CHRONIC LEAD INTOXICATION

V. Zagidullina

Clinical-and- psychological analysis neurosis-like the mental frustration observed at workers of Taldykorgan storage factory, consisting on the account at the professional pathologist in connection with chronic lead toxipathy, has allowed to allocate their separate clinical variants: hysterical, senesthopathic-hypochondriacal and obsessiv-psyhastenic.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF STRESS AND STRESS RESISTANCE FROM POSITION OF CULTURAL-HISTORIC APPROACH

T. G. Bokhan

This article presents the results of empirical investigation of the problem of stress and stress resistance from position of cultural-historic approach. This approach has allowed integrating existence in psychological science images of stress and stress resistance and shows it as a systemic phenomenon: as psychological manifestations accompanying the process of self-development where his/her super-adaptive, norm-creative nature is opened. The article discusses difficulties of self-realization of persons clinically diagnosed as patients with «neurotic, stress-related disorders».

Key words: stress, readiness for stress resistance, cultural-historic approach, self-realization, life style, image of the world, values-meanings, coping-strategies, mental rigidity.

THE DISTINCTIONS IN DISTRIBUTION OF RESPONDENTS OF ARAL AND KYZYLORDA ZONES ON A PROFESSIONAL AND EDUCATIONAL LEVEL

Z. Z. Bultacheev

At epidemiological researches the prevalence of persons with higher educational level and professional classification in Kyzylorda zone rather than in near Aral zone has been revealed. As it is known, the professional and educational level allows to react to the information of any character more correctly. Thus, at a part of the population with lower educational level in near Aral zone the opinion not only that there was «an awful accident» is affirmed, but in the future it will be even worse, also they make a group of risk (Mazur, 1981).

THE COMPARISON OF SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND SOCIAL-CULTURAL CHARACTERISTICS OF SURVEYED CONTINGENTS OF NEAR ARAL ZONE AND REGIONS OF KYZYLORDA

Z. Z. Bultacheev

In the clause some comparative social-demographic, social-psychological and cultural features of surveyed population of Kyzylorda area of the Republic Kazakhstan are considered. The analysis of the distribution of supervision on them has rather evidently shown the distinctions between groups of Kyzylorda and Aral zones on the majority of investigated parameters.

THE ASSISTANCE TO DECREASE IN AGGRESSION OF MINORS CONDEMNED IN PENITENTIARY ESTABLISHMENTS

K. T. Elshibaeva

In the clause it is spoken that minors condemned need the psychological help at decrease in aggression in penitentiary establishments because in places of imprisonment they are inherent of, basically, conditions of fear, uneasiness, suspiciousness, sensitivity, aggression, depression, own inferiority, etc. And the restraint of the aggression and gradually collecting negative feelings will promote occurrence of stress, i.e. the person is subject to risk of psychosomatic frustrations.