

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XV

№ 3

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); кандидат медицинских наук Н. Б. Ережепов (Павлодар); 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

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том XV
№ 3
2009 год

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

<i>Катков А.Л., Макаров В.В.</i>	
Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии	7-20

ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Алтынбекова Г.И.</i>	
Психотерапевтические интервенции как фактор влияния на личностную структуру зависимых от психоактивных веществ	21-23
<i>Нургазина А.З.</i>	
Актуальность психотерапии для врачей	24-27
<i>Раченкова И.Я.</i>	
Психологическое содержание межнациональных конфликтов в процессе адаптации к новой культурной среде	27-39

ПСИХИАТРИЯ

<i>Иманбеков К.О.</i>	
Структура дефицитарных расстройств при шизофрении (литературный обзор)	40-43

НАРКОЛОГИЯ

<i>Алтынбеков К.С.</i>	
Социодемографические данные исследования клинических особенностей аффективных нарушений при ассоциированных формах алкоголизма	44-48
<i>Алтынбекова Г.И.</i>	
Психопатологические расстройства при опийной наркомании (обзор)	48-51
<i>Кусаинов А.А., Прилуцкая М.В.</i>	
К вопросу о предпосылках возникновения наркомании	51-59
<i>Кусаинов А.А., Прилуцкая М.В.</i>	
К вопросу о синдромологии опийной наркомании (литературный обзор)	59-62
<i>Лукьяненко Ю.В., Лукьяненко Е.Ю., Котин А.В., Казакова А.В., Афанасьева М.В., Вязовой П.П.</i>	
Особенности и преимущества семейного варианта стационарного лечения больных с наркотической зависимостью	63-64

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

выходит 4 раза в год	<i>Нургазина А.З., Алтынбекова Ж.А.</i>	65-68
	Депрессии в общемедицинской практике	

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Алтынбекова Г.И.

Проблема адаптации в профилактике наркоманий

69-71

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Алтынбекова Г.И.

Психопрофилактические подходы к проблеме зависимости от психоактивных веществ с точки зрения внутриличностных механизмов

72-73

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Жумадилов Ж.Ш., Бекбосынов А.Ж., Асылханов Н.К.

Влияние пептидных нейрорегуляторов на функциональное состояние эндотелия при ишемическом инсульте

74-76

Иманбеков К.О.

Стадии и этапы течения шизофрении (литературный обзор)

76-80

Кусаинов А.А., Прилуцкая М.В.

Нейрофизиологические изменения у больных опийной наркоманией (литературный обзор)

80-82

Резюме

83-88

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

THE CONTENTS

FOUNDERS:

EDITORIAL CLAUSES

<i>Katkov A.L., Makarov V.V.</i>	
The philosophical and scientifically-methodological bases of integrative psychotherapy	7-20

**Professional
Psychotherapeutic
League**

PSYCHOTHERAPY

<i>Altynbekova G.I.</i>	
Psychotherapeutic interventions as the factor of influence on personal structure dependent from psychoactive substances	21-23
<i>Nurgazina A.Z.</i>	
The urgency of psychotherapy for doctors	24-27
<i>Rachenkova I.Y.</i>	
The psychological maintenance of interethnic conflicts during adaptation to the new cultural environment	27-39

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

PSYCHIATRY

<i>Imanbekov K.O.</i>	
The structure of deficient frustration at schizophrenia (the literary review)	40-43

NARCOLOGY

<i>Altynbekov K.S.</i>	
The given social-demographic researches of clinical features of affective infringements at associated forms of alcoholism	44-48
<i>Altynbekova G.I.</i>	
Psychopathological frustration at thebaic narcotisms (Review)	48-51
<i>Kusainov A.A., Prilutskaya M.V.</i>	
To the question on preconditions of occurrence of narcotism	51-59
<i>Kusainov A.A., Prilutskaya M.V.</i>	
To the question about syndromological thebaic narcotisms (The literary review)	59-62
<i>Lukyanenko U.V., Lukyanenko E.U., Kotin A.V., Kazakova A.V., Afanaseva M.V., Vyazovoj P.P.</i>	
Features and advantages of a family variant of hospitalization of patients with narcotic dependence	63-64

**Volume XV
№ 3
2009**

**Published 4 times
in a year**

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Nurgazina A.Z., Altynbekova Z.A.</i>	
Depressions in general medical practice	65-68

BOUNDARY FRUSTRATIONS

Altynbekova G.I.

The problem of adaptation in preventive maintenance
of narcotisms

69-71

PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALUEOLOGY.

Altynbekova G.I.

Psychopreventive approaches to a problem of
dependence from psychoactive substances from the point
of view of intrapersonal mechanisms

72-73

THE INFORMATION, REVIEWS

Zhumadilov Z.S., Bekbosynov A.Z., Asylkhanov N.K.

The influence of peptide neuroregulators on a functional
condition of endothelium at an ischemic insult

74-76

Imanbekov K.O.

Stages and phases of current of schizophrenia (the
literary review)

76-80

Kusainov A.A., Prilutskaya M.V.

Neurophysiological changes at patients with thebaic
narcotism (the literary review)

80-82

Resume

83-88

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

ФИЛОСОФСКИЕ И НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Д.м.н., проф. А.Л. Катков, д.м.н., проф. В.В. Макаров

Проведенный нами предварительный анализ основных тенденций в сфере становления профессиональной психотерапии убеждает в том, что конструктивно-интегрирующий вектор развития профессии связан, как минимум, с необходимостью разработки обновленной научно-методологической базы, успешно преодолевающей ограничения и противоречия предшествующей системы психологических и психотерапевтических знаний. Облегченные подходы к решению данной проблемы, оформленные в духе хаотичного и поверхностного поиска общетерапевтических факторов, здесь ничего не решают.

По сути речь идет о том, что в контексте обновленных научно-методологических подходов должны находить адекватное решение следующие не простые задачи:

- концептуальный синтез естественнонаучной и гуманитарной парадигм с возможностью адекватной реализации тезиса о необходимости изучения психики на естественно-научной основе;
- концептуальный синтез постнеклассических, постпозитивистских и позитивистских (классических) научных подходов с адекватным решением проблем: 1) топологии; 2) объективизации научных знаний и результатов, получаемых в сфере психологии и психотерапии;
- разработка полноценной научной концепции, удовлетворительно объясняющей феноменологию психического в целом, позволяющей, в частности, надежно идентифицировать внесознательные инстанции психического, продемонстрировать парадоксальную сущность и ресурсный потенциал данных инстанций;
- разработка общей теории и методологии интегративной психотерапии со следующими основными концептами: 1) обоснованием наиболее востребованных феноменов психотерапии (например, такого как достижение значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиента или группы в ограниченные временные периоды); 2) выведением универсальных составляющих психотерапевтической коммуникации; 3) обоснованием универсальных механизмов психотерапии, обеспе-

чивающих возможность достижения главных результатов психотерапевтического процесса; 4) обоснованием возможностей и механизмов трансляции проработанных психотерапевтических технологий в иные развивающие практики (консультативные, тренинговые и др.);

- формирование обновленного идиоматического контекста, способствующего развитию ресурсного потенциала социума, снижающего уровень экзистенциальной неопределенности и тревоги, эффективно профилактирующего вовлечении населения в социальные эпидемии (т.е. реализация метамодели социальной психотерапии).

При этом, понятно, что успешное выполнение двух последних задач возможно лишь при условии адекватного продвижения по трем первым направлениям, предоставляющим наиболее сложные проблемные узлы в современной научной методологии. То есть, по сути, речь идет о ключевых проблемах философии, разрабатывающей общую методологию познания реальности и изучающей закономерности формирования научного мышления. В данной связи необходим целенаправленный анализ основных научно-философских направлений, с выявлением перспективы формирования подлинно научной методологии профессиональной психотерапии. Основные фрагменты такого анализа приводятся в нижеследующих разделах настоящей публикации.

1. Особенности научного мировоззрения и основных когнитивных стилей современности

1.1. Основные философские концепции науки – полипарадигмальная и неорациональная

Современная и наиболее общая концепция философии науки, прежде всего, полипарадигмальная, т.е. допускающая наличие множества конкурирующих направлений и школ, в которых по-разному решаются общие и частные проблемы науки. Такая ситуация, по мнению многих исследователей, работающих в области общей методологии науки, обусловлена рядом причин: 1) многоаспектностью и чрезвычайно разнообразным содержанием такой системы как наука, наличием в ней существенно различных областей знания, их типов, уровней и методов научного познания; 2) потенциальным и реальным плюрализмом направлений и школ, вы-

бор между которыми существенно определяет характер и результаты философского анализа науки; 3) невозможностью в рамках какой-либо одной концепции одинаково успешно решать все философские и методологические проблемы науки, что обусловлено конечной разрешающей силой любой «когнитивной оптики» по отношению к научному познанию в целом. Приверженность ученых или философов науки определенной парадигме – это результат совокупного действия многих факторов (например, характер образования, влияние социальных коммуникаций, личностные предпочтений и пр.). Позитивный смысл такого сосуществования когнитивных множеств ведущим системологам в сфере науки видится в том, что альтернативные научные парадигмы и подходы, и, в первую очередь, такие главенствующие интегральные парадигмы, как естественно-научная и гуманитарная, находятся, скорее, не в отношении логического противоречия, а в отношении дополнительности (в смысле Н. Бора). Каждая из названных интегральных парадигм применима к достаточно специфическим аспектам реальности и хорошо объясняет именно эти, специфические аспекты и факты, и плохо и неубедительно – другие (т.е. те, от которых они абстрагировались в своих исходных категориях). Между тем, в реальности каждая из разработанных научных парадигм, и тем более – их интегрирующих совокупностей, претендует на универсальность или, по крайней мере, на центральное место в общей систематике научных подходов и методов. А попытки применения принципов дополнительности в отношение конкурирующих полюсов научной рациональности – естественно-научного и гуманитарного – формируют обновленные научные парадигмы (постпозитивизм, постмодернизм, постнеклассические научные подходы и др.), находящиеся в оппозиции по отношению ко всем прочим когнитивным стилям науки. Но, даже если отвлечься от вышеприведенных, и, возможно, чисто субъективных реалий формирования новых научных направлений и методов, обоснование полипарадигмальной концепции как наиболее адекватной среды для формирования новых областей науки (таких, например, как интегративная психология и психотерапия) представляется неполным. В такой ситуации в наиболее выигрышном положении оказываются те научные направления и методы, концептуальная основа и системообразующий стержень которых сформированы, проработаны и оформлены в соответствующий научный дискурс – теорию с признаками «внутреннего совершенства» (А. Эйнштейн). Т.е. такую теорию, которая обладает качествами простоты, экономичности, удобства в употреблении, и удовлетворительно объясняет весь комплекс явлений, с которыми сталкиваются теоретики и практики. В данном случае вопрос использования потенциальных возможно-

стей научной методологии близких или достаточно дистанцированных научных дисциплин, междисциплинарных и внедисциплинарных научных подходов – это, в основном, технический вопрос разработки «переводного» и «приводного» механизма обогащения целостной структуры соответствующего дисциплинарного дискурса. Однако для такой сферы деятельности как психотерапия, с ее неоформленным научным базисом и неструктурированной дисциплинарной матрицей, ориентация на реально существующий плюрализм и почти «узаконенный» субъективизм в научно-методологических подходах, означала бы остановку в развитии и деградацию как потенциально наукоемкой дисциплины. Кроме того в данной полипарадигмальной философской концепции развития науки не просматривается, а, по сути, и отрицается (как это следует из самого обозначения рассматриваемой концепции) возможность надпарадигмального синтеза. В то время, как такая возможность должна анализироваться в первую очередь, исходя из специфики феномена психики человека, используемой во всех, без исключения, научных парадигмах и подходах в качестве универсального измерительного и оценочного инструмента наблюдаемых явлений.

Другая, заслуживающая внимания, общая философская концепция, характеризующая состояние современной науки, обозначается как неорационализм. Главным тезисом рассматриваемой философской концепции является необходимость изменения форм научной рациональности в ходе исторического (понимаемого в широком смысле) развития разума под влиянием различных обстоятельств и условий. Важнейшей особенностью данной концепции является признание возможности и, даже, необходимости качественных скачков – эпистемологических прорывов – в развитии научной рациональности, признание абсолютной легитимности творчески конструктивного характера научного мышления. Последний тезис былложен в основу постмодернистских, постнеклассических научных подходов. Однако радикальными представителями обозначенных научных течений были затерщированы, либо полностью проигнорированы другие основополагающие тезисы рассматриваемой философской концепции неорационализма: 1) признание детерминированности характера всех процессов и событий реальности, изучаемых наукой; 2) признание принципиальной умопостижаемости категорий реальности для познающего разума при условии прогрессивного развития научных способов достижения реальности; 3) признание универсальной значимости экспериментального метода для научного способа изучения любых явлений, имеющих место в поле объективной и субъективной реальности. В силу чего были отсечены возможности конструктивного синтеза пози-

тивистского и постнеклассического крыла науки, и движения в сторону разработки таких когнитивных научных стилей, которые позволяют реализовать все вышеприведенные принципы неорационализма, а не только один из них. Между тем, каких-либо других идей новой рациональности, в полной мере учитывающих комплекс вышеприведенных требований, в рамках обсуждаемой философской концепции до настоящего времени разработано не было.

Несостоятельность как полипарадигмальной, так и неорациональной научно-философских концепций становится очевидной при попытках сущностного решения первой (и наиболее сложной) из всего перечня задач, представляющих основную проблематику в формировании научно-методического базиса современной психотерапии. Речь идет о возможности адекватного синтеза естественно-научной и гуманитарной парадигм. А также – о проявлении каких-либо внятных перспектив в решении глобальной проблемы психофизического параллелизма. При этом интерес вызывает и сам по себе факт уже достаточно длительного со-существования поименованных оппозиционных способов научного мировоззрения, но также – и попытки прояснения истинных причин рассматриваемого гносеологического конфликта.

1.2. Основные бинарные пары современной науки – корни гносеологического конфликта

Реальный на сегодняшний день полипарадигмальный статус общего поля науки характеризуется наличием более или менее оппозиционных, исторически сложившихся полюсов естественно-научного и гуманитарного мировоззрения. В качестве конкретных примеров такого противопоставления чаще всего называют бинарные, оппозиционные пары «физической» и «психической» реальности, а также проблему психофизиологического параллелизма.

Вкратце, основные характеристики естественнонаучной и гуманитарной парадигм в общем поле философии науки сводятся к следующему. Первая из них считается образцом научного знания, к которому в полной мере применимы такие критерии «настоящей» научности, как объективность, однозначность, логическая доказательность, аксиоматическая организация знания, его экспериментальная проверяемость, возможность выведения математической модели объекта исследования. Такого рода критерии, как правило, либо вообще не применимы, либо применимы в очень ограниченной степени к области гуманитарного знания, что является основанием для обозначения гуманитарной и социальной науки как «ослабленного», «недоразвитого», «размытого» варианта научного знания. В данной связи во многих современных классификациях знания такие области науки, как psychology,

антропология, филология, история вообще не называются науками, а лишь «гуманитарными исследованиями». В презентируемой, с использованием естественно-научного когнитивного стиля, реальности, в конечном итоге, не находится места ни человеку с его уникальной личностью, страстиами и чувствами («человеческую» функцию здесь с успехом может выполнять соответствующим образом организованный искусственный интеллект), ни «цветущему дереву» в известной метафоре Мартина Хайдеггера.

Гуманитарная научно-философская парадигма исходит из идеи человекосоразмерного, антропологического характера процесса научного познания и всех результатов. Важным обстоятельством здесь является постулируемость известного тезиса «человек – мера всех вещей» не только по отношению к социальным и гуманитарным наукам, но и к естественнонаучному и математическому познанию. При этом, чаще всего, приводятся следующие аргументы, наиболее полно представленные в постмодернистских и постнеклассических научных подходах: 1) любое знание, в том числе естественно-научное и математическое, является органической частью диахронного (исторического) и синхронного (современного) социокультурного контекста и вне этого контекста до конца понять не может; 2) любое проявление процесса научного познания детерминируется не только объектом, но и субъектом научного познания – его познавательными установками, объемом имеющейся в его распоряжении информации, целями и задачами исследования, ведущей когнитивной установкой ученого и т.д.; 3) любая схема или программа научного исследования является атрибутом определенного когнитивного стиля или научного архетипа, эффективность которого явно ограничена определенным диапазоном исследуемых объектов, и неявно – научной метапозицией первоисточника используемого научного архетипа. С правомерностью такого рода аргументации соглашается все большее количество серьезных исследователей. Однако, как только дело доходит до необходимости обоснования одного лишь факта со-существования «цветущего дерева» и «субатомных частиц, несущихся с огромной скоростью в пустоте, которые, собственно, и представляют так называемую реальность» (цитата по Мартину Хайдеггеру), приведенных аргументов оказывается явно недостаточно для того, чтобы не повалить это цветущее дерево в ознаменовании приоритета «объективной картины мира». То есть, по сути, постнеклассические и постмодернистские научные подходы предлагают, пока что, лишь общие установки, но не конкретные механизмы и выверенную методологию решения проблем психофизического и психофизиологического параллелизма в пользу цветущего дерева и созерцающего данную картину человека. Без чего всякое обго-

снование необходимости антропоцентрического мировоззрения является неполным и невнятным, и явно уступает более доказательной и проработанной методологии естественно-научного парадигмального полюса (никто, всерьез, и без риска проплыть необразованным неучем, конечно, не будет возражать против того, что твердые тела состоят из молекул, атомов и субатомных частиц, находящихся в непрерывном движении). Что же касается рассуждений о системных уровнях организации материи, то, во-первых, ни одна из существующих научных парадигм не проясняет ситуацию в отношении того, на основе каких принципов материя организуется в системы различной сложности (субатомный, атомный, организнический, космический и др. уровни). Но главное – мы не получаем внятных ответов и на сущностные вопросы антропоцентрической научной философии – какое отношение ко всему этому (процессу организации материи в разноуровневые системы) имеет человек? является ли он только лишь частицей бесконечно-го мира или чем-то большим? что и как меняется в этой сложно организованной макро и микрореальности благодаря процессу познания?

Мы полагаем, что общим выводом из всего высказанного является констатация того очевидного факта, что проблема бинарных научных архетипов (естественно-научного и гуманистического), в частности проблема психофизического и психофизиологического параллелизма, возникают в общем поле научной философии лишь потому, что наука до настоящего времени не имеет перспективного, концептуально-целостного, и потому – предельно эвристичного видения самой сложнейшей категории, обозначаемой как реальность. В силу этого, остаются непроявленными механизмы первичной дифференциации этой парадоксальным образом организованной категории на субстанции физической (объективной) и психической (субъективной) реальности и несущего смысла такой дифференциации.

Таким образом, основные проблемные узлы современной науки связаны, прежде всего, с ее фрагментарностью, наличием объемных «слепых пятен», которые отнюдь не перекрываются попытками искусственного полипарадигмального синтеза. Такого рода синтез – приходится констатировать – не рождает нового качества и того нового типа рациональности который требуется для искомого эпистемологического прорыва.

В связи со всем сказанным, разработка целостной идеи обновленной научной рациональности является весьма актуальной задачей. Успешное решение данной задачи будет, в частности, выражаться в высокой степени эвристичности новой модели научной рациональности в отношении главных проблем методологического базиса интегративной психотерапии.

2. Новая модель научной рациональности

2.1. Принципиальные основания новой модели научной рациональности

Наши собственные поиски обновленных типов научной рациональности, дееспособных в отношении всего комплекса рассматриваемых проблем, привели к разработке модели, основные характеристики которой излагаются ниже.

2.1.1. Логическим основанием для новой модели научной рациональности является разработка известного высказывания Альберта Эйнштейна, утверждавшего, в частности, что «картина мира зависит от скорости нервных процессов у наблюдателя».

Полагаем, что тем самым Эйнштейн 1) выделил категорию *информационного* в понятии реального; 2) на основании наиболее существенного признака растождествил эти два, практически слитных термина; 3) обозначил четкую зависимость параметров первичной информации о реальности от *скорости нервных процессов*.

Таким образом, ключевое понятие в данном высказывании – *скорость нервных процессов* – является главным методологическим ключом к формированию подвижной «когнитивной оптики» в отношении категории реального и основным концептом в разработанной модели новой научной рациональности.

2.1.2. Детальный анализ содержания данного ключевого понятия показал, что под «скоростью нервных процессов» следует понимать объемные (в первую очередь содержательно-временные) характеристики момента настоящего, формируемые ритмическими импульсами бодрствующего сознания. Временные характеристики такого импульса – кванта реальности – составляют, по данным многочисленных исследований, от 10 до 100 миллисекунд. Содержательные характеристики представляют ту пространственную структуру реальности, которая формируется посредством первичной дифференциации данной сущности на объекты – предметы – среду – события. Важнейшей особенностью такой первичной дифференциации общего поля реальности является сопоставимость устойчивости всех поименованных компонентов с характеристиками импульсной активности бодрствующего сознания. Соответственно вероятность актуализации тех объектов и событий, устойчивость которых не вписывается в обозначенные параметры, стремится к нулю.

2.1.3. Системный анализ полного спектра функциональной активности основной метрической единицы скорости нервных процессов – *фиксированного импульса активности сознания человека* (ФИАС) показал: 1) что данный ключевой феномен, как это следует из предыдущего тезиса, формирует и основную единицу (квант) субъективного времени; попутно выяснилось, что психологи-

ческое время - есть единственный способ первичного форматирования реальности, и что в этом и заключается неразрывная связь субъективных категорий времени и пространства; 2) ФИАС, кроме того, является генерирующим импульсом формирования моментальной (так называемой, иконической) памяти - первичных единиц информации о реальности, весьма интересным образом складывающихся в эпи-феномен осознаваемой личности человека; постоянная активизация данным генерирующим импульсом феномена Я-памяти обеспечивает эффект присутствия Я в актуальных планах реальности, а также – ежемоментного опознания получаемого среза моментальной информации как картины реальности (с полной, заметим, иллюзией, «объективного» и независимого существования последней); 3) ФИАС, суммируя все сказанное, выступает в важнейшей роли первичного творческого импульса, дифференцирующего (умножающего) категории реального до трех основополагающих субстатусов, существующих только в условиях непрерывной генеративной активности ФИАС: субстатус так называемой объективной реальности; субстатус субъекта; потенциальный субстатус неформатируемого и недифференцируемого заданными характеристиками стандартного времени поля реальности; здесь же уместно сказать, что поскольку потенциальный субстатус этого, возможно основного, а не «остаточного» поля реальности, по определению, не предполагает формирования механизмами стандартного времени, то о какой-либо пространственной локализации данной категории говорить не приходится; попутно приходится признать, что стандартные «размеры бытия», четко ограничиваемые форматами стандартных же значений ФИАС, могут серьезно уступать практически необозримому и не проявленному в знакомых нам горизонтах реальности потенциалу «небытия»; 4) дифференцируемые таким образом субстатусы реальности, разделяемые дистанцией в один темпоральный шаг, имеют свою «генетику» поведения и степень свободы; общая методология познания сущностных особенностей каждого дифференцируемого субстатуса, парадоксальной системы взаимозависимости этих фундаментальных категорий реальности, как и потенциальная возможность объединения их в суперсистему с интереснейшими характеристиками теперь уже «объемной», а не «плоскостной» картины мира, предполагает использование, подвижной, а не стационарной когнитивной оптики, т.е. (мы теперь можем сказать это совершенно определенно) подвижного фокуса ФИАС; 5) резюмируя все сказанное в отношении полного спектра функциональной активности ФИАС в структуре разрабатываемой модели обновленной рациональности, отметим, что основными интегративными функциями обсуждаемого ключевого феномена, являются: генерация первич-

ных характеристик – соизмеримых квантов формируемой, таким образом, реальности – сознания, времени, памяти; генерация основных взаимодействующих субстатусов (категорий) реальности – объектов, субъектов, непроявленного потенциала реальности; возможность полноценного, объемного проявления недифференцированного поля реальности с использованием подвижного а не стационарного формата ФИАС; возможность (в развитии последней функциональной характеристики ключевого феномена импульсной активности сознания) формирования диалогизированного научного когнитивного стиля – необходимого инструмента в модели новой рациональности.

2.1.4. В свете всего сказанного процесс формирования общей структуры реальности, в соответствие с моделью новой рациональности, интерпретируется как взаимодействие таких ее неотъемлемых категорий, как сознание, время, память, личность, пространство. При этом общий «строй» формирования обобщенной категории реальности выглядит следующим образом: 1) ритмический импульс активного сознания (ФИАС), растождествляя общее поле реальности на субъект и объект, является исходным строительным материалом одного и другого субстатуса; в качестве первородных «кирпичей», такого строительства выступают эквиваленты моментальной памяти – кванты первичной информации, которые в равной степени соотносятся и с категорией «объективной» реальности и с субъектом (т.е. субъективной реальностью его памяти); попутно заметим, что этот «моментально» структурированный процесс и есть ключ к существенному решению проблемы психофизического параллелизма, т.е. никакого параллелизма при условии эквивалентности первичных блоков информации о реальности и моментальной памяти субъекта быть не может; 2) далее имеют место важнейшие процессы моментального опознания получаемой первичной информации эпифеноменом «спрессованной» памяти субъекта – его Я (этот процесс в психофизиологии обозначается как симультанное, т.е. синхронное опознание), и моментального же формирования первичной структуры пространства с выделением объектов, среды, их взаимодействия – событий и т.д.; здесь мы, пока что, выводим за скобки такую важную компоненту общего потока формирования реальности, как выстраивание эпи-феномена осознаваемой личности из первичного материала моментальной памяти и обращаем внимание лишь на то обстоятельство, что конструирование итоговой, объемно-пространственной картины мира (собственно, того, что мы и называем реальностью), без участия механизмов памяти и ее носителя – осознаваемой личности субъекта, - в принципе быть не может; то есть в действительности, а не в абстрактных рассужденных о ней, никакой «объективной», оторванной от

субъекта реальности, попросту не возникает; 3) процесс «достраивания» реальности в непрерывную цепь событий (в так называемые «объективно-временные» характеристики реальности) осуществляется за счет того, что содержательные объемы момента настоящего, прежде всего, длительность данного эпизода, как и «размеры» дискретной мнемонической единицы, абсолютно не осознаются; процесс фиксации и утилизации моментальной памяти, организуемый сложной системой ФИАС, интерпретируется как непрерывное восприятие «объективно-автономной» реальности с такой неотъемлемой характеристикой, как «объективно-линейное» время. Между тем, в модели новой рациональности вся совокупность характеристик реальности, интерпретируемых как «объективные», выводима и напрямую зависит от параметров импульсной активности механизма времени - ФИАС, т.е. именно тех первичных свойств, которые, в большей степени присущи субъекту, но не «объекту». Корни эпохальной иллюзии «объективной реальности» и «линейно-объективного времени», соответственно, видятся в том, что темпоральная дистанция между проявляемым потенциалом и «фактом» общего поля реальности, формируемая ФИАС, никогда ранее не осознавалась и не осмысливалась. Т.е. оба этих полюса – потенциально-объектный и информационный - совмещались в субъективном пространстве исследователя и ложно интерпретировались в качестве монументальной идеи «объективно-автономной» реальности и «объективно-линейного» времени.

2.1.5. Полное раскрытие основополагающего тезиса Эйнштейна о зависимости картины мира от скорости нервных процессов состоит не только в том, чтобы показать существенный механизм процессов, как растождествления, так и отождествления общего поля реальности с первичной информацией о некоторых ее свойствах (т.е. продемонстрировать все существенные компоненты и этапы процесса генерации, конструирования и утилизации первичной информации о реальности), но также и в том, чтобы проиллюстрировать эвристические возможности данного тезиса. Мы полагаем, что главная находка Альберта Эйнштейна состоит в неявном указании на то, что, изменяя «скорость нервных процессов», мы можем активным образом менять картину мира. Важным уточнением здесь будет то, что, очевидно, в этих условиях будет меняться как общая картина реальности для включенного в данный процесс наблюдателя, так и научная картина мира, выражаемая в общих и частных закономерностях взаимодействия форматируемых, в новых условиях, объектов. Первый аспект этого важного уточнения мы, пока, оставим в стороне, заметив, что никаких сложностей с доказательностью здесь не возникает. Факты изменения восприятия реальности, имеющие место при разнообраз-

ных нарушениях сознания, – это, скорее, правило, чем исключение. Что же касается научной картины мира, то ключевым процессом изменения такого мировоззрения, в соответствии со всем сказанным ранее, будет являться процесс переформатирования общей конструкции реальности (ее предметно-объектно-закономерной структуры) с учетом обновленных параметров ФИАС. Сказанное, в первую очередь касается исследования событий, для которых «инструмент» импульсной активности сознания неадекватен, и устойчивость которых несопоставима со стандартными параметрами ФИАС. Сложность исследования таких объектов заключается в том, что получаемая о них информация, так или иначе (и чаще всего неосознанно), переводится в стандартные масштабы ФИАС без должной ссылки на необходимые условия ее адекватной презентации. В данном случае осуществляется скрытая подмена одних форматов реальности, в которых была получена определенная информация, другими – в которых данная информация будет заведомоискаженной и не соответствующей объектно-закономерной структуре «чужеродной» пространственно-временной матрицы. Отметим, что важность такого форматируемого контекста, пока что, была обозначена лишь в физике субатомных частиц, где изменения объектно-закономерной структуры изучаемого микромасштаба реальности были столь значительны, что далее игнорировать существенные условия проявления данных закономерностей было попросту невозможно. В свете всего сказанного, параметры ФИАС можно представить некой обобщенной формулой настоящего – реального, с меняющимся объемом охватываемых ею категорий, и возможностью перевода одной информационной системы (структурного уровня реальности) в другую. Процесс «переконструирования» реальности в этом случае будет носить существенный характер и отражать действительную замену одних объектов, событий и системы отношений между ними (законов, закономерностей) на другие, не менее легальные в обновленных форматах конструируемой реальности. Другими словами, мы получаем эффективный инструмент «экологически выверенного» перевода потенциального сектора реальности из статуса «небытия» в «бытийный» статус, с полным пониманием того, в каких условиях обретают свою само-бытность идентифицируемые таким образом сущности.

2.1.6. Изложение последнего тезиса, собственно, и представляет суть диалогизированного когнитивного стиля – одного из основных атрибутов разрабатываемой нами модели новой рациональности. Главными особенностями данного способа презентации различных аспектов действительности являются: 1) абсолютно понятный механизм формирования условий сущностного проявления анализируемых аспектов реальности; 2) полное рав-

направие получаемых таким образом репрезентативных срезов-конструкций реальности; 3) возможность их неконфликтного со-существования в общем поле обновленной рациональности; 4) возможность полноценного «диалога» данных научных конструкций, возникающая с появлением адекватного переводного механизма ФИАС. Т.е. теперь, наконец, понятие меняющейся когнитивной оптики наполняется вполне конкретным, но, при этом, достаточно строгим содержанием, существенно отличающимся от «вольницы» крайних вариантов постнеклассических научных подходов. Возникают и вполне отчетливые перспективы конструктивного синтеза позитивистской науки с подлинно научным постнеоклассицизмом и постмодернизмом. Главным, и более чем существенным обстоятельством данного синтеза, как теперь понятно, будут являться отнюдь не попытки умаления или, наоборот, возведения в статус учитываемого приоритета, неизбежного субъективного влияния на предмет и метод научного исследования (заданные параметры генеративного импульса ФИАС – достаточная строгая конструкция, которая, как раз и профилактирует возможность такого влияния), но в полноценном обосновании главенствующей роли субъекта в моделях позитивистской науки. Поскольку такого рода обоснования будут подчеркивать строгость и однозначность репрезентируемой картины мира, получаемой в рамках определенных генеративных параметров ФИАС (наша интерпретация заключается в том, что всякая двойственность и «размытость» таких конструкций – есть результат скрытого, несознаваемого манипулирования форматами ФИАС), то вряд ли это движение вызовет серьезное сопротивление апологетов позитивистского подхода в науке. Бонус, который вместе с концепцией новой рациональности получают сторонники постнеклассических и постмодернистских подходов – это полноценное обоснование субъективного статуса науки, с одновременной возможностью элиминирования очевидно-слабых сторон обозначенных научных подходов.

2.1.7. В разрабатываемой модели новой рациональности первичная информация 1) генерируется за счет импульсной активности феномена сознания – времени; 2) зависит от «скорости нервных процессов», т.е. от параметров ФИАС; 3) характеризуется, таким образом, не «всю» картину мира, а только определенный срез, открываемый с использованием стандартных (репрезентирующих хорошо знакомую нам «объективную» реальность), либо произвольно заданных параметров ФИАС; 4) формируется в процессе мгновенного взаимодействия с целостной психикой (главным образом – осознаваемой личностью субъекта) но не ранее того; 5) является первичным строительным материалом как для актуального формата реальности, так и для осознаваемой личности субъекта; 6) всегда «отсто-

ит» от репрезентируемого среза реальности на диапазон ФИАС от 10 до 100 мс, который абсолютно не осознается на субъективном уровне; 7) является первоосновой для формирования понятий и классов информации второго уровня, включая любые когнитивные построения, или пережитый опыт, которые могут быть адекватно понятны лишь при наличии скрытого или явного перевода на язык первичной информационной базы.

Сущностно-важными для модели новой рациональности являются вопросы следующего порядка – если информация об актуальном формате «открываемого» среза реальности всегда отстоит на диапазон стандартного или произвольного формата ФИАС, то где же тогда, и в каком секторе реальности существуют: первичная информация – моментальная память; воспринимающая первичные сигналы и конструирующая картину мира психика субъекта, его осознаваемая личность. Такой вопрос, естественно, мог быть задан лишь после того как Альберт Эйнштейн сформулировал основополагающий тезис новой рациональности, а в разрабатываемой нами модели было прояснено, что же следует понимать под «скоростью нервных процессов». Сущностный ответ на данный вопрос наталкивается на сложности в преодолении стереотипных навыков репрезентации действительности (так или иначе связанных с феноменом пространственного воображения), укоренившегося стереотипа линейно-объективного времени, а также – на отсутствие в современном поле научного мировоззрения четкой позиции в отношении потенциального (непроявленного) субстатуса реальности. Между тем, в соответствии с логическими моделями новой рациональности, именно этот, последний субстатус объемной реальности (для которого такие категории как «время», «пространство» неприемлемы, и что, собственно, объясняет «небытийную» сущность данного субстатуса) является своеобразным вместилищем рассматриваемых информационных феноменов – первичных блоков моментальной памяти, организованной информации, осознаваемой личности как эпи-феномена памяти, всего строя психики субъекта. Данный вывод следует из признания того, очевидного в модели новой рациональности, факта, что единственным актуальным моментом времени, после которого и проявляется соответствующий план реальности, является момент настоящего, формируемый, ФИАС. И, далее, – того несомненного факта, что конечный продукт ФИАС – первичная информация, растождествляемая этим же импульсом с актуальным форматом реальности, никоим образом не совпадает и не присутствует в следующем импульсе ФИАС, иначе картина мира представляла бы собой чудовищное наромождение одномерных хаотичных планов, а не цепь последовательно разворачивающихся событий. Таким образом, информация, фактически от-

существуя в актуальном времени момента настоящего, «присутствует» и организуется в интереснейшие эпи-феномены – информационные конгломераты с новыми самоорганизующими качествами – в том полюсе реального, для которого не характерны пространственно-временные характеристики. Что, кстати, и объясняет множественные парадоксы психического. Т.е. известный литературный персонаж, в некотором смысле, был прав, утверждая, что рукописи - сконденсированные письмена памяти – не горят. В тоже время другой мифологический сюжет мы вынуждены опровергнуть. Вавилонская башня, обитатели которой говорили на едином первоязыке, никогда, по сути, не разрушалась. Она стоит и будет стоять, пока известная нам реальность структурируется стандартными форматами ФИАС. Но, возможно, вокруг этой «малогабаритной» башни, в это самое время, выстраивается и другая, гораздо более просторная конструкция объемной реальности. А обновленный, универсальный язык, предлагаемый обитателям этой новой конструкции, будет более гибким и совершенным.

2.1.8. В соответствии с содержанием всех предшествующих тезисов, формирующих модель новой рациональности, в отношении потенциального-непроявленного субстатуса реальности можно утвердить следующее: 1) для рассматриваемой категории реального не приемлемы характеристики стандартного пространства и времени, что, собственно, и обуславливает ее «небытийный» субстатус; 2) перевод отдельных планов данной категории в статус «бытия» возможен при условии существенного изменения стандартных параметров ФИАС и сохраняющейся импульсной активности механизмов сознания – времени в заданных режимах; 3) рассматриваемый субстатус парадоксальным образом «вмещает» в себя информационные полюсы контурируемых планов реальности, обеспечивая возможность сверхбыстрого синтеза и самоорганизации информационных конгломератов в феномен осознаваемой личности; т.е. данный субстатус, в некотором смысле, принимает деятельное участие в формировании актуальных планов реальности, развертывание которых, как мы убедились, невозможно без процесса симультанного (синхронного) опознания первичной информационной кальки структурами осознаваемой личности; 4) логично, далее, было бы предположить, что возможный спектр такого участия представлен не только креативным информационным синтезом, но и первичной генерацией импульса сознания – времени, т.е. именно того импульса, который «творит» актуальные планы реальности; в пользу такого предложения говорит факт того, что высокочастотная активность живых организмов, в частности – тех режимов, в которых функционирует мозг, абсолютно не осознается и не задается произвольно; активная, а не пассивно-изолированная роль рассматриваемых

инстанций в акте «творения» выводится из всего строя логических рассуждений в контексте модели новой рациональности; в частности, такую активность можно представить как глобальный процесс становления непроявленного потенциала в актуальные форматы реальности, где конечным продуктом является организованная информация; т.е. просматривается некая системность и целостность данного процесса. Ход этих рассуждений дает возможность констатации того обнадеживающего факта, что акт творения безусловно, продолжается. А «внесознательные» и «небытийные» субстатусы реальности активно генерируют этот сверхглобальный творческий процесс. В метафорическом ключе рассматриваемой перманентный акт можно представить как выстраивание общего информационного лика реальности перед зеркальным полем ее актуального плана. Что дает повод для множества философских и идиоматических построений.

2.1.9. Из содержания всех вышеприведенных тезисов следует, что в модели новой рациональности основным строительным материалом этого нового, объемного способа конструирования реальности являются, в буквальном смысле этого слова, невообразимые парадоксы взаимодействия и взаимозависимости таких категорий реальности, как: ее потенциального, объективного, субъективного субстатусов; первичного генерирующего импульса механизмов сознания – времени – памяти – личности – пространства, складывающиеся в глобальный акт творения новых информационных сущностей. Исключительно важным обстоятельством здесь является тот факт, что все эти «невообразимые» парадоксы сложного взаимодействия поименованных категорий полностью выводимы из абсолютно репрезентативных (воспроизводимых) и доказуемых истин. Центром всей логической композиции является непреложный факт «протяженности» момента настоящего – сущностной единицы скорости «нервных процессов» – в основополагающем тезисе Альберта Эйнштейна. Следовательно, речь идет о формировании нового типа рациональности (т.е. нового способа постижения научных истин, трансформируемых в целостную, непротиворечивую и обновленную картину мира), а не очередных вариациях на тему каких-либо, принципиально неверифицируемых фантазий. Критериями дееспособности данной модели являются: 1) наличие оригинальных и эффективных когнитивных стилей, позволяющих адекватно осмысливать классы проблем, не находящих решения в других моделях рациональности; 2) наличие разработанной системы обновленного научного архетипа, позволяющего выстраивать целостную, непротиворечивую конструкцию реальности; 3) демонстрация эффективности разработанных когнитивных стилей в отношении главных научных проблем современности; 4) высокая степень эвристичности заявляемых

мых общетеоретических положений и методов в отношении прикладных теорий, и соответствующих видов актуальной практической деятельности (в данном случае - психотерапии). Иллюстрация дееспособности разработанной модели новой рациональности по каждому из вышеприведенных критериев приводится нами в следующих разделах публикации.

2.2. Диалогизированный когнитивный стиль в модели новой рациональности

2.2.1. В соответствие с основными положениями модели новой рациональности, диалогизированный когнитивный стиль представляет собой гибкую систему научного мышления с возможностями сущностной презентации определенных структурных характеристик – актуальных планов реальности – с использованием подвижного фокуса механизма времени – ФИАС. Диалогизированный когнитивный стиль раскрывает суть понятия изменяющейся «когнитивной оптики» и многократно усиливает потенциал данного способа научного познания реальности. Диалогизированный когнитивный стиль не только дополняет репрезентативные возможности одномерного подхода к характеристикам реального, но коренным образом меняет представления о возможных контурах и структуре данной сложнейшей и парадоксальным образом организованной сущности. Рассматриваемый способ научного мышления дает возможность выстраивания обоснованного континуума возможных точек зрения на какую-либо проблему (событие), четко аргументируя такую возможность, обозначая масштабы и закономерности презентации заявляемых проблемных узлов, и перспективы их решения в каждой плоскости. Использование диалогизированного когнитивного стиля дает ясное понимание того, как именно приемлемые и адекватные, в данных обстоятельствах, точки зрения, и варианты решения тех или иных научных задач, могут изменяться на полярно-противоположные в ином репрезентативном фокусе. Рассматриваемый стиль наглядно демонстрирует, что такого рода динамика является, отнюдь не конфликтной, а развивающей по существу. Т.е. «борьбы противоположностей», как и должно понимаемого единства, в данном случае не возникает.

2.2.2. С некоторыми существенными оговорками можно указать на то, что естественным аналогом диалогизированного когнитивного стиля является феномен сознания, функционирующего с изменяющимися параметрами импульсной активности. Последнее имеет место: 1) в условиях изменяющейся циркадной активности – состояниях сна – бодрствования; 2) в состояниях предельной мобилизации – релаксации; 3) при продолжительном использовании глубоких медитативных практик; 4) в состоянии гипнотического транса; 5) в состоянии,

так называемого, разлитого терапевтического транса; 6) при тяжелой нервно-психической патологии; 7) при спонтанно возникающих состояниях религиозного, мистического транса. Во всех случаях можно говорить о том, что восприятие реальности у человека, переживающего данные состояния, незначительно, либо самым радикальным образом меняется. Что, в свою очередь, порождает множество самых различных версий и предположений в отношении генеза данных состояний. Здесь мы укажем лишь на то обстоятельство, что любое изменение сознания, за редким исключением (позиции 2 и 5 в вышеприведенном перечне), сопровождается изменением и самосознания. В крайних вариантах самосознание может вообще отсутствовать, отправляясь далеко на периферию переживаемой панорамы измененной реальности, либо проявляться в диссоциированном состоянии, когда вместе с сохраняющим свой статус Я субъекта появляются и другие, взаимодействующие с ним персоналии. Между тем, диалогизированный когнитивный стиль не предполагает каких-либо трансформаций субъективного Я, за исключением расширения когнитивного вектора активности осознаваемой личности. Т.е. феноменов изменения сознания и самосознания, как таковых, субъектом не переживается, а картина реальности изменяется благодаря активному, целенаправленному моделированию, с использованием принципа: если..., то... При этом понятно, что заданные условия будут представлять произвольные параметры ФИАС, а искомый результат – те актуальные планы реальности, которые проявляются с использованием рассматриваемого способа познания.

2.2.3. Особым образом следует отметить существенную роль активизации креативного вектора мышления, имеющего место при использовании нового когнитивного стиля. Так называемая «энтропийная» логика, которая, обычно, является следствием необоснованных ограничений и приверженности к закономерностям стандартно форматируемой реальности, уступает место творческой, «антиэнтропийной» логике. При том, что общий логический строй получаемых, таким образом, когнитивных моделей остается таким же строгим и отвечающим критериям собственно научных исследований.

2.2.4. В связи со всем сказанным, в качестве основного инструментального аналога диалогизированного когнитивного стиля абсолютно перспективным является использование суперкомпьютерных технологий, с такой разрешающей способностью, которая позволит точно рассчитать основные характеристики актуальных планов реальности, законы и закономерности взаимодействия различных аспектов, получаемой таким образом картины мира. Исходных оснований для выстраивания называемых суперкомпьютерных технологий достаточ-

но – это, во-первых, наличие сверхмощных компьютеров, позволяющих моделировать множество взаимосвязанных процессов; во-вторых – наличие исходного, принципиально-просчитываемого условия такого моделирования (параметров ФИАС); в-третьих, наличие, по крайней мере, двух исследованных планов – так называемой «объективной» реальности и реальности субатомного мира, демонстрирующих более чем существенную разницу в закономерностях взаимодействия представляющих данные планы аспектов.

2.2.5. Использование суперкомпьютерных технологий, разработка соответствующих программ моделирования актуальных планов и аспектов реальности – дело, надеемся, ближайшего будущего. Однако, и применение самих принципов диалогизированного когнитивного стиля (без компьютерных расчетов форматируемых объектов) более чем продуктивно в осмыслении достаточно сложных научных проблем, десятилетиями и, даже, столетиями не находящих своего адекватного решения. Последний тезис мы проиллюстрируем на примере известных апорий (от греческого *aporia* «безвыходность») Зенона Элейского. Здесь уместно привести следующие предварительные характеристики затрагиваемой проблемы: «Оказалось, что ни математика, ни физика, ни другая наука не могут обезвредить элеатских парадоксов. Наоборот, сами апории и вытекающие из них вопросы постоянно требуют пересмотра уже устоявшейся формализации. Для решения апорий необходимо разрешить основополагающие вопросы: что собой представляет мироздание – бытие или становление? Что такое бесконечность? Дискретен ли мир или непрерывен? Как решить проблемы пространства и времени?» (Р. Хазарзар, <http://wartrax.net/77/aporii.html>). «Апории Зенона касаются самих основ человеческого миропонимания. Они требуют не просто уточнения понятий, а выбора философской платформы объяснения реальности» (А.М. Анисов, 2000, <http://wartrax.net/77/aporii.html>). Далее, к самим апориям: их всего четыре, причем наиболее известными являются первые три – «дихотомия», «Ахилл», «стрела». Четвертая апория, касающаяся природы относительности движения, в сущности, никаким парадоксом не является и, обычно, в анализ не включается. Здесь же уместно напомнить, что таких попыток достаточно серьезного анализа греческих апорий насчитывается несколько сот. Содержание рассматриваемых апорий следующее:

- дихотомия (от греческого *dichotomia* «разделение надвое») – чтобы пересечь комнату, сначала нужно преодолеть половину пути. Но затем нужно преодолеть половину того, что осталось, затем половину того, что осталось после этих попыток, и так далее. Это деление пополам будет продолжаться до бес-

конечности, из чего делается вывод, что пересечь комнату никогда не удастся;

- Ахилл – древнегреческий герой собирается состязаться с черепахой. Если черепаха стартает раньше Ахилла, то ему, чтобы догнать ее, сначала нужно добежать до места ее старта. Но к тому моменту, как он туда доберется, черепаха уже преодолевает некоторое расстояние, которое нужно будет преодолеть и Ахиллу, прежде чем догнать черепаху. Но за это время черепаха уходит вперед еще на некоторое расстояние. А поскольку число таких отрезков бесконечно, быстроногий Ахилл никогда не догонит черепаху;
- Стрела – если что-то (например, летящая стрела) движется, то оно движется либо в том месте, которое оно занимает, либо в том месте, где его нет. Однако, оно не может двигаться в том месте, которое оно занимает (т.к. в каждый момент времени оно занимает все это место), но оно также не может двигаться и в том месте, где его нет. Следовательно, движение невозможно.

Легко заметить, что первые две апории представляют одну и ту же логическую задачу, а общий принцип ее решения даст ключ к пониманию третьего парадокса Зенона. Таким образом мы рассмотрим лишь одну апорию – Ахилл – и на ее примере продемонстрируем потенциальные возможности диалогизированного научного мышления.

Ключевым вопросом, решаемым в отношении данной апории в контексте классических научных подходов, является проблема опровержения хитроумной логики Зенона, поскольку хорошо известно, что в опыте любой человек с легкостью обгоняет черепаху – метафорическое воплощение медлительности. Считается, что данная проблема была разрешена лишь после того как Исаак Ньютон и Готфрид Лейбниц разработали идею и методологию дифференциального исчисления, которое оперирует понятием «предел». Суть использования данной методологии, применительно к решаемому парадоксу, следующая. Расстояние и время в истории состязания Ахилла и черепахи с каждым анализируемым отрезком – уменьшаются (и, в конечном счете, стремятся к нулю). Таким образом, вычисляя время, нужное Ахиллу для того, чтобы догнать черепаху мы складываем бесконечное число малых интервалов времени. Однако общая сумма всех этих интервалов не бесконечна, а равна некоторому конечному числу – характеристике общего объема времени, за которое Ахилл догоняет черепаху.

В ключе разрабатываемого нами диалогизированного когнитивного стиля общая методологическая задача ставится по иному. Мы должны показать, при каких условиях формирования времени – пространства парадокс Зенона действует и

Ахилл не догоняет черепаху; в каких условиях Ахилл догоняет черепаху в точном соответствии с картиной, получаемой опытным путем; каковы пределы пространственно-временных характеристик реальности, за которыми задача вообще исчезает. Внятные ответы на эти вопросы и будут сущностным решением известных апорий Зенона. Итак, условия, при которых Ахилл так никогда и не догонит черепахи, состоят в следующем. Как только временной период, за который Ахилл должен добежать к месту очередного старта черепахи, становится «меньше» момента настоящего, в силу должны вступать три существенных момента: 1) осуществляется скрытый перевод уменьшающихся масштабов ФИАС в параметры стандартных значений временного импульса; 2) Ахилл и черепаха, таким образом, сохраняют объектную целостность, а общая конструкция реальности не претерпевает существенных изменений; 3) Ахилл и черепаха, тем не менее, останавливаются и продолжают стоять, поскольку их продвижение во «внутреннем» пространстве ФИАС не фиксируется наблюдателем. То есть, Ахилл в этих условиях никогда не догонит черепахи. Все правильно. Но сущностной ошибкой в вышеприведенной логике является даже и не скрытый перевод одних масштабов форматирования реальности в другие по достижению значений анализируемых временных периодов, сопоставимых со стандартными параметрами ФИАС. А то, что второе условие в данной триаде принципиально не приемлемо и противоречит сущностной логике организации материального мира. В соответствии с данной логикой, и Ахилл, и черепаха, как контурируемые объекты реальности, с необходимостью должны быть заменены на другие объекты, адекватные новым характеристикам ФИАС, т.е. исчезнуть. А вместе с ними должна исчезнуть и задача. Вторую ситуацию, в которой Ахилл, без каких-либо проблем, и догоняет, и перегоняет черепаху, также стоит рассмотреть достаточно подробно, поскольку все это имеет непосредственное отношение к апории «стрела». Каким образом, вообще, возможно движение Ахилла, стрелы или любых других объектов, когда базисным условием их существования является некая постулируемая «стационарность» и эквивалентность самим себе. Сущностный ответ на этот вопросдается в обосновании полного цикла презентации реальности, где «стационарность» каких-либо объектов и вообще само понятие объект полностью выводимо из стабильности их некоторых характеристик, сопоставимой с параметрами ФИАС. А движение этих объектов относительно друг друга (стреле для этого вовсе не обязательно лететь) осуществляется за счет сверхчастотного последовательного совмещения этих стационарных планов в континуальную цепь событий с иллюзией объективно-линейного времени. Т.е., чтобы реальность двигающихся

Ахилла и стрелы состоялась, форматирование данного актуального плана должно быть: 1) дискретным – так достигается некое качество стабильности данных объектов; 2) высокочастотным и складывающимся в динамику соответствующих изменений; 3) оба эти процесса должны протекать в психическом поле наблюдающего субъекта, импульсная активность сознания которого соответствует стандартным форматам ФИИ. Таким образом, мир – это поле непрерывных, недифференцируемых изменений. А его стационарные характеристики – это издержки системной организации реальности. В свете всего сказанного, с обозначением пространственно-временных пределов, для которых апории Зенона не актуальны (третья позиция в общем перечне методологических задач), каких-либо вопросов не возникает. И Ахилл, и черепаха исчезают как контурируемые объекты реальности с изменением параметров генерирующей импульсной активности механизмов времени – сознания у наблюдателя существенно «меньше» или существенно «больше» стандартных значений ФИИ. В первом случае, вместо состязающихся Ахилла и черепахи, как раз и проявляется картина «пустоты с передвигающимися в ней с огромными скоростями электрических зарядов», которая так раздражала Мартина Хайдеггера. Во втором случае, надо полагать, мы увидели бы как Ахилл и черепаха складываются в некий общий конгломерат. А затем лицезрели бы совершенно иную структуру объектов, для которых продолжительность жизни Ахилла и черепахи была бы исчезающе мала и не сопоставима с длительностью момента настоящего. Демонстрация возможных вариантов решения рассматриваемого парадокса Зенона, по сути верных в каждом из моделируемых актуальных планов реальности, достаточно наглядно представляет эвристический потенциал и основной методологический стержень диалогизированного когнитивного способа познания реальности.

2.2.6. Полагаем, что данный подход может быть использован и для выявления диапазона совместности основополагающих констант физического мира, выраждающих, по определению современной науки, моменты устойчивости реальности в целом. Такого рода идея заключена в теории «всего», являющаяся главной нерешенной проблемой современной теоретической физики. Между тем, поправка, в вышеприведенном определении физических констант, которую надлежит сделать с учетом новой модели рациональности, заключается в том, что все эти константы отражают не устойчивость реальности в целом, а стабильность некоторых ее актуальных планов. Но возможность изменения данных констант в других диапазонах формирования реальности, отличающихся от знакомой нам картины физического мира, не только вероятное, но и необходимое следствие использования рас-

сматриваемого научного подхода. Весьма вероятно, также, что общая теория поля, принципиально невыводимая в том актуальном плане реальности, в котором ее пытаются решить авангардная физическая наука, будет адекватно проявлена в иных форматах, смоделированных в ключе диалогизированного когнитивного стиля.

2.2.7. Важнейший прикладной аспект использования методологии рассматриваемого способа познания связан с построением современной теории психотерапии. В частности, с адекватным объяснением главного и наиболее востребуемого психотерапевтического феномена – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменения в статусе клиента или терапевтической группы. А также – с полновесной аргументацией социально-стабилизирующей функции психотерапии. В первую очередь, речь идет о возможности нового осмысления категории психического, понимания сложной и парадоксальным (temporalным) образом организованной структуры данной сущности, осознанием огромного пластического потенциала психики и технологии его максимального раскрытия. К последним, с полным основанием, можно отнести диалогизированный способ познания и взаимодействия субъекта с окружающим миром. В данной связи, следует сказать, что главной особенностью презентируемого способа конструирования обновленного мировоззрения является полновесный и аргументированный акцент на присутствие психического в общем поле объемной реальности уже не в роли необязательного и неустойчивого «объекта» с непонятным, до конца, статусом, но в качестве центра всей композиции. В этом смысле, ни о какой «автономной» действительности в русле обновленной рациональности не может быть и речи, поскольку всякая попытка такого удаления и вытеснения психического из актуальных планов реальности заканчивается исчезновением самих этих планов (возможности пространственно-временного структурирования событий). Здесь стоит отметить, что само по себе осознание данного обстоятельства надежно профилактирует метапозицию аутизма и заброшенности человека в безграничном пространстве. Это новое ощущение причастности предельно точно и образно сформулировал лауреат Нобелевской премии И. Бродский: «Пустоте нужен человек». С учетом сказанного, современное, обобщающее определение психического, как некой «субъективной реальности» или «субъективности», косвенно отсылающее нас к некой «объективности», не выдерживает критики. Такое определение скрыто базируется на допущениях того, что объект, проявляемый в актуальных планах реальности, может существовать (т.е., в первую очередь, идентифицироваться как таковой) независимо от субъекта. Что в модели новой рациональности абсолют-

но невероятно. Использование диалогизированного когнитивного стиля, кроме того, позволяет ясно продемонстрировать и тот факт, что традиционно противопоставляемые полюса объективного и субъективного мира – есть различное содержание психического-целого (аспектов первичной информации об актуальных планах реальности и осознаваемого Я субъекта). При том, что оба этих аспекта дистанцируются от полюса диффузных изменений на временной период «момента настоящего». А также – проиллюстрировать важнейшее различие между этими двумя сторонами психического имевшим ввиду «энтропийную», линейно-организованную логику объективизируемого и «антиэнтропийную», предельно пластичную сущность персонифицированного аспектов психического.

Таким образом, использование рассматриваемого когнитивного стиля открывает возможность существенного обновления понимания организации психического, начиная с дифференциации основных психических функций. В классическом варианте эти функции описываются следующим образом: 1) когнитивная; 2) регулятивно-адаптирующая; 3) коммуникативная; 4) креативная. Полноценное использование диалогизированного когнитивного стиля позволяет дополнить данный перечень еще одной функцией психического – организационно-репрезентативной (репрезентирующей актуальные планы реальности с использованием гибких форматов механизма времени - ФИАС). Появление этого нового, системообразующего элемента, позволяет, во-первых, более адекватно репрезентировать феномен собственно психического, выделяя такие основополагающие аспекты данной сущности, как: 1) принцип дифференциации психического от актуального и потенциального субстатусов общего поля реальности; 2) первичный информационный аспект психического, связанный с формированием первичной кальки объективизируемого плана реальности (т.е. феноменами элементарных ощущений, восприятия, моментальной памяти и др.); 3) вторичный информационный аспект психического, связанный с формированием и активностью феномена осознаваемой личности; 4) внеинформационный (данний термин здесь означает, что информация о рассматриваемых аспектах психического не проявляется в стандартных форматах механизмов времени – ФИАС) аспект психического, традиционно обозначаемый, как внесознательные инстанции. При этом абсолютно понятно, на основании каких, аргументированных в новой модели рациональности, критериев идентифицируются обозначенные аспекты психического. Во-вторых, активность этого нового системообразующего элемента потенцирует развитие других поименованных функций психического. Когнитивная составляющая психических процессов получает весомый «бонус» в виде нового способа репрезентации ре-

альности. То же самое можно сказать и о креативной функции, и многое прояснить в феномене «антинтропийного», креативного мышления, характере взаимодействия осознаваемой личности и внезознательных инстанций в данном процессе. Коммуникативная составляющая психики получает во всех отношениях интересного, взаимодействующего «субъекта» (теперь уже полностью легализуемого в соответствующих репрезентативных режимах ФИАС) – неструктурируемую стандартным временем инстанцию психического с перспективами невероятного расширения ментального горизонта. Регулятивно-адаптирующая психическая функция получает, таким образом, важнейший суперресурс, выражаемый в качестве «жизни в обнимку с собственной душой» (К.Г. Юнг), «укоренения личности в бессознательном» (К. Витакер). Именно такое качество жизни, по нашему мнению, будет эффективно профилактировать вовлечение субъекта в современные социальные эпидемии.

Возможность существенного дополнения и качественного «скачка» в развитии основополагающих функций психического стоит рассмотреть более подробно, с тем, чтобы проиллюстрировать действенный потенциал диалогизированного когнитивного стиля. Вопрос взаимоотношения осознаваемых и неосознаваемых инстанций психического, сам по себе не является простым, но главное в нем, по свидетельству многочисленных исследователей, некая явная, либо скрытая «оппозиционность» рассматриваемых инстанций по отношению друг к другу. Заметим, что именно за счет идентификации такого рода «оппозиционной» активности внезознательных инстанций, к примеру, и появляются возможности косвенного анализа сущности скрытых психических субстатусов. Характер отношения осознаваемой личности к этим более или менее регулярно проявляющимся импульсам внезознательной активности носит, в основном, конфронтационно-вытесняющий характер. Сам факт того, что поступками, эмоциями и, в конце концов, жизнью человека управляет кто-то другой, кроме него самого, никакого удовольствия у большинства мыслящих людей не вызывает. Но дело не только в этом. Глубинный функциональный смысл активности личности, действующей в режиме бодрствующего сознания, заключается, прежде всего, в развитии максимальной идентичности, т.е. максимальной степени растождествления с объектами, иными субъектами и, тем более, с потенциальными, не дифференцируемыми субстатусами реальности. Иначе не выстраивается дифференцированный и отчетливый «клик» проявляемого таким образом актуального плана реальности. Т.е. качество конденсированной памяти – «рукописей», которые только и повествуют, что о подлинном чуде жизни, - не улучшается. С вышеизложенных позиций устойчивость и оппозиционность доминантно-моноло-

гизированного режима функционирования осознаваемых инстанций психического легко объяснима – так охраняются с трудом добытые идентификационные границы личности. В данной ситуации почти единственным шансом для неконфликтного изменения обозначенной доминанты и полноценного проявления ресурсной функции внезознательных инстанций является «кувод» осознаваемой личности на периферию активности психического во время физиологического сна, либо в состояниях индуцированного гипнотического или медитативного транса. Т.е. надлежащих условий для полноценного и равноправного диалога между поочередно доминирующими инстанциями психического не формируется. Прежде всего, потому, что нового общего языка на котором можно было бы вести такого рода диалог (язык, «де-юре» и «де-факто» признающий реальный и равноправный статус внезознательных инстанций психического) не находилось, а «старый» язык – живое чувство сопричастности к суперресурсным инстанциям психического – с какого-то момента культурно-исторического развития человека был безнадежно утерян. Полагаем, что именно этот драматический момент в мифологической истории человеческого бытия обозначается как изгнание из рая. Новая версия общего для различных инстанций и статусов психического, языка (который, собственно и представляет технологию диалогизированного когнитивного стиля) как раз и содержит исключительную возможность сущностной идентификации внезознательных ресурсных инстанций психического. И, что очень важно, - необходимость, теперь вполне легального ввода данных инстанций в общую структуру объемной реальности. Охранное сопротивление осознаваемой личности, получающей таким образом внятную перспективу не только собственной экологической безопасности, но и возможностей развития множества интереснейших аспектов обновленной идентичности, теряет всякий смысл. Абсолютно понятная базисная тревога в ситуации обозначенного когнитивного прорыва, по логике развития событий, должна смениться подлинным интересом к открывающимся горизонтам бытия. После чего необходимый, но несколько затянувшийся конфликт рассматриваемых инстанций психического, по всей видимости, будет исчерпан. Прогнозируемым следствием этой новой ситуации будут возможности формирования наиболее благоприятных условий для эффективной самоорганизации субъекта. Когда за счет экологически выверенной эксплуатации гиперпластика потенциала внезознательных инстанций психического появится возможность значительных (подчас – весьма драматических) изменений в его статусе. Такого рода гиперпластику, в данном случае, можно будет обозначать уже не терапевтическим, а разлитым творческим трансом, «откуда» осознаваемая личность никоим

образом не удаляется, а, наоборот, является истинным творцом желаемых конструктивных изменений. С данных позиций, например, становится понятной целительная сущность состояний, обозначаемых как «инсайт», «козарение», «просветление», «клирификация» и т.д. Появление нового понимания ситуации (не важно-прошлой, настоящей, будущей) и осознание появляющейся перспективы, в сочетании с пиком пластичности, способно в считанные мгновения восстановить адаптационные кондиции субъекта. Человек, мыслящий и действующий в метапозиции обновленной рациональности, по преимуществу вдохновлено (т.е. в условиях синергетической активности основных инстанций психического) творит, в том числе, и самого себя. Таким образом, феномен синергетического взаимодействия внесознательных и осознаваемых субстатусов психического, без какого-либо снижения активности осознаваемой личности субъекта (напротив, при такого рода креативном взаимодействии, активность Я существенно возрастает), и составляют гиперпластическую основу психотерапевтического процесса с возможностями достижения максимальных результатов в минимальное время. Ключевыми моментами психотерапевтической стратегии, обеспечивающими гиперпластический статус субъекта и, соответственно, эффективность структурированных психотерапевтических техник, являются следующие: 1) перевод конфронтационной базисной стратегии поведения клиента, осознаваемых и неосознаваемых инстанций психического в синергетическую; 2) актуализация глубинного уровня психотерапевтической коммуникации с возможностью использования универсальных психотерапевтических механизмов; 3) формирование гиперпластического статуса субъекта с возможностью достижения максимальных терапевтических результатов за минимальные временные периоды.

2.2.8. Обновленный тип рациональности и сопутствующие ему ресурсные возможности, в смысле устойчивости и тенденций к постоянному развитию уже достигнутых конструктивных изменений, выгодно отличается от других идеологических носителей. В том числе от иррациональной системы ресурсных координат, требующей регулярного возобновления религиозного опыта. С этой новой истиной уже ничего, кроме ее дальнейшего развития, случится не может. Приступов «неверия» здесь не бывает, поскольку исключается сама возможность рациональной атаки на сформированные, в духе диалогизированного подхода, когнитивные структуры.

Все вышесказанное дает возможность суммировать и обозначить именно те главные характеристики новой модели научной рациональности и диалогизированного когнитивного подхода, которые востребованы с точки зрения презентации целостного феномена психического и наиболее актуальных его аспектов, а так же – обоснования уникального развивающего потенциала профессиональной психотерапии:

- главный когнитивный потенциал рассматриваемого способа познания в сфере психического представлен возможностями адекватной идентификации и презентации актуальных аспектов психического на основе темпорального (т.е. сущностного для рассматриваемых инстанций) системообразующего концепта;
- основной ресурсный потенциал диалогизированного способа презентации реальности представлен возможностями синергетического взаимодействия основных инстанций психического, с достижением устойчивых ресурсных статусов, имеющих тенденцию к развитию;

(продолжение следует)

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА ЛИЧНОСТНУЮ СТРУКТУРУ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Г.И. Алтынбекова

г. Павлодар

В настоящее время существуют два наиболее актуальных подхода к оценке личности и психологоческих характеристик больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) – психотерапевтический и психопатологический. Преимущества того или иного подхода могут выходить на первый план в зависимости от целей.

Психотерапевтический поход позволяет глубже осмыслить личностные факторы предрасположения к зависимости от ПАВ и психологические механизмы формирования зависимости, в то время как психопатологический – рассмотреть особенности опосредования клинических проявлений наркологических расстройств при различных типах преморбиды и личностных девиаций.

Личностные факторы являются важными этиологическими детерминантами развития зависимости поведения с позиции концепции аддиктивных расстройств. Традиционным является представление о гедонистической акцентуации преморбидной личностной организации больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Так, например, известно значение недостаточности исходных, базовых волевых качеств индивида, его побудительной неустойчивости с ориентацией на легко достижимые цели, немедленное осуществление желаний с отсутствием присущей «нормальной» личности способности согласовывать удовлетворение потребностей с «принципом реальности». Генетически связанными с указанными девиациями представляются такие свойства характера пациентов с синдромом зависимости, как повышенная внушаемость, подчиняемость и подражательность.

В качестве одного из наиболее патогномоничных в отношении развития патологического пристрастия к психоактивным веществам типов акцентуации характера и психопатий рассматривался «неустойчивый тип», своеобразие которого определяется неустойчивостью мотивационно-потребностной сферы с сочетанием импульсивности и ведомости.

Однако в целом исследования показали, что описать специфическую личностную предраспозицию к зависимости от ПАВ в соответствии с традиционной типологией психопатий и акцентуаций характера невозможно. Это неизбежно приводит, в одних случаях - к недоучету многих важных личностных факторов предрасположения, в других – к чрезмерному расширению либо искусственно-

му искажению рамок того или иного классического понятия.

Более продуктивной является идея о том, что предрасположение к зависимости кроется не в конкретном спектре акцентуаций характера и психопатий, но в отдельных «слабых звеньях» личностной структуры. Эти уязвимые места обеспечивают своеобразную психологическую готовность к формированию патологического влечения к психоактивному веществу – в силу того, что оно быстро интегрируется в структуру индивидуальности таких людей, выполняя задачу компенсации личностных аномалий (выражаясь языком психиатрии) либо психологической защиты (согласно терминологии психотерапии) и своеобразной формы адаптации. Естественно, что такая компенсация (защита) является «суррогатной», патологической, психоактивное вещество выступает несовершенным, чреватым пагубными последствиями модулятором психического состояния. Личность в силу тех или иных условий не располагает внутренними, собственно психическими ресурсами совладания и адаптации и уступает перед аддиктивной силой того или иного психотропного химического вещества.

Научно обоснованные исследования позволяют устанавливать, какие именно «болезненные зоны» личности являются наиболее задействованными в патогенезе зависимостей от ПАВ, от чего пациент с зависимостью тщетно пытается «защититься», употребляя алкоголь либо наркотики, и какие интрапсихические задачи он тем самым, пытается решить. В этом ряду большое значение имеют психические травмы раннего детского возраста. Основа аддиктивных расстройств – это, прежде всего, страдание, и лишь во вторую очередь – поиск удовольствия и сопутствующее ему стремление к саморазрушению.

В большинстве случаев психотравмирующее воздействие в детском анамнезе аддиктов носит неявный, скрытый, «условно патогенный» характер, если пользоваться терминологией «взрослой» психиатрии. Речь идет, как правило, о неспособности ближайшего окружения обеспечить для ребенка атмосферу доверия, защищенности, эмоционального резонанса. Ситуация эмоциональной депривации может скрываться за внешне вполне благополучной домашней обстановкой. В частности, за ситуацией гиперопеки и/или гиперпротекции при

одновременной эмоциональной холодности и дистанцированностью, когда никто даже и не подозревает о том, что в отношениях родителей с детьми не хватает очень важных чувственных и поведенческих компонентов.

Исходы ранней травматизации, подобно последствиям посттравматического стрессового расстройства у взрослых, зависят от степени субъективной тяжести патогенных событий, а также от состояния конституционально-биологических ресурсов адаптации. Будучи компенсированными (субкомпенсированными) на некоторое время, благодаря архаическим, примитивным механизмам психологической защиты, психогенные комплексы детства могут оживляться, реактивироваться уже в подростковом либо зрелом возрасте под воздействием индивидуально значимых, «ключевых» переживаний, в условиях столкновения с все возрастающими требованиями жизни. Такие требования, непосильные для адаптивного совладания (*coping*) с ними, могут предъявлять вполне обыденные для зрелого индивида фрустрирующие ситуации, в которых он встает перед необходимостью систематического труда, перед проблемой ответственности и одиночества, перед реальностью двойственности человеческой натуры, объединяющей плохое и хорошее и т.п., не говоря уже о моментах отвержения, предательства со стороны близких, других, более драматических коллизиях. Примитивные, инфантильные психологические компенсаторные процессы не справляются с решением этих «кризисных» задач адаптации, в то время как новые, более зрелые и совершенные механизмы, не могут быть востребованы и запущены ввиду стойкой фиксации личности на неразрешенных ранних, «базисных» внутренних конфликтах.

Общим принципом психического реагирования в этой ситуации является экстернализация, при которой личность стремится воссоздать неразрешенный интрапсихический конфликт во внешней, контролируемой реальности и получить, тем самым, возможность хотя бы частично ослабить патогенный эффект травматических переживаний. Клиническим выражением этих процессов может быть формирование зависимостей, в том числе химических.

В результате ранних задержек и искажений развития индивида формируются стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля. Основное патогенетическое значение при возникновении зависимости имеют aberrации в области самосознания, аффекта и межличностного взаимодействия.

Пациентов с зависимостями отличает крайне неустойчивая и поляризованная самооценка. У них отсутствует базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности. В результате, такие личности находятся в постоянном межтании между позициями малоценностей с самоот-

речением и изоляцией и «всемогущества» с отказом от реальности, самовозвеличиванием и бравадой. Характерной особенностью самооценки аддиктов является её слабая аргументированность реальными фактами прошлого, зависимость от сиюминутного положения «здесь и сейчас» и, как следствие, – несоответствие ретроспективной самооценки проспективной.

В основе психических аномалий, определяющих круг проблем самооценки, лежат специфические когнитивные расстройства (нарушение сукцессивного единства Я), при которых утрачивается самосознание непрерывности континуума личной биографии. Независимо от «знака» самооценки, формы ее аргументации, внутренняя картина собственной личности у этих людей (Я - концепция) отличается неопределенностью и неадекватностью.

Большое значение имеет нарушение функции внутреннего контроля. Недостаток контроля в эмоциональной сфере, проявляющийся феноменами эмоциональной лабильности, невозможности овладеть собственными эмоциями, охваченности чувствами и т.п., приводит к необходимости использования внешних средств, способных повлиять на эмоциональное состояние, в том числе, к употреблению наркотиков. Недостаток контроля в когнитивной сфере приводит к невозможности точной оценки риска и собственных действий. Низкая способность к рефлексии приводит к невозможности опираться на свой жизненный опыт и прогнозировать результаты своих действий, что может служить дополнительным фактором начала и развития наркотизации и вызывать трудности психологической коррекции больных наркоманией. Недостаток контроля в мотивационно-потребностной сфере приводит к её недостаточной структурированности, что приводит к доминированию сиюминутных побуждений и неспособности подчинить свою деятельность более отдаленным целям, при этом, отсутствие интериоризированных социальных норм приводит к импульсивности и может быть причиной склонности к насилию и антисоциальному поведению.

В качестве одного из наиболее характерных личностных параметров преморбida больных с зависимостью от ПАВ рассматривается феномен алекситимии. Для этого контингента больных в целом свойственно плохо идентифицировать, дифференцировать и вербализировать свои чувства. Их эмоциональная жизнь дефицитарна и, фактически, определяется ситуационным контекстом, ограничиваясь реакциями на события и факты.

В области межличностных взаимодействий аддиктов отличает тенденция к формированию кататимно окрашенных сверхценных отношений с первостепенно значимыми близкими лицами, получившая в наркологической литературе определение «созависимости».

Комплекс патологических личностных свойств (нарушения самосознания, искажения в межличностных связях, отсутствие способности к самоуважению, к рефлексии и заботе о себе и т.п.) приобретает патогенетическое значение в обстоятельствах столкновения с «ключевыми» психотравмирующими переживаниями, несущими в себе угрозу дестабилизации либо разрушения незрелой, неустойчивой душевной организации. Пристрастный к психоактивным веществам субъект как бы частично «переключает» психические процессы в режим внешней химической модуляции, а то и вовсе «отключает» их при неудовлетворительном эффекте опьянения легкой и средней степени.

С психотерапевтической точки зрения важно, что патологическое влечение к ПАВ, помимо биологической составляющей, имеет определенные психологические функции, а употребление ПАВ представляет собой поведение, обладающее личностным «смыслом». При планировании психотерапевтической работы необходимо учитывать то, что влечение и приём ПАВ - это патологический способ саморегуляции, смещение нормальных влечений и потребностей человека на «суррогатный» объект. Употребление алкоголя и наркотиков обеспечивает защиту от невыносимых для осознания глубинных чувств одиночества, вины и стыда и удовлетворяет инфантильное стремление к незамедлительной разрядке потребности в удовольствии.

Диагностика при планировании психотерапии исходит из положения о наличии непосредственной связи между личностью и болезнью и, в частности, о соответствии их тяжести. При этом тяжесть личностного расстройства устанавливается не столько с позиций психосоциального функционирования индивида, сколько по оценке картины сочетания клинических и клинико-психологических явлений, особенностей психосоциального функционирования, обусловленных, в том числе и интрапсихическими противоречиями, зачастую недостаточно осознаваемыми.

Современная психотерапия наркологических больных имеет отчетливую тенденцию к интеграции различных в концептуальном и методологическом плане направлений, объединению их в комплексные психотерапевтические программы. Кроме того, большое значение имеет определенная последовательность применения психотерапевтических методов в соответствии с личностной и тера-

певтической динамикой пациентов, что является претворением другого основополагающего принципа построения лечебных процедур в наркологии – динамического. В совокупности с использованием интегративного подхода этот принцип обеспечивает эффективность программы в целом.

Алгоритм проведения психотерапии в учреждениях наркологического профиля

При реализации психотерапевтической помощи необходимо осуществлять мероприятия по следующему алгоритму.

1. Проведение клинической и психологической диагностики с целью изучения психологических особенностей больных с зависимостью от ПАВ и психосоциальных механизмов формирования зависимости.

2. Определение этапности проведения психодиагностических и психотерапевтических мероприятий больных с зависимостью от ПАВ и механизмов формирования зависимости с учетом этапа.

3. Применение психотерапевтических методов с учетом этапа реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ, реализуемых в комплексной индивидуальной психотерапевтической программе в условиях психотерапевтической среды.

Содержание психотерапевтических мероприятий на различных этапах реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ должен содержать следующие этапы:

- адаптационно-диагностический этап - определение показаний к психотерапии, формирование психотерапевтического контакта и заключение психотерапевтического контракта, а также разработка индивидуальной психотерапевтической программы;
- этап интегративных лечебно-реабилитационных мероприятий (когнитивно-поведенческая психотерапия, психодинамическая психотерапия, работа в группе и индивидуально);
- этап стабилизации терапии;
- этап профилактики рецидивов и поддерживающего лечения.

Таким образом, только при использовании интегративной модели психотерапевтических интервенций возможно применение гуманистических принципов психотерапии, создающих для больных с зависимостью от психоактивных веществ значительные реабилитационные перспективы.

Литература:

1. Линдеман Э. Социально-психологическое исследование эмоций и поведения. - СПб., 2001. – 229 с.
2. Назыров Р.К., Чехлатый Е.И., Логачева С.В., Ремесло М.Б. Психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь // Метод. рекомендации. - М., С-Пб., 2007.
3. Bateson G. Deindividuation and antinormative behavior: A meta-analysis. / Psychological Bulletin. 2008. Vol. 123. P. 238-258.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

К.м.н. А.З. Нургазина

*Будущее начинается сегодня.
И оно уже наступило.*

Психотерапия – это тончайший процесс взаимодействия души врача с душой пациента. Каждый человек, профессиональный и личный успех которого зависит от эффективного взаимодействия с окружающими людьми и от возможностей использовать потенциал собственной личности, нуждается в подготовке в области психотерапии.

В настоящее время каждый врач должен уметь справляться со своими проблемами для того, чтобы оказать квалифицированную помощь пациенту, человеку, который пришел к нему за помощью, с надеждой на выздоровление. Ведь за всеми болезнями стоит больше чем проблема, стоит его душа. И иногда достаточно выслушать человека внимательно, услышать, дать возможность выговориться. Нужно помнить, что человек, который не научился решать свои проблемы, не может научить другого человека. Как можно лечить, если ты сам болен. Как можно говорить о том, что ты должен измениться, если сам не делаешь этого. Ведь люди тонко чувствуют эту ложь, этот обман. Искренность в отношениях врач - пациент должна быть всегда. Поэтому этой наукой или этой профессией должен обладать каждый врач, потому что в руках у него жизнь человека.

Всякое взаимодействие между людьми имеет и психотерапевтическую составляющую. Недаром в одном из кратких и популярных определений под психотерапией понимается лечение словом.

Таким образом, каждый человек, личный и профессиональный успех которого зависит от взаимодействия с другими людьми и от реализации потенциала собственной личности, нуждается в психотерапии, как в инструменте собственной личностной гармонии и успешного взаимодействия с другими людьми.

Основная цель психотерапии - воспитание гибкости, умение находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм; изыскивать, сохранять и развивать ресурсные состояния. Психотерапия по большей части занимается не постановкой целей, а средствами их достижения. Поэтому для многих психотерапия в первую очередь - набор технологий для достижения поставленных целей. Это особенно важно для людей нашей Республики Казахстан в это нелегкое время больших перемен.

Эффективность психотерапии зависит не только от избранной техники, а от того, насколько эти души:

врача и пациента - подходят друг другу. Психотерапевтическая методика - это как бы язык, на котором врач разговаривает с пациентом. Системы таких языков складываются в определенные программы. Такие программы обычно разделяются не по применяемым в них психотерапевтическим методам, а по задачам, которые они ставят перед пациентами.

Согласно распространенной точке зрения, терапевт помогает человеку изменить взгляд на мир, на жизненную ситуацию, на жизнь в целом. И когда человек изменит свой взгляд, при необходимости он изменит реальность, если это ему не удается – он изменит отношения к этой реальности, а значит, научится по-новому воспринимать ее и жить в этом мире.

Для того чтобы адаптироваться к новой социальной формации необходима смена трех поколений жителей страны. У нас же в стране в течение менее чем десяти лет дважды произошли коренные перемены в социальной жизни общества. И если после первого социального потрясения в нашей стране было трудно найти человека в возрасте старше 40 лет, у которого бы не было расстройств адаптации, психологических проблем или зависимостей от психически активных веществ. Ситуация же сегодняшнего дня быстро приводит к тому, что нарушения адаптации и психологические проблемы будут типичны для всех людей, живущих в нашей стране и многие из них будут искать помощи.

Как указано выше, потребность в психотерапевтической помощи будет высока на протяжении жизни как минимум трех поколений жителей нашей страны. И важно как мы сможем организовать и предложить нашим согражданам эту психотерапевтическую помощь и поддержку.

Двумя важнейшими факторами, которыми определяется успех психотерапии, является компетентность психотерапевта и его совместимость с пациентом. Ваш психотерапевт должен быть специалистом, получившим специальную подготовку, особенно в области теории личности, обладать опытом проведения терапии, пройти психотерапию сам и быть целостной, ответственной, отзывчивой личностью.

Обучая врачей на курсе психотерапии и наркологии, я пришла к выводу, что каждому врачу не только психотерапевту, наркологу, психиатру, но врачам всех других специальностей нужны, необходимы курсы психотерапии. Каждый врач должен пройти личную терапию, должен уметь решать свои проблемы, должен уметь слушать пациента, уметь владеть самыми

простыми техниками психотерапии. Ведь за всеми болезнями стоит душа человека. Мы знаем, что означает термин психосоматика. С развитием организационных основ психотерапевтической помощи все большую актуальность приобретает разработка основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. В настоящее время актуальным является:

- 1) повышение знаний по психотерапии всех врачей;
- 2) тематическое усовершенствование врачей - представителей ряда специальностей, где психотерапия может играть существенную роль в комплексном лечении больных;
- 3) профильная специализация врачей, для которых психотерапия станет основной профессией (врач - психотерапевт).

Многие авторы указывают на необходимость безотлагательного повышения уровня подготовки врачей общей практики по психотерапии как на важнейшую задачу развития здравоохранения. Называя основные предпосылки обучения основам психотерапии всех врачей на первое место обычно ставят наличие четких теоретических представлений о клинике и природе неврозов и других пограничных состояний, о диагностических и терапевтических методах, которыми мог бы овладеть врач любой специальности, и которые он смог бы применить в пределах возможных для него затрат времени. Подчеркивается также необходимость интереса, установки на психотерапию у широкого круга врачей, что требует коренных изменений их взглядов на пациентов, страдающих психогенными заболеваниями, и методы их лечения. Без достаточного количества хорошо подготовленных специалистов психотерапевтов не может быть осуществлено качественное повышение знаний по психотерапии основной массы врачей.

Повышение знаний широкого круга врачей в области психотерапии пограничных состояний позволит приблизиться к решению наиболее актуальных лечебно-профилактических задач современного здравоохранения. При этом должно учитываться число таких больных и в целом верное замечание М. Гауснера (Hausner M., 1983), что «толщина амбулаторной карты отражает величину эмоционального стресса у пациента»: своевременная диагностика неврозов и близких к ним нарушений; оперативное направление больных к врачу-психотерапевту; лечение простых форм психогенных расстройств. Последнее потребует от каждого врача владения некоторыми методиками с широким спектром действия; рациональной психотерапией, аутогенной тренировкой, приемами поведенческой психотерапии, позитивной психотерапии.

Кафедры психотерапии в большой степени могут способствовать решению еще одной задачи - тематическому усовершенствованию врачей различных специальностей. Не меняя своей профес-

сии, они получают знания в области психотерапии, её теории и методов для последующего использования в комплексном лечении применительно к своей специальности. Такая система подготовки сохраняет за врачами их клиническую профиляцию и при овладении психотерапевтическими методами обеспечивает квалифицированное их применение в своей области.

Что касается подготовки врачей-психотерапевтов, то основой её является 3-4-месячная специализация и общее усовершенствование на кафедрах психотерапии. Программа такой подготовки включает освоение теоретико-методологических, клинических, психологических основ психотерапии, овладение психотерапевтическими методами и навыками их использования в практической работе с больными. Основными принятыми формами обучения на кафедрах являются лекции, практические занятия, семинары, научно-практические конференции и др. Клинический и личностный подходы пронизывают все формы преподавания психотерапии на кафедрах. Сегодня профильную специализацию получают психиатры и наркологи. Однако, поскольку в реальных условиях на неё не направляются также врачи других специальностей, то в программе значительное место занимает психотерапия (общая психопатология и основные формы психических заболеваний) и для многих врачей, вероятно, это единственная возможность возвращения к предмету психиатрии в последипломном образовании. Очень важны дискуссии о том, из какой базисной специальности должен «вырастать» психотерапевт, но с позиций клинического реализма они носят беспочвенный характер. На данном этапе формирования психотерапии, как самостоятельной специальности, её фундаментом являются знания в области психиатрии, в особенности пограничной психиатрии, где от врача-психотерапевта требуется ещё более тонкое владение психопатологическим анализом, чем в «большой» психиатрии, учитывая патоморфоз психических заболеваний, увеличение числа стертых форм эндогенной психической патологии с их трудной дифференциальной диагностикой и суициальной опасностью. Это относится к деятельности психотерапевта не только общесоматической поликлиники, работа которого в указанных планах особенно трудна, но также санаторной сети, где значительный процент составляют психотерапевты - бывшие интерниты.

В последние десятилетия по данным в литературе все большее внимание обращается на необходимость дополнения методов обучения психотерапии, направленных главным образом на освоение психотерапевтической техники, такими формами подготовки и повышения квалификации, в которых акцент был бы сделан на развитие чувствительности психотерапевта к явлениям и процессам, происходящим в его взаимоотношениях с пациентом,

на развитие умения пользоваться обратной связью с больным, увеличение гибкости и эффективности в общении, рост осознания влияния собственных установок, наклонностей и ценностей на процесс взаимоотношений с пациентом в ходе лечения.

В разной степени этим целям соответствует несколько форм обучения в тренинговых психотерапевтических группах. Тренинговые психотерапевтические группы можно подразделить на следующие виды:

- методические тренинговые группы, ориентированные на обучение методам психотерапии;
- тренинговые группы, ориентированные на групповую динамику;
- тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие.

Методические тренинговые группы имеют своей целью и задачей ознакомление с отдельными методами и приемами психотерапии и овладение ими. Кроме основных задач можно также отметить развитие психологических знаний, формирование представлений о психотерапевтическом и диагностическом потенциале отдельных методик и возможностях их использования при работе с различными контингентами больных. Оптимальная численность методических тренинговых групп - от 10 до 15 человек, общая продолжительность работы зависит от конкретного метода. Цели и задачи тренинговых групп, ориентированных на групповую динамику (динамических тренинговых групп), состоят в ознакомлении с групповой динамикой на собственном опыте, повышении чувствительности к групповым процессам, развитии навыков распознания и анализа групповых феноменов и использования групповой динамики в психотерапевтических целях. Оптимальная численность динамических тренинговых групп – это 10-12 человек. В такие группы могут включаться специалисты разного уровня подготовки. Продолжительность занятий в группах - не менее 24 часов, оптимальная продолжительность - 40 часов. Тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие (личностные тренинговые группы), имеют в литературе различные названия:

- лабораторный тренинг;
- тренинг сенситивности;
- группы развития личности;
- группы личностного роста и т. д.

Личностное развитие, личностный рост, основанный на самопознании, являются непременным условием профессионального совершенствования психотерапевта. Основной задачей групп личностного роста является развитие самопознания — познание самого себя, становление адекватной самооценки, отношение к себе и развитие саморегуляции. Оптимальная численность групп личностного тренинга – от 10 до 12 человек. Продолжительность занятий - не менее 30 часов (оптимально - 60

часов). Опыт показывает, что наиболее эффективной формой организации работы является марафон (несколько дней подряд по 8-10 часов).

Как эффективная форма подготовки психотерапевтов получают значительное распространение группы Баллинта. Занятия проводятся в малых группах (до 12 человек), каждый должен принять участие не менее чем в 30 занятиях, во время которых обсуждаются проблемы, реально возникающие у психотерапевтов в процессе проводимой ими индивидуальной и групповой психотерапии. Каждый участник на занятиях представляет несколько подобных ситуаций из своей практики. Возникающие проблемы обсуждаются группой (различные способы понимания ситуации, анализ поведения психотерапевта в его взаимоотношениях с больным и др.).

Широкое использование методов лабораторного тренинга потребовало научного анализа его возможностей и ценности в процессе подготовки психотерапевтов. Ниже приводятся результаты исследования С. Ледера и др. (Leder S. et all., 1979). Работа включала непосредственное проведение занятий в тренинговых группах, анализ их деятельности, изучение не только непосредственных, но, что особенно ценно, и катамнестических данных. В работе анализируются результаты тренинга познавательного, практического характера в области интерперсонального функционирования и отрицательные результаты тренинга. Авторы считают обоснованными следующие выводы.

1. Метод лабораторного тренинга показал свою принципиальную пригодность для подготовки в области психотерапии; это оптимальный способ овладеть различными психо- и социотерапевтическими методами, выявить закономерности групповых процессов и воздействий на других, а также облегчить восприятие себя и отношений между собой и группой.

2. Развитие малых и больших групп указывает на определенные сходства и аналогии. Механизмы этого развития, наблюдаемые в процессе тренинго-дидактических курсов, подтверждают целесообразность использования динамики малых групп для лучшего понимания и руководства психотерапевтическими группами.

3. Использование широкого круга психо- и социотерапевтических методов в процессе подготовки способствует увеличению её эффективности посредством предоставления наряду со знаниями возможностей интенсивного и многостороннего переживания собственной активности и участия в группах.

4. Во избежание отрицательных последствий для отдельных участников в ходе или по окончании тренинга необходим максимально тщательный отбор кандидатов для такой формы подготовки, а также соответствующее поведение руководителей, исключающее эти отрицательные последствия во время

проведения курсов. Подчеркивается, что подготовка в тренинговых группах должна осуществляться в рамках определенной теоретической концепции.

По мере все большей интеграции психотерапии в лечебную, психопрофилактическую и психогигиеническую практику возникают новые задачи в области психотерапевтического образования. Проводится подготовка по психотерапии спортивных, школьных врачей, врачей медико-санитарных частей промышленных предприятий и др. Возрастает потребность в детских и подростковых психотерапевтах. Все большее признание получает служба семьи и брака, работа кризисных центров и т. д., что приводит к росту потребности в квалифицированных специалистах по семейной психотерапии, к необходимости планирования и осуществления их подготовки.

В настоящее время эффективность обучения психотерапии уже не мыслится без использования современной видеотехники, специальных теле- и кинофильмов, стенограмм психотерапевтических сеансов. Возможность возвращаться при необходимости к занятиям терапевтических групп и групп лабораторного тренинга психотерапевтов, анализ

отдельных эпизодов занятий, основанный на стенографии и видеозаписи, позволяют значительно повысить эффективность психотерапевтического образования.

Специалисты в области психотерапии более других профессионалов подготовлены к жизни в изменяющемся обществе, в том числе - в переживающем кризисы. Ведь психотерапевты ежедневно работают с человеческими проблемами, кризисами, неуспешностью. Психотерапевты каждый день ищут и находят выходы из самых сложных и неординарных ситуаций. Сама профессия психотерапевта предполагает деятельность в постоянно изменяющихся условиях, приспособление людей к этим условиям, создание более благоприятных условий жизни.

Таким образом, наше общество осознает необходимость психотерапии, хотя пока недостаточно осознает, что занятие психотерапией - это профессиональная деятельность.

Последипломное обучение и повышение квалификации психологов в области психотерапии в настоящее время также осуществляется в системе институтов усовершенствования врачей, на кафедрах психотерапии и медицинской психологии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ МЕЖНАЦИОНАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К НОВОЙ КУЛЬТУРНОЙ СРЕДЕ

И.Я. Раченкова

г. Алматы

Введение

Актуальность поставленной проблемы психолого-лического содержания межнациональных конфликтов в процессе адаптации к новой культурной среде обусловлена непреходящей значимостью такого сложного и многогранного явления, как межнациональные взаимоотношения, особенно требующие внимательности в современных условиях, когда экономическая ситуация вынуждает к быстрой перестройке и необилигации как отдельных людей, так и различных групп. Исторически сложившаяся ситуация в нашей стране требует поиска адаптивного разрешения возможных конфликтов, учитывая психологические особенности межнациональных и межэтнических взаимодействий. Актуальность темы также обусловлена современным системным кризисом в странах СНГ, не в меньшей мере и современной социально-политической ситуацией в мире.

В современных условиях международные контакты становятся все более интенсивными и разнообразными. Все большее количество людей вовлекается непосредственно в различные формы межэтнического взаимодействия. Туристы, участни-

ки научных конференций и т.п. оказываются в не-привычном окружении на непродолжительное время. Визитеры (деловые люди и студенты) длительное время живут в стране. Переселенцы покидают родные места навсегда. И у всех у них в той или иной степени возникает проблема взаимопонимания с представителями иного народа и адаптации к новой культурной среде. Наиболее ярко данная проблема выражена у последних (переселенцев), особенно в случаях вынужденной миграции. Установление непосредственных контактов между конкретными представителями разных стран не приводят к полному пониманию иностранных культур. Возникает напряжение, которое при неблагоприятных условиях, а часто и без них, может привести к серьезным конфликтам, как межличностным, так и внутриличностным. В нашей стране межэтнические конфликты, к сожалению, стали повседневной реальностью. Поэтому процесс общения в многонациональном государстве должен строиться с учетом этнопсихологического фактора. Особенности национальной политики, выступавшей за рост этнической солидарности народов бывшего СССР, тормозили подобные исследования, и это привело

к тому, что в нашей стране данная проблема стала активно изучаться лишь последние годы.

В настоящее время доминирует представление, что конфликт - не только естественная форма общественной жизни, но и средство интеграции, стабилизации и поддержания внутригруппового единства. Но этнический конфликт, как правило, связан с человеческими жертвами, с огромными моральными и материальными издержками. Поэтому возможные положительные стороны конфликта не могут служить его оправданием. В любом смысле он нежелателен и в реальной жизни, и в качестве единственной концептуальной основы исследования межэтнических отношений. Индикатором состояния межгрупповых отношений и их регулятором является стереотип. Функционируя внутри группы, стереотипы, будучи включенными в динамику межгрупповых отношений, выполняют регуляторно-интеграционную функцию для субъектов социального действия при разрешении социальных противоречий. Именно эти свойства социального стереотипа делают его эффективным регулятором, когда социальные отношения в условиях обострения противоречий редуцируются к межгрупповым. При этом регуляция приобретает как бы самостоятельное существование и психологически возвращает социальные отношения в историческое прошлое, когда групповой эгоизм глушил ростки будущей общечеловеческой зависимости самым простым и древним образом: путем уничтожения, подавления иногообразия в поведении, ценностях, мыслях. Это «возвращение в прошлое» позволяет этническому стереотипу в то же время выполнять функцию психологической компенсации в результате дисфункций идеологических, политических и иных регуляторов интеграции при межгрупповых взаимодействиях и взаимоотношениях.

Когда сталкиваются интересы двух групп, обе претендуют на те же блага и территории; в условиях социального противостояния и девальвации общих ценностей и целей, национальные (классовые) цели и идеалы становятся ведущими социально-психологическими регуляторами массового социального действия. Поэтому процесс поляризации по этническому (социальному) признаку неизбежно начинает выливаться в противостояние, конфликт, который блокирует удовлетворение базовых социально-психологических потребностей обеих групп.

Ценность данного исследования также заключается в возможности подойти к изучению особенностей межнациональных конфликтов, отследив систему феномена формирования и развития стереотипа в группах социально или национально определяемых, проявив условия возникновения, свойства и содержание стереотипов через систему групповых отношений, можно одновременно решить и другую задачу - исследовать сущность социально-го и личностного в конфликтах, вынуждающих к

групповой идентификации, а также такие полидетерминированные явления как потребность во власти, девиантность, конформизм, агрессия и др. Кроме того, необходимость изучения взаимосвязи исследуемых явлений обоснована, на наш взгляд, следующим. Известно, что существенной причиной этнических конфликтов является стремление нации к своей однородности, точнее, этнической идентичности, зачастую провоцирующее возможные конфликтные ситуации, которые требуют особых техник их преодоления. Основные стратегии заключаются в том, что индивид стремится или избежать конфликтной коллизии или адаптироваться к ее требованиям («полевое» поведение), или преобразовать её в соответствии с особенностями возникшего конфликта и задачами дальнейшего поведения. В межгрупповых конфликтах немало спонтанного, стихийного, взрывного, связанного с импульсивным поведением больших масс людей, объединенных определено.

На наш взгляд, даже при самых благоприятных условиях контакта между представителями различных групп, например, при постоянном взаимодействии, совместной деятельности, частных и глубоких контактах, относительно равном статусе, отсутствии явных различительных признаков, у переселенца могут возникнуть сложности и напряженность при общении с представителями страны пребывания. Поэтому большое значение приобретает изучение межкультурной адаптации, в широком смысле слова понимаемой как сложный процесс, благодаря которому человек достигает соответствия (совместимости) с новой культурной средой, а также результат этого процесса. Обычно выделяют внутреннюю (выражающуюся в чувстве удовлетворенности и полноты жизни) и внешнюю (которая проявляется в участии индивида в социальной и культурной жизни новой группы) стороны адаптации.

Анализ показывает, что и чисто этнические на первый взгляд конфликты далеко не всегда сводимы к реальному столкновению этносов. Поведение людей в конфликте опирается на накопленное с неизвестных времен культурное богатство, на имеющийся опыт разрешения конфликтов. Современный человек, с одной стороны - находится под мощным воздействием усложнения всех видов связей, взаимопроникновения различных культур. Но с другой стороны - он не преодолел архаичные формы освоения мира, центром которых является конфликт между локальной племенной группой и всеми остальными.

Длительные, по видимости нормальные отношения между этническими группами, мгновенно разрушаются во время кризисов любого типа, т.к. может оказаться, что в соответствующей культуре разрешение конфликта видится именно на пути избегания, изгнания другой группы.

Поэтому в соответствии с социально-психологическими закономерностями на первый план межгрупповых отношений в обществе выдвигается этнический (классовый) фактор, как более древний, выполнивший в процессе филогенеза функцию группового выживания.

Важную роль при изучении межнациональных конфликтов занимают когнитивные процессы, которые с одной стороны - поддерживают напряженность между группами и способствуют развитию конфликтов, с другой стороны - могут способствовать снятию напряженности. Информация о сходстве и различиях между культурами и их представителях также ведёт к улучшению отношений между ними. Очень важный фактор - образование. Оно не освобождает человека от предрассудков, но расширяет кругозор, делает мышление более гибким и менее стереотипным.

Степень разработанности проблемы. Говоря об исследовании проблемы межнациональных конфликтов и адаптации к новой культурной среде, следует отметить, что до недавнего времени проблематика межгрупповых конфликтов оставалась на периферии основных течений в зарубежной социальной психологии, а сама эта область - одной из наименее исследуемых. До 60-х годов XX века исследование межгрупповых отношений в социальной психологии не конкретизировалось в рамках какой-либо школы или единого направления. Межэтнические взаимодействия долгое время рассматривались, как система развития личности в социальных взаимодействиях З. Фрейд (1925, 1930), Г. Лебон (1896), Мак-Даугал (1916), Т. Адорно и сотрудников (1950).

Берковитц объясняет расовые волнения в США, расширил понятие « frustratio », включив в него феномены « относительной депривации ». Самым главным в его концепции было то, что понятие « объекта агрессии » расширялось до целой группы или этнической общности. Аналогичной точки зрения придерживался и Т. Гарр, писавший, что механизмы фрустрации-агрессии « представляют основную мотивационную связь между относительной депривацией и потенциалом для коллективной ненависти ». Второй этап в развитии исследований в данной области и соответственно вторая группа подходов датируется началом 50-х годов. Эти исследования получили развитие главным образом в рамках интеракционистской, а впоследствии и когнитивистской ориентации. Шериф, Гарви и др. (1961), основываясь на полевых экспериментах, дали описание межгрупповой динамики в отношениях подростков. Когда две группы стремятся к одной и той же цели, причем ни одна из групп не может достигнуть эту цель до тех пор, пока другая пытается сделать то же самое, между группами развивается конфликт: члены одной группы могут

осуществлять только враждебные контакты с членами другой группы. В этих условиях внутри группы возрастает сплоченность, групповая структура (статусно - позиционная) приспосабливается к конфликтной ситуации. Естественное средство, способное уменьшить враждебность, - наличие и возможность осуществления «высших» целей, которые требуют общих усилий со стороны всех членов каждой группы» (Дуз, 1973). Согласно теории Кэмпбелла (1979) реальный конфликт интересов между группами (актуальный или имевший место в прошлом, или предполагаемый), обуславливает отношение реальной угрозы со стороны другой группы. Третья группа подходов к проблеме межгруппового взаимодействия и общения - когнитивистские подходы. Сюда можно отнести теорию социальной идентичности А. Тешфела и Д. Тернера, которые экспериментально доказали, что социальная категоризация и связанное с ней социальное сравнение сами по себе достаточны для возникновения аутгрупповой дискриминации. Чтобы удовлетворить свою основную потребность в самоуважении, личность склонна искать и находить позитивные отличия своей группы от всех остальных - позитивную социальную (этническую) идентичность. Если она не удовлетворена, возникает состояние кризиса социальной идентичности.

Лишь после начала перестройки в странах СНГ стали уделять внимание многогранности процесса межнациональных отношений. Особенности национальной политики, выступавшей за рост этнической солидарности народов бывшего СССР, тормозили подобные исследования, и это привело к тому, что в нашей стране данная проблема стала активно изучаться лишь последние 20 лет. Бородкин Ф.М. и Володина Н.П. в своей работе «Социальная напряженность и агрессия» выделяют особенности современных тенденций в этом вопросе. Новую русскую диаспору через социально-психологический анализ рассматривают Лебедева Н.М., Солдатова Г.У. и Стефаненко Т.Г., занимаясь вопросами этнопсихологии.

Отдельно можно выделить подход В.С. Агеева, в центре внимания которого лежит проблема адекватности межгруппового восприятия, и идеи Б.Ф. Поршнева о том, что межгрупповой контакт соединяет в себе два основных процесса - процесс суггестии (направленный на сплочение своей группы) и процесс контрсуггестии (направленный на отдаление чужой группы).

Одни и те же люди в одних обстоятельствах будут взаимодействовать в большей степени как индивиды, а в других - в большей степени как члены группы. Степень влияния межгрупповых отношений на межличностные отношения, зависит от того, насколько включенные в них люди воспринимают себя и других, прежде всего, как членов какой-либо группы. Исследования в этом направлении может

дать прояснение, как системам возникновения межгрупповых конфликтов, так и системам их управляемости и адекватного разрешения.

Основной целью работы является исследование особенностей межнациональных конфликтов, возникающих в процессе адаптации к новой культурной среде.

Эта общая цель конкретизировалась в следующих основных задачах:

1. Дать общую характеристику поставленной проблемы путем обобщения литературных данных.
2. Выявить основные культурные различия между русскими и переселенцами из кавказского региона.
3. Определить наиболее общие проблемные ситуации, источники межнациональных трений и конфликтов вследствие культурной нестыковки двух данных этносов.
4. Проследить особенности адаптации переселенцев.

Дополнительные цели, сформулированные в процессе исследования:

- выявить отношение учителей к детям мигрантов из кавказских республик, проживающих в г. Ярославле;
- обнаружить некоторые индивидуальные характеристики учителей, коррелирующие с проявлением отношения педагога к детям указанной группы; конкретизируются в следующих задачах:
- выявить стереотипы отношения учителей к ученикам указанной группы;
- рассмотреть, как влияют на проявление негативного отношения учителей их индивидуальные характеристики;
- рассмотреть, как сами педагоги относятся к проблеме межгруппового общения в школе.

Основная гипотеза исследования: Мы выдвинули гипотезу о том, что чем хуже человек адаптирован к новой культурной среде, тем чаще он, оказывается, вовлечен в конфликты с представителями чужого этноса.

Рабочая гипотеза: Проявление в педагогическом процессе, как форме социального взаимодействия особенности личности учителя в таких индивидуальных характеристиках, как экстраверсия, типы поведения в критических ситуациях; когнитивность, удовлетворенность уровнем образования.

Объектом исследования являются: психологические структурные элементы, обуславливающие проявления межнациональных трений и конфликтов.

Предмет исследования: социально-психологические закономерности и механизмы взаимодей-

ствия социальных субъектов, обусловливающие вовлечение в конфликты с представителями чужого этноса.

Теоретико-методологическая основа исследования: системный подход, принцип социальной детерминации личности, принцип развития через разрешение противоречий, принцип ценности человеческого бытия, структурно-системный подход к личности, принцип единства психики и деятельности, субъектно-деятельностный принцип и принцип преломления внешнего через внутренние условия позволили комплексно исследовать изучаемую проблему. Идейно-теоретическую основу исследования составили труды Гарви, Кэмпбелла, З. Фрейда, А. Тешфела, Д. Тернера, Т. Адорно, Мак-Дугалла, М. Шерифа, У. Липмана, Эдварда, С.Л. Рубинштейна, Н.М. Лебедевой, В.С. Агеева, Б.Ф. Поршнева и др.

Методы исследования. В работе использовались стандартные психологические методы, а также статистические методы обработки данных. К первым относятся следующие методики:

- а) модифицированный вариант методики Буддасси, направленный на выявление личностной оценки окружающих людей и на выявление оценки личности со стороны окружающих людей (окружающими людьми);
- б) измененная нами методика Дембо-Рубинштейн на оценку понимания русских;
- в) методика незаконченных предложений Сакса и Сиднея;
- г) метод выявления межкультурных заимствований Н.М. Лебедевой, разработанное нами нестандартизированное интервью, которое содержит вопросы, предполагающие развернутые ответы, касающиеся некоторых особенностей взаимоотношений переселенцев с титульной нацией, отношение к стране, к власти и т. п.

Исследование проводилось в форме интервью, объединяющего в себе все методики.

Ко вторым – методы определения элементарных математических статистик, методы определения вторичной статистической обработки результатов, в том числе метод корреляционного и факторного анализа.

Достоверность результатов исследования обеспечивалась комплексностью анализа проблематики при определении исходных теоретико-методологических принципов её исследования; совокупностью эмпирических и теоретических методов, адекватных целям и задачам исследования; применением методов математической статистики; использованием стандартных и обоснованных психодиагностических методов. Общая численность выборки составила 50 человек (26 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 25 до

55 лет. Национальный состав выборки: армяне - 36%; грузины - 20%; чеченцы - 20%; дагестанцы - 20%; русские - 4%.

Установочные данные

Психология межэтнических отношений занимает особое место среди всех ветвей этнопсихологии и лишь косвенно связана с культурантропологией и остальными отраслями психологии. Не существует особых, свойственных исключительно межэтническим отношениям, психологических явлений и процессов: все они являются универсальными для межгрупповых отношений.

В мировой науке нет четкости в обозначении рассматриваемой нами области: термины «межгрупповые отношения», «межгрупповое взаимодействие» и даже «межгрупповой конфликт» употребляются почти как равнозначные. Однако мы считаем, что термин «межгрупповой конфликт» не охватывает все сферы данной области, хотя конфликтные отношения между группами - неотъемлемое свойство человеческого общества, такое же неотъемлемое свойство - сотрудничество и даже интеграция групп. Однако многие социальные психологи под межгрупповыми отношениями понимают, прежде всего, отношения между индивидами как представителями конкретных групп. Такой точки зрения придерживался британский социальный психолог А. Тэшфел, который все отношения между людьми располагал на континууме, полюса которого составляют межэтнические отношения и межгрупповые отношения между представителями конкретных и ясно различимых групп.

Чистые межличностные отношения, на которые не влияет принадлежность общающихся к каким-либо группам, можно представить лишь как полюс некоего теоретического континуума, на другом полюсе которого располагаются тоже межличностные отношения, но в максимальной степени подвергающиеся влиянию межгрупповых отношений. А подавляющее большинство случаев взаимоотношений между людьми находится в разной степени отдаленности от полюсов.

Говоря о социально-психологических концепциях причин, порождающих межкультурные конфликты важно упомянуть следующие:

- инстинкт «дракливости» (Мак-Дугалл В., 1900-е годы);
- влечения к смерти (З. Фрейд, 30-е годы);
- особенности социализации через (Т. Адорно, 50-е годы) авторитарность и конфликтность;
- биологически-заданная внутривидовая агрессивность (К. Лоренц, 60-е годы), - направленность агрессии на особей своего вида вплоть до их полного уничтожения. Ситуационные переменные (М. Шериф, 70-е годы).

Именно рассматриваемые совместно все выше-перечисленные теории позволили человечеству получить многомерное, объемное и более - менее структурированное видение сложнейшей проблемы социальных конфликтов. Это видение формировалось постепенно, шаг за шагом. К началу третьего тысячелетия стало ясно, что человек, как сложнейший живой организм, реагирует на самые разные факторы изменения внешней и внутренней среды - от биологически заданных до социально обусловленных. Разделить их и определить значение каждого фактора в живой и конкретной ситуации неизмеримо сложнее, чем в научной работе. И все же, такое структурирование помогает нам понять, что развитие и изменения каждого из нас происходят непрерывно и неизбежно влекут за собой необходимость соизменений (хотя бы только на уровне отношений) со стороны окружающих, находящихся в своих, как правило, иных ритмах и переживающих собственные изменения. Логика и этапы биологического и социального развития каждого конкретного человека уникальны, несмотря на множество теорий, описывающих общие закономерности, единые для всех представителей рода человеческого. Таким образом, конфликты между людьми, группами, сообществами - естественное продолжение развития и следствие многофакторных и многовариантных диссонансов - десинхронизаций этапов и логик развития отдельных личностей, групп, сообществ.

Следующий аспект, раскрываемый социальной психологией и позволяющий глубже понять проблемы межнациональных конфликтов, становится более важным при знакомстве с классификацией типов человеческих конфликтов.

Одним из важнейших принципов - критериев анализа конфликта - является системный подход, распространенный в настоящее время практически во всех научных дисциплинах. Следуя его логике, можно выделить следующие виды конфликтов:

- внутриличностный;
- межличностный и групповой;
- межгрупповой или организационный;
- системный или массовый.

Благодаря такому классифицированию, мы приобретаем системное видение любого конфликта. Скажем, конфликт в организации мы можем рассматривать как с точки зрения диссонанса между конфликтными, невротичными личностями - сотрудниками этой фирмы (микроуровень), так и с точки зрения влияния мезофакторов - нечеткой структуры и недостаточно четких должностных инструкций, борьбы за увеличение бюджетов подразделений. Для разговора о мультикультурных конфликтах возможность системного анализа особенно важна. Именно благодаря ей становятся понятными источники или «слои» разжигания или разрешения крупных массовых конфликтов: от оби-

женного человека - к воинственному и воюющему племени, от государства - агрессора - к развитию патологической обиды на весь мир у большинства его граждан. Или от толерантных и образованных граждан - к толерантному гражданскому обществу, от общества, признающего толерантность и мультикультурализм как ценности бытия - к гражданам, способным быть толерантными. Толерантными - значит, способными понять внутреннюю логику другого человека как равновозможную, и, вместе с тем, принять принципиальную невозможность синхронизировать ритмы и темпы развития всех и всяческих людей на планете. Мультикультурными - значит, восприимчивыми ко всему многообразию различий между людьми, но не стремящимися искоренить эти различия, а, наоборот, рассматривающими их, как источник развития, энергии и творчества.

И неважно, с какой стороны начато движение - важно, что все и всяческие усилия и тенденции, так или иначе, находят отклик на всех прочих уровнях или «слоях» системы. А значит, стремление к толерантности важно поддерживать во всех возможных «слоях» - от государственной программы её развития до толерантности по отношению к субличностям и граням собственной человеческой индивидуальности.

В современной конфликтологии и социальной психологии термин «мультикультурные конфликты» пока не принят и ещё не распространён. Обычно говорят об этнических конфликтах как о конфликтах, которые связаны с идентификацией человеком себя с какой-то национальной культурой, с каким-то этносом.

Многие исследователи приводят классификации именно этнических конфликтов, относя к ним все те разногласия, которые возникают между людьми, относящими себя к разным этносам. Но, что, если попробовать заменить, например, в вышеприведенном тексте об этнических конфликтах «этничность» на любой другой признак? Например, на профессию или на стаж проживания в коммунальной квартире? Мы можем получить систему управления конфликтом, основываясь на полученных закономерностях.

Последствия межгруппового взаимодействия рассматриваются в большинстве исследований с точки зрения контактных гипотез, общим положением для которых является следующее: чем больше контактов между разными группами, тем меньше предрассудков возникает у данных групп по отношению друг к другу (теория развития межличностных отношений Миллера и Стойнберга; концепция «дружбы» Р. Белла и др.). Однако здесь следует учитывать качества контактов.

Таким образом, мы рассмотрели некоторые группы подходов к проблеме межгруппового взаимодействия и общения: мотивационные подходы,

ситуационные, когнитивные и подходы на основе межгруппового восприятия. Большинство из них позволяют взглянуть на этнос как на социальную группу и рассматривать ряд этнических проблем как проблемы межгрупповые, среди которых значительное место занимают конфликтные отношения.

Далее мы рассмотрим феномен стереотипа и его составляющие. Считается, что наше поведение и мировоззрение подчиняются определенным паттернам или стереотипам. Не исключаем, что феномен стереотипа присутствует в отношениях различных групп. Стереотипы являются чувственно-окрашенными образами, аккумулирующими в себе социальный и психологический опыт общения и взаимодействия индивидов.

Этнический стереотип – разновидность социального. Это обобщенное представление о физическом, нравственном и умственном облике представителей различных этнических групп.

Стереотип может быть представлен как автотип или гетеростереотип. Гетеростереотип – это представление членов конкретной общности о другой этнической группе, а автостереотип – это образ своего этноса.

У. Липман в работе «Общественное мнение» выдвинул два основных принципа возникновения стереотипов:

1. Принцип экономии усилий (новые обстоятельства подводятся под уже имеющиеся категории). При этом познавательный процесс остается на уровне обыденного сознания, ограничиваясь житейским опытом.
2. Защита индивидуальных и групповых ценностей.

В механизме формирования стереотипов вовлечены схематизация и категоризация, а также другие когнитивные процессы, прежде всего, каузальная атрибуция или объяснение человеком причин своего или чужого поведения.

Стереотип обладает свойствами фиксированной установки. Он акцентирует, усиливает определенные свойства объекта в соответствии с его валентностью. Прочность стереотипа неразрывно связана с прочностью фиксации именно валентности, т.е. закрепления объекта в системе ценностной ориентации индивида. Также стереотип обладает:

- а) в статическом плане – целостностью, оценочностью, наличием доли ошибочной информации;
- б) в динамическом плане – устойчивостью, ригидностью, консерватизмом, низкой пластичностью в отношении новой информации;
- в) в структурном плане – сочетанием эмоционального, волевого и рационального элементов.

По содержанию стереотипы можно разделить на две категории:

-
-
- 1) стереотипы, характеризующие людей, как членов определенных социальных, национальных и политических групп;
 - 2) стереотипы, характеризующие личностные особенности людей по их поведению, физическим качествам, оформлению внешности и т.д.

Стереотипы включают три компонента:

- 1. Когнитивный - описывает содержание стереотипа;
- 2. Аффективный - выражает отношение человека к объекту познания;
- 3. Поведенческий - восприятие особенностей поведения представителей другой группы.

Структура стереотипа имеет четыре измерения по Эдварду:

- a) содержание стереотипа (это набор характеристик, приписываемых какой-либо группе);
- б) единство (т.е. степень согласования респондентов в приписывании этнической группе тех или иных характеристик);
- в) направленность (общее положительное или отрицательное восприятие объекта стереотипизации). Она может быть выведена непосредственно из содержания стереотипа);
- г) интенсивность (степень предубежденности по отношению к стереотипизируемой группе, выраженной в стереотипе; данное измерение производится ранжированием характеристик, приписываемых группе).

Главные выводы исследований в области социального стереотипа были сформулированы Г. Тэджел в следующих шести положениях:

- 1. Люди с легкостью проявляют готовность характеризовать обширные человеческие группы недифференцированными, грубыми и пристрастными признаками.
- 2. Такая категоризация стремится оставаться совершенно стабильной в течение очень долгого периода времени.
- 3. Социальные стереотипы в некоторой степени могут изменяться в зависимости от социальных, политических или экономических изменений, но этот процесс происходит крайне медленно.
- 4. Стереотипы становятся более отчетливыми и враждебными, когда возникает социальная напряженность между группами.
- 5. Они усваиваются очень рано и используются детьми задолго до возникновения ясных представлений о тех группах, к которым они относятся.
- 6. Социальные стереотипы не представляют большой проблемы, когда не существует явной враждебности в отношениях группы, но их в высшей степени трудно модифицировать и управлять ими в условиях значительной напряженности и конфликта.

Существуют две точки зрения на конфликт. Одни исследователи считают, что социальные конфликты несут угрозу, опасность распада общества. У других ученых иная точка зрения. Так, социолог структурно - функционального направления Льюис Козер пишет: «Конфликт препятствует окостенению социальных систем, вызывая стремление к обновлению и творчеству». Другой немецкий социолог Ральф Дарендорф утверждает, что и конфликты незаменимы как фактор всеобщего процесса социального изменения. Автор не согласен с вышеуказанными утверждениями ученых. На наш взгляд, межнациональный конфликт – это нежелательное явление в жизни общества, которое является своего рода тормозом в решении проблем общественной жизни людей различных национальностей. Индикатором состояния межгрупповых отношений и их регулятором является стереотип. Функционируя внутри группы, стереотипы, будучи включенными в динамику межгрупповых отношений, выполняют регуляторно - интеграционную функцию для субъектов социального действия при разрешении социальных противоречий. Известно, что существенной причиной этнических конфликтов является стремление нации к своей однородности, точнее, этнической идентичности, зачастую провоцирующее возможные конфликтные ситуации, которые требуют особых техник их преодоления. Основные стратегии заключаются в том, что индивид стремится или избежать конфликтной коллизии или адаптироваться к её требованиям («полевое» поведение), или преобразовать её в соответствии с особенностями возникшего конфликта и задачами дальнейшего поведения.

Исследователи предлагают самые разные классификации этнических конфликтов. Но с точки зрения психолога, учитывая динамику конфликта, само противоречие между группами, имеющими несовместимые цели в борьбе за ограниченные ресурсы (территорию, власть, престиж), оказывается лишь одной из стадий конфликта - той стадией, которую обычно называют объективной конфликтной ситуацией. Отметим, что конфликт не только не начинается с началом конфликтных действий, но и не заканчивается с их окончанием. После завершения прямого противодействия - на этапе «зализывания ран» - конфликт может сохраняться в форме социальной конкуренции и проявляться в образе врага и в предубеждениях. Данное явление наблюдается сейчас в России по отношению к чеченцам.

Под этническим конфликтом в широком смысле слова мы понимаем любую конкуренцию между группами - от реального противоборства за обладание ограниченными ресурсами до конкуренции социальной - во всех тех случаях, когда в восприятии хотя бы одной из сторон противостоящая сторона определяется с точки зрения этнической принадлежности ее членов.

Прежде всего, это изменения в когнитивной сфере:

1. *Социальная категоризация*. Она обеспечивает индивидов системой ориентации в мире, определяет их место в обществе. В ходе конфликта возрастает значение двух важных последствий социальной категоризации:

- члены одной группы воспринимаются как более похожие друг на друга, чем они есть на самом деле. Акцент на внутригрупповом сходстве приводит к деиндивидуализации, выражющейся в чувстве собственной анонимности и недифференцированным отношении к отдельным представителям чужой группы. А деиндивидуализация облегчает осуществление агрессивных действий по отношению к «врагам».
- члены двух групп воспринимаются как более отличающиеся друг от друга, чем они есть на самом деле. Часто культурные и даже языковые границы между этническими общностями неопределенны и трудноуловимы. Но в конфликтной ситуации субъективно они воспринимаются как яркие и четкие.

2. *Межгрупповая дифференциация*. Протекает в форме противопоставления своей и чужой группы: большинство противопоставляется меньшинству, коренное население чужакам.

3. *Иллюзорная корреляция*. Означает, что два класса явления воспринимаются как тесно связанные между собой, хотя на самом деле связь между ними либо вообще отсутствует, либо она намного слабее. Данный феномен помогает понять механизм формирования и причину устойчивости социальных стереотипов. Так, этнические стереотипы могут интерпретироваться как иллюзорная корреляция между групповым членством и негативными групповыми свойствами или поведением: чеченцы - агрессивные, немцы - педанты, русские - пьяницы. А. Тэшфел писал, что люди с легкостью проявляют готовность характеризовать обширные человеческие группы грубыми и пристрастными признаками. Такая категоризация остается стабильной в течение длительного времени, стереотипы могут изменяться в зависимости от социальных, политических, экономических изменений. Социальные стереотипы не представляют большой проблемы, когда не существует явной враждебности, но ими очень трудно управлять в условиях значительной напряженности.

4. *Социальная каузальная атрибуция*. Люди склонны приписывать ответственность за негативные события группе меньшинства. С помощью атрибуции группа большинства оправдывает совершаемые или планируемые действия против чужаков. Особой формой каузальной атрибуции является атрибуция заговора, для которой характерно то, что она возникает в ситуации экономического, со-

циального, политического кризиса или бедствий типа эпидемии, и подчеркивается групповой характер заговора - вредителями объявляется группа меньшинств. Таким образом, когнитивные процессы поддерживают напряженность между группами и способствуют развитию конфликтов. Снятию этой напряженности, по Лоренцу, способствуют две наиболее мощные силы: личное знакомство людей разных наций и воодушевление одним идеалом. Информация о сходстве и различиях между культурами и их представителях также ведет к улучшению отношений между ними. Очень важный фактор - образование. Оно не освобождает человека от предрассудков, но расширяет кругозор, делает мышление более гибким и менее стереотипным.

Исследователи рассматривают множество переменных, от которых зависит благоприятность взаимодействия представителей разных культур:

- территория, которая может быть общей или «своей» для одной из групп;
- продолжительность взаимодействия;
- цель (совместная деятельность, проживание, учеба, досуг);
- типы вовлечения в жизнь общества;
- частота и глубина контактов;
- относительное равенство статуса и прав;
- численное соотношение (большинство - меньшинство);
- явные различительные признаки (язык, религия, раса).

Долгое время исследования проводились только при изучении аккультурации, которую Р. Рэдфилд, Р. Линтон и М. Херсковиц определили как «результат непосредственного длительного контакта групп с разными культурами, выражающийся в изменении паттернов культуры одной или обеих групп». Поэтому большое значение приобретает изучение межкультурной адаптации, в широком смысле слова понимаемой как сложный процесс, благодаря которому человек достигает соответствия (совместимости) с новой культурной средой, а также результат этого процесса. Обычно выделяют внутреннюю (выражающуюся в чувстве удовлетворенности и полноты жизни) и внешнюю (которая проявляется в участии индивида в социальной и культурной жизни новой группы) стороны адаптации.

Успешное приспособление определяется как ощущение гармонии с ближайшим окружением; основное внимание уделяется анализу чувства удовлетворенности, психологического благополучия и душевного здоровья «чужаков». Это отражается в понятии «культурный шок», который был введен К. Обергом. Проблема культурного шока обычно рассматривается в контексте кризиса процесса адаптации, в соответствии с которой Г. Триандис выделяет 5 этапов процесса адаптации переселенцев:

1. «Медовый месяц». Характеризуется энтузиазмом, приподнятым настроением и большими надеждами.

2. Непривычная окружающая среда начинает оказывать свое негативное воздействие, приводит к разочарованию, замешательству, фрустрации и депрессии. В этот период «чужак» пытается убежать от реальности, общаясь преимущественно с земляками.

3. Симптомы культурного шока достигают критической точки, что проявляется в серьезных болезнях и чувстве полной беспомощности. Не сумевшие успешно адаптироваться в новой среде мигранты возвращаются на родину. Однако чаще переселенцы получают социальную поддержку окружения, что помогает им преодолеть межкультурные различия.

4. Депрессия медленно сменяется оптимизмом, ощущением уверенности и удовлетворения. Человек чувствует себя более приспособленным и интегрированным в жизнь общества.

5. Долгосрочная адаптация, которая подразумевает относительно стабильные изменения индивида в ответ на требования среды.

Степень выраженности культурного шока и продолжительность межкультурной адаптации определяются многими факторами, которые можно разделить на индивидуальные и групповые.

Индивидуальные факторы:

- демографические и личностные характеристики: возраст, пол, образование. Авторитарные, ригидные и не толерантные к неопределенности индивиды менее эффективно адаптируются к особенностям новой культуры;
- обстоятельства жизненного опыта индивида: готовность мигрантов к переменам, наличие доконтактного опыта, установление дружеских отношений с местными жителями.

Среди групповых факторов необходимо выделить характеристики взаимодействующих культур:

- степень сходства или различия между культурами.
- особенности культуры, к которой принадлежат переселенцы.
- особенности страны пребывания.

Этнопсихологический и классовый аспекты в педагогике отслеживаются особенности вкладывания в менталитет ребенка особенностей семейных, национальных, классовых традиций. Содержание образования в учебно-воспитательных институтах с полиглосским (многоклассовым) составом учащихся включает в себя три взаимосвязанных компонента:

- обеспечение каждому возможности самоидентификации, как представителю той или иной национальной культуры и традиции, класса;

- создание условий равноправного диалога с окружением;
- вовлечение растущей личности в цивилизованные процессы, основывающиеся на национальных, общероссийских и общечеловеческих ценностях.

Проводя экспериментальное исследование особенностей межнациональных конфликтов в процессе адаптации к новой культурной среде, нами применена следующая методология исследования. Методологические принципы акмеологии (комплексный, системный, субъектный, принципы детерминизма, развития и гуманизма) в сочетании с авторской концепцией зависимости адаптированности к новой культурной среде и развитие этнических конфликтов, как формы мультикультурального конфликта, позволяют наметить принципы управления межкультуральными факторами, когда представители различных этносов воспринимают культурологические отличия как компенсацию отсутствия тех качеств, которые есть в их собственной культуре.

На основании полученных результатов исследования приводим их анализ и интерпретацию. В целях подтверждения взаимосвязи межнациональных конфликтов от адаптированности к новой культурной среде было проведено двухэтапное психо-социальное исследование в форме анонимного психологического комплексного тестирования 50 человек (26 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 25 до 55 лет, мигрировавших из Кавказских республик и проживающих в городе Ярославле (РФ) в различное время.

Целью исследования явилось выявление основных культурных различий между русскими и переселенцами из кавказского региона и определение наиболее общих проблемных ситуаций, источников межнациональных трений и конфликтов вследствие культурной нестыковки двух данных этносов, а также особенности адаптации переселенцев.

Основной гипотезой пилотажного исследования стал тезис о том, что адаптированность к новой культурной среде, позволяет избежать вовлечения в конфликты с представителями чужого этноса.

Дополнительная гипотеза: по мере повышения когнитивных возможностей и развитию интровертированности личности, снижается уровень отчужденности и возрастает адаптивность.

Для выполнения поставленных задач был проведен опрос мигрантов из регионов Кавказа, проживающих в Ярославле. Всего было опрошено 50 человек (26 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 25 до 55 лет. Национальный состав выборки: армяне - 36%; грузины - 20%; чеченцы - 20%; дагестанцы - 20%; русские - 4%.

Продолжительность проживания в Ярославле:

- от 2 до 20 лет.

Образование:

- высшее - 40%;
- среднее специальное (техническое) - 60%.

Семейное положение:

- женаты/замужем, детей нет - 12%;
- женаты/замужем, 1 ребенок - 20%;
- женаты/замужем, 2 детей - 40%;
- женаты/замужем, 3 и больше детей - 28%.

Браки:

- одинонациональные - 64%;
- разнонациональные - 36%.

Для выявления личностной оценки окружающих людей и выявления ожидаемой оценки со стороны окружающих людей мы использовали модифицированный вариант методики С.А. Будасси, в результате которого мы получили коэффициент идеала и антиидеала.

Модифицированная методика Дембо - Рубинштейн на оценку понимания русских дала возможность графически оценить уровень понимания иной национальности у тестируемых лиц.

Методика незаконченных предложений Сакса и Сиднея, направленная на изучение системы отношений личности в различных областях. Нас особенно интересовали следующие параметры: отношение к будущему, к прошлому, к друзьям и знакомым, жизненные цели, страхи и опасения, основные культурные особенности мигрантов, и определить, насколько благоприятно проходит адаптация.

Метод выявления межкультурных заимствований Н.М. Лебедевой проявляет актуализацию социально - перцептивных представлений о взаимных культурных заимствованиях у членов, контактирующих этнических групп по признаку негативно или позитивно оцениваемых и по некоторым содержательным различиям. Это позволяет судить о степени дифференцированности в сознании культурных отличий и о приобретенных особенностях в результате межгруппового общения и взаимодействия. Показатели:

- соотношение позитивных и негативных оценок взаимовлияния культур.

Доля «психологических» заимствований (или заимствований во внутренне-культурных чертах) своей культуры от соседней. Разработанное нами нестандартизированное интервью. Оно содержит вопросы, которые предполагают развернутые ответы, касающиеся некоторых особенностей взаимоотношений переселенцев с русскими, отношения к стране, к власти и т.п. Интервью направлено на выявление основных признаков, по которым испытуемых можно отнести к определенным этапам адаптации, и на выявление особенностей проблемных ситуаций и конфликтов. Исследование проводилось в форме интервью, объединяющего в себе все методики

Данные по различным методикам, касающиеся степени адаптивности испытуемых и частоты возникновения конфликтов, можно отразить в таблице 1.

Таблица 1

Зависимость частоты возникновения конфликтных ситуаций от уровня адаптивности

Уровень адаптации	Часто возникают конфликты	Редко возникают конфликты
Низкий уровень адаптивности	40%	4%
Высокий уровень адаптивности	12%	44%

Представленные в таблице 1 данные позволяют констатировать связь между уровнем адаптивности и частотой возникновения конфликтов: чем лучше адаптация, тем меньше мигранты чувствуют напряженность в отношениях с русским населением. Мы можем выделить две возможные причины этого:

1. Высокий уровень адаптивности имеют люди, длительное время проживающие в Ярославле, а, следовательно, они менее остро переживают отчужденность от иной культуры. Появилось много русских знакомых, с которыми установлены теплые эмоциональные отношения. Нами отмечено, что по теории развития межличностных отношений Миллера и Стойнберга, когда отношения между представителями разных этносов достигают близкой

дружбы, тогда групповая принадлежность имеет минимальное воздействие на отношения, и взаимодействия приобретают сугубо личностную окраску. Это согласуется с концепцией дружбы Белла: дружеские отношения не подвержены влиянию культурных норм и ценностей. Это в большей степени относится к представителям большинства (поскольку чаще всего их негативное отношение к чужакам порождает напряженность). Следовательно, именно межэтнические конфликты возникают реже.

2. Так как адаптация включает в себя ассимиляцию с другой культурой без утраты самостоятельности своей национальной культуры, мигранты с высоким уровнем адаптации приняли новые нормы и ценности, а значит, они не воспринимаются представителями большинства как чужие и отли-

чающиеся от них. Поэтому и меньше возникает конфликтов.

Таким образом, гипотеза о том, что, чем хуже человек адаптирован к новой культурной среде, тем чаще он, оказывается, вовлечен в конфликты с представителями чужого этноса, подтвердилась.

Что же касается наиболее часто встречающихся проблемных ситуаций, то наиболее остро мигрантами переживается «попрекание национальностью» (т.е. оскорблений, связанные с негативными стереотипами населения) Например, «черномазые хачики», «из-за вас одни беды в нашей стране». Так происходит потому, что людям свойственно искать ответственных («козлов отпущения») за негативные события. Обычно ими становятся представители меньшинства вследствие каузальной атрибуции.

Вторыми по значимости являются конфликты из-за языкового барьера, не всегда осознаваемого. Когда думаешь, что понял, а делаешь не так, то конфликт неизбежен.

Наше исследование показало, что всегда при наличии напряженности между представителями двух культур они четко осознают отличия от другой культуры и даже противопоставляют свои нормы нормам чужаков. Это происходит в тех случаях, когда преобладание позитивного влияния собственной культуры на другую, сочетается с наличием негативных оценок влияния другой культуры на собственную. Это говорит о том, что такие люди ощущают влияние иной культуры как угрозу существования своей собственной культурной идентичности.

Однако мы не можем говорить о взаимообратной зависимости наличия напряженности и осознания различий между культурами. Ведь существует достаточно большой процент испытуемых (44%), которые не испытывают напряженности, но осознают различия. Здесь важна содержательная сторона этих различий: представители этносов воспринимают эти отличия как компенсацию отсутствия тех качеств, которые есть в их собственной культуре. Например, «у нас женщины более хозяйственные и работающие, зато русские женщины умеют отдохнуть и радоваться жизни». Эти отличия можно объяснить тем, что этносы регионов Кавказа относятся к более коллективистским культурам по сравнению с русскими, у которых наблюдаются черты индивидуалистической культуры Запада, а для коллектиivistских культур свойственно большее самораскрытие и стремление к близости с членами иногруппы, что проявляется в более тесных связях со «своими».

Результаты интервью показали, что кавказцы относятся к русским лучше, чем они (русские) думают. Это связано с малой информированностью русских о культуре Кавказа. Для русских они слишком безлики, недифференцированы. К тому же в российских СМИ кавказцы часто оцениваются как агрессивные, безнравственные, что является про-

явлением эффекта ореола и обобщается на весь этнос, а не относится к конкретным личностям.

Политические события в нашей стране также сказываются на личностных взаимоотношениях представителей этносов. Особенно подвержено влиянию СМИ старшее поколение в силу своей ригидности (т.к. в этом возрасте для человека не характерно стремление расширять свои социальные контакты, а тем более узнавать культуру, чужую для них).

Итогом этих недопониманий является синдром «навязчивой этничности», что является следствием нарушения связи между положительной этнической идентичностью и этнической толерантностью. Это означает, что этническая принадлежность человека против его собственной воли и желания становится черезчур значимой характеристикой его бытия и сознания, начинает определять его место в обществе, комплекс прав и обязанностей.

Второй эксперимент.

В нашем исследовании принимало участие 30 учителей школ Дзержинского района г. Ярославля. Возраст испытуемых от 22 до 60 лет. 100% испытуемых – лица женского пола.

Исследование проводилось в декабре – феврале 2001 – 2002 годов путем анкетирования учителей.

Выдвижение и обоснование гипотез.

А. Если следовать характеристике экстравертов и интровертов, данной К.Г. Юнгом, которая базируется на открытости внешнему опыту, то мы можем предположить:

- экстраверты менее склонны к стереотипизации явлений и людей, т.к. постоянно сталкиваются с фактами, противоречащими их мнению;
- интроверты реже сталкиваются с опроверждением, т.к. не видят или не хотят видеть противоречия, следовательно, более склонны к стереотипизации.

Б. В соответствии с характеристикой Г. Айзенка людей с высоким уровнем нейротизма можно предположить, что они, вследствие своей большей чувствительности к окружающим явлениям (неприятным), склонны относиться более негативно к людям социальных и национальных меньшинств, если, особенно, те доставили им какие-то неприятности.

В. На учителей влияет педагогическая этика, следовательно, гипотезы А и Б могут иметь какие-либо нюансы.

Г. Основные стратегии преодоления межгрупповых конфликтов – избегание, адаптация или преобразование. Мы предполагаем, что люди, более нацеленные на преобразование (разрешение) относятся менее негативно к национальным и социальным меньшинствам.

Д. Считаем, что на желание помогать ученикам, на отношение к ним влияет отношение учителя к

своей профессии, месту работы, российскому образованию.

Было проведено изучение этнических и социальных стереотипов с помощью проективных рисунков. Тест Г. Айзенка отражает такие индивидуальные характеристики, как показатели экстраверсии.

Тест на определение ведущего типа реагирования позволяет выявить типы реагирования учителя в критических ситуациях (агрессия, уход, решение).

Методика незаконченных предложений. С помощью этой методики мы надеялись выявить отношение учителей к детям национальных меньшинств, а также отношение к российскому образованию. В ходе исследования нам удалось выявить некоторые факторы, коррелирующие с отношением учителя к детям, принадлежащим национальным меньшинствам: факторы экстраверсии, уровень субъективного контроля, удовлетворенность уровнем российского образования. Мы наблюдали следующие отношения:

- учителя, выказывающие положительное отношение ученикам другой национальности, дают средние показатели экстраверсии (50%);
- учителя, выказывающие отрицательное – низкие или высокие (редко средние) показатели (50%, из них 60% - высокие показатели экстраверсии, 40% - низкие).

Если следовать теории Г. Айзенка о суперчертежности «экстраверсия», то эти явления можно объяснить следующим образом.

Умеренные экстраверты средне общительны, следовательно, имеют сравнительно мало контактов с людьми указанных категорий (не в своей группе), а значит, реже сталкиваются с какими-то моментами, способными сделать отрицательным отношение к меньшинствам. Умеренные экстраверты также достаточно критично относятся к информации, поступающей от других людей, т.е. не воспринимают с повышенным вниманием негативные отзывы о детях, или поступки самих детей.

Возможно, отрицательно к меньшинствам относятся те умеренные экстраверты, которые неоднократно сталкивались с негативным поведением указанных детей (в том числе и на работе).

Интроверты относятся хуже к меньшинствам возможно потому, что (по Г. Айзенку) они чрезвычайно возбудимы (на уровне корковой активации) и, следовательно, в высшей степени чувствительны к поступающей стимуляции – по этой причине они избегают ситуаций, чрезмерно сильно действующих на них, следовательно, осторожны и для этой цели используют любую информацию, поступающую из собственного и чужого опыта. То есть можно сказать, что негативное отношение – результат опасения и осторожности (желания не нарушать свой жизненный комфорт).

Выраженные экстраверты могут отрицательно относиться к меньшинствам по двум причинам:

- а) они весьма восприимчивы к происходящему вокруг и потому многие отзывы и явления (кriminalные столкновения, война в Чечне и пр.) склонны глобализировать (т.е. переносить характер толпы на отдельных индивидов);
- б) выраженные экстраверты имеют большое число социальных контактов, во время которых получают какой-то опыт, возможно, опыт неприятный (вероятность его приобретения увеличивается вместе с ростом контактов).

Таким образом, можно предположить, что уровень экстраверсии (как врожденный, неизменный фактор) в сочетании с социальным опытом определенного качества может в некоторой степени влиять на отношение учителя к национальным и социальным меньшинствам.

Расчеты показали, что у учителей с хорошим отношением к детям национальных меньшинств уровень субъективного контроля в среднем выше (33,3%), чем у учителей, высказывавшихся об этих детях отрицательно (66,7%).

Это объясняется тем, что интерналы более активно ищут информацию и, обычно, более осведомлены о ситуации, чем экстерналы. То есть такие учителя знают, зачем понадобилось людям со своей родины перебираться в Россию (как по общим, так и по частным случаям), они предпочитают не ситуационно объяснять обстановку и поведение, а точно анализировать причины. Так, например, они объясняют плохое образование, трудность контакта таких учеников незнанием или плохим пониманием языка.

Экстерналы более конформичны в своих взглядах, следовательно, охотнее принимают общепринятые стереотипы; кроме того, они менее детально, чем интерналы, рассматривают ситуации и поступки, значит, не часто замечают различия в причинах неудовлетворительного поведения, а также склонны обобщать ситуации, людей: создавать собственные стереотипы.

Учителя с высокими показателями развития уровня субъективного контроля склонны относиться более благосклонно к детям других национальностей.

Результаты показали:

1. Удовлетворенные российским образованием – 56,6%.
2. Неудовлетворенные российским образованием – 43,4%.

У учителей, довольных российским образованием, есть тенденция к благосклонному отношению к детям других национальностей. Этот факт можно объяснить тем, что в большинстве случаев учителя говорили о хорошем уровне знаний и методологическом базисе российского образования. Вероятно, эти учителя, высказывавшие среди ми-

нусов учеников других национальностей плохое знание языка и школьной программы, желают помочь, научить чему-то детей и, видя их успехи, остаются хорошего мнения об учениках другой национальности. У таких учителей в методике незаконченных предложений на фразу «Дети других национальностей не могут...» встречается ответ типа «все могут, если будут стараться».

Также в вопросе о российском образовании мы столкнулись с другой разновидностью стереотипов, касающихся школы и влияющих на отношение к меньшинствам:

- школа должна быть гуманной и способной научить практически любого;
- школа не терпит проявлений грубости, аморального поведения.

Выводы:

В ходе выполнения данной работы были достигнуты следующие результаты:

1. Проведена общая характеристика поставленной проблемы (рассмотрены мотивационные, ситуационные, когнитивистские подходы и подходы адекватности межгруппового восприятия).

2. Выявлены основные культурные различия между русскими и переселенцами из кавказского региона: в основном они связаны с принадлежностью к разным типам культур - коллективистской и индивидуалистической. Этносы регионов Кавказа относятся к более коллективистским культурам по сравнению с русскими, у которых наблюдаются черты индивидуалистической культуры Запада, а для коллективистских культур свойственно большее самораскрытие и стремление к близости с членами ингруппы, что проявляется в более тесных связях со «своими».

3. Определены наиболее общие проблемные ситуации, источники межнациональных трений и конфликтов вследствие культурной нестыковки двух данных этносов. Их причинами является феномен каузальной атрибуции (перенос ответственности за негативные события) и стереотипность восприятия, которая, в свою очередь, является следствием недостаточной информированности представителей разных культур друг о друге.

4. Охарактеризованы особенности адаптации переселенцев. Территория, которая может быть общей или «своей» для одной из групп:

- продолжительность взаимодействия;
- цель (совместная деятельность, проживание, учеба, досуг);

Литература:

1. Раченкова И.Я. *Психологическое содержание межэтнических отношений // Психотехнологии в социальной работе. Вып.10. Ярославль: МАПН, ЯрГУ, 2005, с.112-116.*
2. Раченкова И.Я. *Психологические проблемы адаптации к новой культурной среде. // Вестник интегративной психологии. Вып.1 (4). М.- Ярославль, 2006, - с.149-151.*

- типы вовлечения в жизнь общества;
- частота и глубина контактов;
- относительное равенство статуса и прав;
- численное соотношение (большинство - меньшинство);
- явные различительные признаки (язык, религия, раса);
- гипотеза о зависимости частоты возникновения конфликтов между представителями разных этносов от степени адаптивности мигрантов подтвердилась.

5. В учительской среде имеет место негативное отношение к детям национальных меньшинств.

6. С точки зрения учителей это явление не настолько обширное, в то время как ученики склонны выражать несогласие с этим.

7. Преподаватели имеют некоторые стереотипы в отношении личностных характеристик учеников, принадлежащих к национальным меньшинствам, которые касаются способностей в обучении, поведения, воспитания (в том числе и в негативном свете). Основными стереотипами учителей о поведении учеников нерусской национальности можно назвать: агрессию, грубость, нахальство в поведении, неумение и нежелание таких учеников учиться.

8. На отношение преподавателей влияют их индивидуальные качества: показатели экстраверсии, уровень субъективного контроля; отношение к российскому образованию. Не влияет тип реагирования.

9. Учителя имеют некоторые стереотипы, касающиеся школы, которые также определяют отношение к меньшинствам:

- школа должна быть гуманной и способной научить практически любого;
- школа не терпит проявлений грубости, аморального поведения.

Проведенное исследование показало, что в проблеме конфликтов в ходе адаптации мигрантов к новой культурной среде осталось много необъясненного и еще не изученного.

В данной работе мы попытались объяснить причины возникновения отрицательных социальных установок, межнациональной напряженности и дезадаптации. Однако глубинные особенности данных процессов остаются не полностью раскрытыми. Их нужно рассматривать не только с точки зрения происходящих в данный момент событий и особенностей группового восприятия, но и в контексте истории развития общества и национальных отношений.

ПСИХИАТРИЯ

СТРУКТУРА ДЕФИЦИТАРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (литературный обзор)

К.О. Иманбеков

В течение последних двух десятилетий в области клинических исследований отмечается повышенное внимание к изучению негативных (дефицитарных) расстройств [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]. Этому способствует отсутствие универсальной концепции происхождения негативной (дефицитарной) симптоматики при шизофрении. Отсутствие унифицированных подходов к клиническому описанию, закономерностей её формирования, динамики, прогноза заболевания, медикаментозного воздействия на негативные проявления болезни, вопросы компенсации и частичной обратимости негативных расстройств, решение задач социальной реадаптации больных шизофренией.

Определено несколько подходов к изучению негативных проявлений при шизофрении. Концепция Т. Grow разделяет имеющееся разнообразие шизофрении на два типа: первый тип - «флоридная» шизофрения с преобладанием позитивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации, структурные нарушения мышления) и с относительно более благоприятным течением; второй тип - «негативная» с преобладанием негативных расстройств на всем протяжении болезни и с менее благоприятным прогнозом. При первом типе шизофрении по Т. Grow эффективность лечения связана со специфической способностью нейролептиков подавлять активность позитивной психопатологической симптоматики; второй - отличается неблагоприятным прогнозом и неэффективностью лечения нейролептиками. Констатируется, что позитивные и негативные расстройства имеют различные клинические и биологические корреляции, что необходимо учитывать при проведении как клинических, так и биологических исследований. В понятие «негативные расстройства» ряд исследователей включают реактивную лабильность, астенизацию психической деятельности, стенический тип личностных изменений, психопатоподобный личностный сдвиг, снижение энергетического потенциала, снижение уровня личности, амнестическое расстройство, слабоумие (Морозов Г.В., 1988).

В отечественных исследованиях изучению негативных (дефицитарных) расстройств свойственен функционально-диагностический и структурно-динамический подход, включающий в себя широкий круг предпосылок формирования шизофрени-

ческого дефекта клинических (собственно процесуальных) факторов, сложных по своей структуре с учетом влияния внешнего воздействия, способствующего образованию вторичных нарушений адаптации, феноменологически трудно отличимых от истинных (первичных) проявлений дефекта, конституционально-биологических и индивидуально-личностных факторов [9, 10, 11, 12, 13, 14]. В картине шизофренического дефекта, отмеченного еще Внуковым В.А., Перельманом А.А., обнаруживаются не только «минус»-, но и «плюс»-образования, которые отражают явления компенсаторного характера и способствуют сохранению личности от фатальной тенденции прогрессирующего распада [15, 16]. Вторичными образованиями принято считать: проявления лекарственного (терапевтического) патоморфоза с его аффективным (тимопатическим) компонентом; «негативные эффекты психо-фармакотерапии» в виде затяжных аддитивических депрессий; различные варианты госпитализма; кратковременные адаптационные реакции, и как более постоянные образования - основные типы компенсаторно-приспособительной защиты [17, 18, 19, 20, 21, 22]. Все это позволяет наиболее полно оценить сложную совокупность предпосылок формирования дефекта и выделить в его структуре патологические образования, связанные как с собственно эндогенными факторами, так и с внешним неблагоприятным и дополнительным влиянием.

Негативные расстройства, характерные для шизофрении, включают в себя достаточно широкий круг состояний первоначально легких изменений психического склада личности преимущественно в эмоциональной, волевой и ассоциативной сферах. Состояние ухудшается вплоть до полного распада, регресса личности с утратой прежних контактов с окружающей средой, эмоциональной выхолощенностью и неадекватностью [23]. Нарушения познавательной деятельности, входящие в структуру психопатологического синдрома шизофренического дефекта, определяются как преморбидными, предрасполагающими факторами, так и факторами, связанными с динамикой шизофренического процесса [24]. Проявления дефекта возможны в виде недостаточности (дефицита) или извращенности (неадекватности) и носят количественный (симптомы выпадения) и качественный (сим-

птомы искажения) характер расстройств [25]. Негативные расстройства, имеющие количественный (симптомы выпадения) характер нарушений, представляют собой стойкое, нередко прогрессирующее снижение. Нарушения возникают и в психических функциях в эмоциональной, волевой и ассоциативной сферах. Спектр расстройств представлен от снижения глубины и модулированности эмоций, эмоциональной «холодности», «уплощенности» вплоть до эмоциональной выхолощенности; уменьшения энергетического потенциала и волевой спонтанной активности в виде гипо- и абулии, общего регресса поведения с потерей элементарных навыков самообслуживания; обеднением ассоциативных процессов, а, следовательно, и речевых в виде их банальности, стереотипии, замедления темпа речи, сужения объема и продуктивности ассоциаций, вплоть до абсолютной потери возможности продуктивного мышления даже в самых обыденных и элементарных вопросах.

Негативные расстройства, имеющие качественный (симптомы искажения) характер нарушений, появившись однажды, уже не имеют тенденции к уменьшению или нарастанию. Они утрачивают свое влияние на стереотип поведения за счет угасания эмоциональной, волевой и ассоциативной активности [26]. Качественные негативные расстройства проявляются в виде нарушений: адекватности аффективного реагирования в эмоциональной сфере; парадоксальности, амбивалентности, извращенности или вычурности движений, мотивообразующей и побудительной активности в волевой сфере; нарушении последовательности, стройности, логики ассоциативных процессов в виде соскальзывания, разорванности, паралогичности мышления или склонности к образованию своеобразных, трудно корrigируемых концепций, имеющих социально-оппозиционную направленность.

Исходя из этих позиций, обоснованно считать, что негативная симптоматика, как и продуктивные расстройства, на всем протяжении заболевания претерпевает определенные изменения, отражая не только темп прогредиентности процесса, но и разнообразные (прогностически положительные или отрицательные) влияния окружающей среды, что способствует формированию различных типов социальной адаптации [27]. Негативные расстройства, как наиболее фиксированные в психическом статусе образования, нередко формируются и существуют независимо от позитивных проявлений. Однако в периоды обострений и активного течения заболевания, они, как правило, скрываются за фасадом более выраженных позитивных симптомов. Лишь по мере терапевтического устранения или спонтанного угасания позитивной симптоматики на поздних стадиях заболевания, негативные

расстройства становятся более доступными для клинического изучения.

Снижение психической активности является обязательным симптомом шизофренического дефекта, одним из наиболее значимых критериев при определении тяжести негативных нарушений. Проблема снижения психической активности у больных шизофренией занимает достаточно важное место в отечественных исследованиях [28, 29, 30, 31, 32]. Снижение психической активности оценивается А.В. Снежневским, как один из негативных важнейших симптомов, хотя нет данных об абсолютной нозологической специфичности негативных расстройств [33]. Р.А. Наджаров указывает на изменения психической активности при разных формах шизофрении и отмечает, что при вялом течении снижение психической активности, падение психической продуктивности выражено, не столь резко, как при более прогредиентном течении заболевания [34]. Д.Е. Мелехов (1963) считает снижение психической активности и обусловленные ею нарушения психической деятельности как характерные симптомы различных типов дефектных состояний и выделяет «синдром лабильности волевого усилия и дезорганизации целенаправленной активности». Он пишет о целой шкале нарушений активности, начиная с выраженной лабильности, неустойчивости волевого усилия, когда еще возможна компенсация, и заканчивая полной дезорганизацией поведения. А.О. Эдельштейн рассматривает утрату или резкое ослабление спонтанности как специфическую черту шизофренического слабоумия [35]. В своих работах Г.В. Морозов, В.Ю. Воробьев писали о снижении общей активности и инициативы, продуктивности психической деятельности, потере активности, воли [36, 37].

Существует достаточное количество работ, в которых была показана принципиальная возможность адекватной оценки негативных проявлений [39, 40, 41, 42].

В заключение подчеркнем, что в популяции больных шизофренией с большой длительностью заболевания имеется достаточно много больных, нуждающихся в помощи как на амбулаторном уровне, когда они ведут самостоятельный образ жизни, так и на уровне стационарной помощи с неблагоприятным социально-трудовым прогнозом [43, 44, 45, 46]. К нуждающимся в стационарной психиатрической помощи на активном и позднем этапах течения заболевания, несомненно, относятся больные с параноидной шизофренией с непрерывным или эпизодическим (приступообразнопрогредиентным) течением заболевания с выраженным продуктивными и негативными расстройствами и значительным снижением или утратой социальной и трудовой адаптации [47, 48, 49, 50].

Литература:

1. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией. - Томск: Изд-во Том унiver-та, 1991. - 166 с.
 2. Логвинович Г.В., Красик Е.Д., Васильева О.А. Рахмазова Л.Д., Невидимова Т.И., и др. Клинико-эпидемиологические и реабилитационные аспекты исследования адаптации больных шизофренией в регионе Сибири и Дальнего Востока // Социальн. и клинич. психиатр. - 1992. - Т. 2, Вып. 1. - С. 107-112.
 3. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): Автoref. дис. ...док. мед. наук. - М., 1988. - 44 с.
 4. Вовин Р.Я., Сверлов Л.С. Ремиссии при приступообразной шизофрении. Медикаментозная профилактика и купирование рецидивов. // Методические рекомендации. - Л., 1985. - 20 с.
 5. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М.: Медицина, 1974. - 168 с.
 6. Huber G., Gross G., Schuttler R. Schizophrenic. Monografien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatric. Bd. 21 Berlin, 1979.
 7. Janzarik W. Schizophrene Verlaufe. // Berlin - Heidelberg New York, 1968. - 149 с.
 8. Kay S.R., Fiszbein A., Lindenmayer J.P., Opler Z.A. Positive and negative syndromes in schizophrenia as a function of chronicity. // Acta Psychiatr. Scand. — 1986. - V. 74. - P. 507-518.
 9. Молохов А.Н. О систематике форм и типов течения шизофрении. - Кишинев: Картия Молдовеняскэ, 1967. - Вып. 2. - С. 5-34.
 10. Воловик В.М. Новое в теории и практике реабилитации психически больных. / УЛ. - 1985. - С. 26-32.
 11. Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели негативных изменений) // Журн. невропат. и психиатр. - 1988. - Т. 88, N 9. - С. 100-105.
 12. Бессараб С.П. Социально-трудовая адаптация больных шизофренией с различной клинической структурой негативных расстройств в ремиссиях: Автoref. дис. ...канд. мед. наук. - Томск, 1991. - 26 с.
 13. Логвинович Г.В., Красик Е.Д., Васильева О.В., Рахмазова Л.Д., Невидимова Т.И., Семке А.В., Морган В.Г. Клинико-эпидемиологические и реабилитационные аспекты исследования адаптации больных шизофренией в регионе Сибири и Дальнего Востока. // Журн. социальн. и клинич. психиатрия. - 1992. - № 1. - С. 107-112.
 14. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Шмуклер А.Б. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами. // Социальн. и клинич. психиатр. - 1999. - № 1. - С. 85-88.
 15. Внуков В.А. О дефекте при шизофреническом процессе. // Труды II Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1937. - Вып. 2. - С. 466-470.
 16. Перельман А. А. Шизофрения. - Томск, 1944. - 286 с.
 17. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных - М.: Медицина, 1988. - 528 с.
 18. Красик Е.Д., Балашов П.П. Профилактика регоспитализаций больных шизофренией с затяжным течением на этапе индустриальной реабилитации // Журн. невропат. и психиатр. - 1981. - Т. 81, N 25. - С. 724-729.
 19. Вовин Р.Я., Голенков В. Некоторые подходы к лечению процессуального дефекта. // Синанс. 1992. - № 2. - С. 42-47.
 20. Wing J., Brown D. Institutionalism and Schizophrenia. // Combrige University, 1970. - 260 p.
 21. Caton C. L. M. The new chronic patients and the system of communiti care / VHosp. Commun. Psychiatry. 1981. V. 32. - № 7. - P. 475-478.
 22. Bachrach L. L. Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis // Amer. J. Psychiatry. 1981. V. 138 - N II. P. 1449.1456.
 23. Логвинович Г.В., Семке А.В., Бессараб С.П. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992. - 168 с.
 24. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М.: Изд-во МГУ, 1991. - 256 с.
 25. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995. - 212 с.
 26. Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразно-прогредиентной шизофренией: Дис. ...докт. мед. наук. - Томск, 1987. - 383 с.
 27. Логвинович Г.В., Красик Е.Д., Васильева О.В., Рахмазова Л.Д., Невидимова Т.И., Семке А.В., Морган В.Г. Клинико-эпидемиологические и реабилитационные аспекты исследования адаптации больных шизофренией в регионе Сибири и Дальнего Востока. // Журн. социальн. и клинич. психиатрия. - 1992. - № 1. - 109 с.
 28. Савина Т.Д. Об особенностях внимания у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Журн. невропат. и психиатр. - 1989. - Т. 89. - С. 81-86.
-
-

-
-
29. Гаранян Н.Г. Об особенностях эмоциональной памяти больных шизофренией с чертами дефекта // Журн. невропат. и психиатр. 1988. - Т. 88, N 8. - С. 111-115.
30. Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели негативных изменений) // Журн. невропат. и психиатр. - 1988. - Т. 88, N. 9. - С. 104-105.
31. Ткаченко С.В., Вовин Р.Я., Фактурович А.Я., Голенков А.В., Лукин В.О. Нейропсихологическое изучение шизофренического дефекта // Журн. невропат. и психиатр. – 1991. - Т. 91, N 7. - С. 93-97.
32. Вовин Р.Я., Фактурович А.Я., Голенков А.В., Лукин В.О Коррекция анатоабулических проявлений процессуального дефекта холинотропными препаратами //Журн. невропат. и психиатр. - 1991. -Т. 91, N 2. - С. 111-115.
33. Снежневский А.В. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. - М., 1972. - С. 13-15.
34. Наджаров Р.А., Цуцульковская М.Я., Концевой В.А., Шахматова-Павлова И.В., Шмаонова Л.М. К проблеме систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и клинико-генеалогических данных // Журн. невропат. и психиатр. - 1985. - Т. 85, N 1. - С. 67-71.
35. Эдельштейн А.О. Исходные состояния шизофрении. - М., 1938.
36. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии - М.: Медицина, 1988. - Т. 1. - 640 с.
37. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): Автореф. дис. ...док. мед. наук. - М., 1988. - 44 с.
38. Логвинович Г.В. Структура госпитализма у больных шизофренией с непрерывно-прогредиентным течением (аспекты реабилитации): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 1978. - 20 с.
39. Голенков А.В. Клинико-терапевтическое исследование шизофренического дефекта в связи с задачами реабилитации: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Л., 1990. - 23 с.
40. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Худавердиев В.В. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (под ред. А.Б. Смулевича). - М., 1999. - С. 77-98.
41. Carpenter W. T., Heindrichs D. W., Alps L. D. Treatment of negative symptoms // Sch. Bull. - 1985. - VII. - № 3. - P. 440-452.
42. Carpenter W. T., Heindrichs D. W., Wagman A. M. Deficit and nondeficit form of schizophrenia: The concept // Am. J. Psychiat. 1988. -V. 145 - № 5. - P. 578-583.
43. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Худавердиев В.В. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (под ред. А.Б. Смулевича). - М., 1999. - С. 77-98.
44. Богдан А.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика вариантов параноидной шизофрении с благоприятным и неблагоприятным социально-трудовым прогнозом: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 1983. - 18 с.
45. Власов В.Н. Социальная адаптация больных шизофренией на поздних этапах течения заболевания: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 1993. - 28 с.
46. Лохматое Г.П., Михалевич И.М. Сочетание метода гиперсфер и потенциальных функций в задачах классификации геологических объектов (применение математического моделирования для прогнозарудных месторождений). - Иркутск, 1981. - 16 с.
47. Шашков В.Б. Больные шизофренией с длительными сроками пребывания в стационаре как группа риска инвалидизации //Социальн. и клинич. психиатр. - 1992. - Т. 2, Вып. 1. - С. 90-95.
48. Давтян С.Э. Факторы, влияющие на процесс рецидивирования шизофрении (обзор) //Журн. невропат. и психиатр. - 1992. -Т. 92, № 3. - С. 117-119.
49. Долгов С.А. Попытка эпидемиологического изучения группы больных с частыми госпитализациями. // Социальн. и клинич. психиатр. -1994. - № 1. - С.80-86.
50. Долгов С.А. Проблема частых госпитализаций психически больных. // Журн. невропат. и психиатр. - 1995. - Т. 95, N 4. - С. 103-106.

НАРКОЛОГИЯ

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АССОЦИИРОВАННЫХ ФОРМАХ АЛКОГОЛИЗМА

К.С. Алтынбеков

Основную группу составили больные алкоголизмом II стадии в сочетании с гипертоническим (1 группа - 150 человек) и травматическим (2 группа - 150 человек) поражением головного мозга, поступившие в отделение по поводу алкоголизма. Контрольную группу составили 60 человек, больных алкоголизмом без травматического и гипертонического поражения головного мозга.

В качестве основных методов использовались следующие методы исследования:

- *клинико-психопатологический* (оценка симптомов, синдромов и состояний больных на различных этапах заболевания);
- *клинико-катамнестический* (оценка динамики клинических и социально-психологических характеристик больных после проведенного лечения);
- *клинико-динамический* (оценка динамики клинических проявлений алкоголизма в процессе применения психофармакологических и физиотерапевтических методов лечения);
- *экспериментально-психологический* (оценка особенностей личностных и когнитивных характеристик больных);
- *статистический* (обработка результатов исследования методами статистического анализа с автоматизированной системой обработки данных).

В качестве дополнительных методов использовались: неврологическое, нейрофизиологическое (реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиоинтервалография), соматическое, офтальмологическое (исследование структурных элементов глазного дна), рентгенологическое, клинико-лабораторное (анализы крови, мочи, печеночные пробы) и другие исследования для объективной верификации состояния больного на различных этапах заболевания и лечения.

Систематизация данных клинического исследования больных осуществлялась при помощи «Карты стандартизированного обследования больных алкоголизмом с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга травматического, гипертонического генеза», разработанной в отделении аддиктивных состояний ГУ НИИ ПЗ ТНЦ РАМН (РФ, Томск, 2001). Данная «Карта» имеет дифференцированные шкалы количественной оценки выраженности острой алкогольной ин-

токсикации, актуальной тяжести алкогольного абстинентного синдрома (AAC) и степени социально-трудовой адаптации. Выраженность тревоги и депрессии оценивалась по соответствующим шкалам Гамильтона. Оценку мотивов употребления больными алкоголя проводилась по классификации В.Ю. Завьялова (1981).

Клинический диагноз: Алкоголизм устанавливался на основании его развернутой классификации, предложенной Н.Н. Иванцом и А.Л. Игониным (1983) с использованием «Глоссария для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов» (Качаев А.К., Иванец Н.Н., Игонин А.Л. с соавт., 1976).

Дифференциальная диагностика алкогольобусловленных нарушений нервной системы у обследуемых пациентов осуществлялась в соответствии с «Классификацией неврологических проявлений алкогольного абстинентного синдрома и алкоголизма, выявленных у больных вне абстинентного синдрома, алкогольного делирия, острого алкогольного опьянения» (Лукачев Г.Я., Махова Т.А., 1989).

Диагностика артериальной гипертензии у больных проводилась вне состояния алкогольной абстиненции в соответствии с классификацией, принятой Комитетом экспертов ВОЗ в 1978 году и указаниями Руководства по кардиологии под редакцией Е.И. Чазова (1982). Согласно указанной классификации, выраженность и устойчивость повышения артериального давления используется в качестве критерия деления артериальной гипертензии на три основные формы – легкую (мягкую), умеренную и тяжелую, каждой из которых свойственны свои пределы повышения диастолического артериального давления (100, 105, 115 мм. рт. ст. соответственно). Дифференциация артериальной гипертензии по тяжести течения с ориентацией на пределы изменений показателей уровня диастолического артериального давления имеет значение для изучения выборки больных алкоголизмом в связи с объективной сложностью оценки ведущей причины развития артериальной гипертензии у данных пациентов в условиях их алкогольной интоксикации и игнорирования медицинского обследования до обращения к наркологу.

Экспериментально-психологическое обследование включает следующие тесты:

- миннесотский многофазный личностный тест (MMPI) в модификации Ф.Б. Березина с соавт. (1976);
- 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кэттла;
- 8-цветный тест М. Люшера (в интерпретации В.В. Джоса (1990);
- батарея когнитивных тестов (на непосредственное и опосредованное воспроизведение с заучиванием серии слов по А.Р. Лурия (1974);
- исследование активного внимания с использованием корректурной пробы;
- методика «Классификация» в модификации Л.С. Выготского и Б.В. Зейгарник (1958) для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений, способности к абстрактнологической деятельности, исследование памяти с помощью пробы на запоминание 10 слов).

Первую основную группу составили больные со второй стадией алкогольной зависимости (F10.2) в сочетании с артериальной гипертонией. Из всех больных, среди впервые поступивших в отделения аддиктивных расстройств Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК с 2005 по 2007 годы таких оказалось 150 человек. Таким образом, группу обследуемых лиц образовали 150 мужчин – европеоидов в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов на день обследования $40,2 \pm 5,4$ года (в контроле – $39,7 \pm 5,9$ года; $P > 0,05$). Вторую группу исследования составили больные со второй стадией алкоголизма с сочетанным алкогольно-травматическим поражением головного мозга. Данная группа объединила 150 мужчин–европеоидов в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст пациента на день обследования – $37,4 \pm 5,4$ года).

Статистическая стандартизация больных основных групп по отношению к контрольной группе

проведена по полу (все пациенты являлись лицами мужского пола), возрасту, месту проживания, времени обследования (в период с 2005 по 2007 годы).

Так, распределение больных по возрасту (рис. 1) в основных группах и контрольной группе было статистически сопоставимым (не имеющим достоверных отличий) во всех возрастных диапазонах. Как видно из данных приведенного графика (рисунок 1), в обеих группах доминировали лица наиболее зрелого трудоспособного возраста от 30 до 45 лет, у которых из-за злоупотребления алкоголем значительно нарушалась социально–трудовая адаптация. Кроме этого, больные в данных группах были статистически стандартизированы (не имели достоверных различий) по таким показателям, как полученное ими образование (табл. 1); выявленная при терапевтическом обследовании вне абstinенции висцеральная патология (рис. 2) и перенесенные в детстве заболевания (табл. 2).

Так как в последующих разделах исследования больший акцент будет делаться на описании клинико-социальных характеристик основной группы, здесь хотелось бы остановиться на описании динамических характеристик контрольной группы.

Исходя из поставленных задач исследования, особенности ассоциированных форм алкоголизма у больных основных групп были изучены контрольные данные у пациентов контрольной группы о их родителях (состав родителей и наличие у них психических и соматоневрологических заболеваний, особенности взаимоотношений между родителями, уровень алкоголизации и связанных с ней социальных и нейровисцеральных осложнений у родителей пациентов), а также о преморбидных и актуальных социально-психологических (характер воспитания пациентов в родительской семье, полученное образование, профессия и род занятий, наличие и характер девиантного поведения) осо-

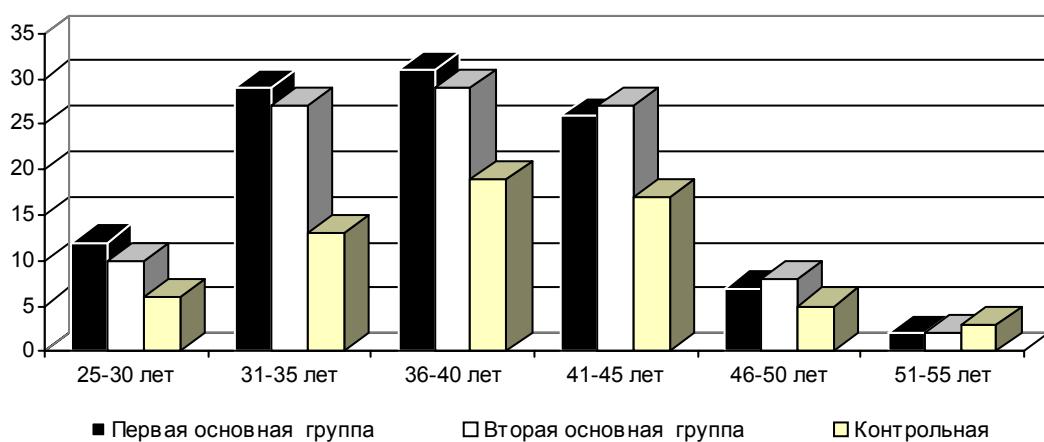


Рисунок 1. Распределение больных по возрасту на момент обследования в основных группах и контрольной группе

Таблица 1

*Количество больных в основных группах и контрольной группе
в зависимости от полученного образования*

Полученное образование пациента	Первая и (вторая) основная группы		Контрольная группа	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
Начальное	4 (3)	2,7 (2,0)	3	5,0
Неполное среднее	36 (33)	24,0 (22,0)	6	10,0
Среднее общее	49 (54)	32,7 (36,0)	16	26,7
Среднее специальное	32 (36)	21,3 (24,0)	17	28,3
Незаконченное высшее	10 (9)	6,7 (6,0)	3	5,0
Высшее	19 (14)	12,7 (9,3)	15	25,0
Итого	150 (150)	100,0	60	100,0

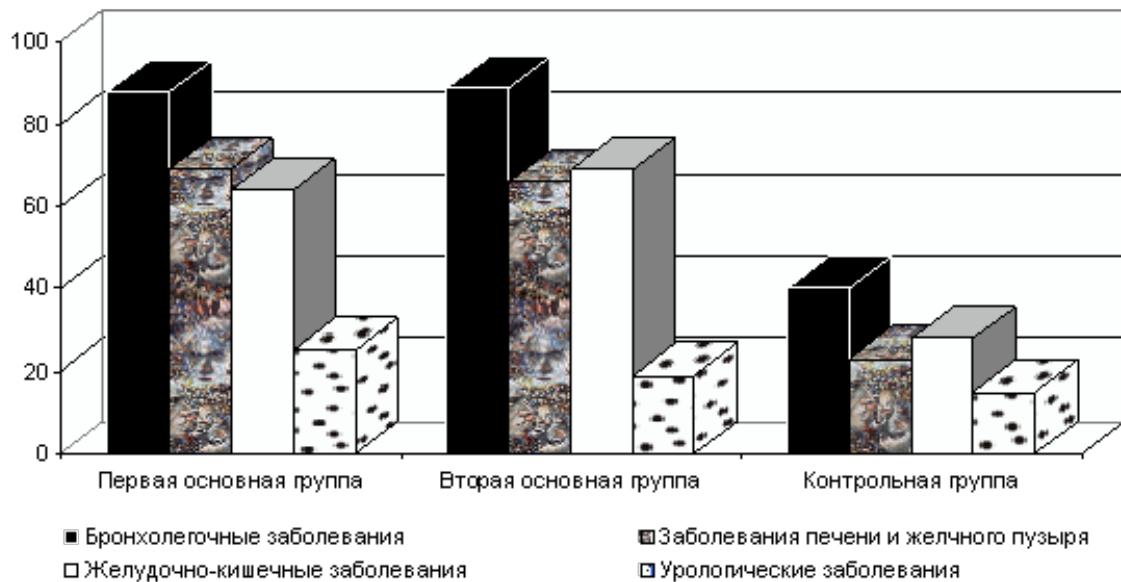


Рисунок 2. Соматические заболевания, выявленные у больных основных групп и контрольной группы вне абстинентных расстройств

Таблица 2

Перенесенные заболевания детского возраста у больных основных групп и контрольной группы

Наименование заболеваний	Первая и (вторая) основные группы		Контрольная	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
Частые ОРВИ	16 (19)	29,6 (35,2)	5	13,9
Бронхолегочные заболевания	10 (17)	18,5 (31,5)	11	30,6
Желудочно-кишечные инфекционные за- болевания	17 (22)	31,5 (40,7)	12	33,3
Сердечно-сосудистые заболевания	3 (9)	5,6 (16,7)	4	11,1
Тяжелые интоксикации	8 (13)	14,8 (24,1)	4	11,1

бенностях обследуемых лиц и клинических характеристиках алкоголизма.

В большинстве случаев (80,7%) больные контрольной группы воспитывались обоими родителями. У 6,0% пациентов детство прошло с родной матерью и отчимом, а в 3,3% случаев – с родным отцом и неродной матерью. Неполная родитель-

ская семья (только мать) выявлена у 3,3% обследуемых лиц. Также в равном количестве случаев (по 3,3%) детство и юность больных прошли у родственников или в интернате.

Как ровное и заботливое охарактеризовали отношение к себе родителей в детстве только 53,3% пациентов. На втором и третьем местах по частоте

были варианты родительского отношения с преобладанием гипоопеки (в 10,0% случаев) или гиперопеки (8,3%). Более конкретизированные варианты родительского воспитания – по типу «Золушки» и «Кумира семьи» имели место соответственно в 13,3 и 6,7% случаев. Наконец, как жестокое, расценили к себе отношение в детстве своих родителей двое из 60 обследуемых лиц (3,3%).

Взаимоотношения между родителями обследуемого лица в период его детства и юности как гармоничные расценили только 25,0%. На конфликтный характер родительских взаимоотношений и девиантное поведение отца в состоянии алкогольного опьянения указали соответственно 20,0% и 11,7% пациентов. У оставшихся 56,7% пациентов контрольной группы остался в памяти формальный (индифферентный) характер взаимоотношений своих родителей. Характер отношения родителей к обследуемым лицам во многом был связан с уровнем употребления алкоголя их отцами. Так, на высокий уровень алкоголизации своих отцов указали 58,3% пациентов, причем в 16,7% наблюдений злоупотребление алкоголем сопровождалось социальными и/или висцеральными осложнениями.

Из перенесенных заболеваний у своих родителей пациенты контрольной группы смогли назвать наличие вертеброгенных заболеваний – в 45,0%, цереброваскулярной патологии – в 13,3% и сердечнососудистых расстройств – в 6,7% случаев. На странности характера и суициdalное поведение родителей указали соответственно 11,7% и 6,7% обследуемых. В целом необходимо отметить неполную осведомленность пациентов о наличии и характере перенесенных заболеваний у своих родителей.

Среди заболеваний детского возраста у самих пациентов наиболее частой патологией явились желудочно-кишечные инфекционные заболевания – в 33,3%. На подверженность острым респираторно-вирусным заболеваниям с хронизацией бронхолегочной патологии указали соответственно 13,9% и 30,6% больных. Жалобы, связанные с нарушением деятельности сердечнососудистой системы в детстве и юности, имели 11,1% пациентов. Наличие тяжелых интоксикаций в детстве также выявлено в 11,1% случаев. Характер и частота заболеваний детского возраста у больных в основной группе не имели статистически достоверных отличий от контрольных данных. В обеих группах преморбидно они не уступали сверстникам по показателям физического здоровья.

Те же данные на момент обследования в связи с лечением от алкогольной зависимости демонстрируют совершенно иную картину. При терапевтическом обследовании больных основной группы вне абстинентных расстройств даны абсолютные показатели от соответственно 150 и 60 пациентов). Чаще всего выявлялись симптомы поражения

бронхолегочной системы. Во многом это было связано с широким распространением среди пациентов табакокурения и частыми переохлаждениями. Второе место по частоте выявления занимали симптомы поражения печени и желчевыводящих путей, которые чаще всего страдали у пациентов основных групп – в 46,0% (44,0%) случаев. Среди причин, этому способствующих, необходимо назвать употребление данными больными не только алкоголя, но и его суррогатов в большом количестве, а также отсутствие рационального питания. Указанные причины способствовали хронизации и заболеваниям желудочно-кишечного тракта, симптомы которых имелись от 42,7% до 46,0% больных. Лечение выявленных соматических заболеваний являлось обязательной частью общей терапевтической программы.

Переходя к описанию социальных характеристик пациентов контрольной группы, следует отметить их более высокий социальный статус в сравнении с пациентами группы исследования, но оставляющий желать лучшего в сравнении с общепопуляционным. Так, 2/3 больных имели среднее общее (26,7%) или специальное образование (28,3%); высшее образование было у 25,0% пациентов; незаконченное высшее и неполное среднее образование имели соответственно 5,0% и 10,0% обследуемых лиц; в трёх случаях из 60 (5,0%) - образование пациентов было начальным.

По роду занятий на момент обследования 46,7% больных контрольной группы имели различные рабочие специальности, а в 20,0% случаев – сельскохозяйственные категории. Служащие, инженерно-технические работники, сотрудники административно-управленческого аппарата вкупе составили 30,0% от общего количества больных (соответственно в 15,0; 10,0 и 5,0% случаев). Работающих в сфере бытового обслуживания было 3,3% случаев.

Семейное положение больных контрольной группы на момент обследования было следующим:

- 60,0% обследуемых лиц были женаты;
- 21,3% – разведены;
- 18,7% – не регистрировали с сожительницами своих брачных отношений в официальном порядке.

Каждый десятый пациент указал на злоупотребление алкоголем у своей супруги. Характер взаимоотношений в последних семьях признали конфликтным или формальным соответственно 30,7 и 50,0% обследуемых. Гармоничными свои супружеские взаимоотношения посчитали только 19,3% пациентов. При анамнестическом сборе сведений о наличии совершенных больными правонарушениях, как показателе уровня функционирования, было выявлено следующее. Одна треть (32,0%) пациентов ранее имела правонарушения, повлекшие за собой штрафные или администра-

тивные санкции. Больше половины всех правонарушений (68,0%) при этом были совершены большими контрольной группы в состоянии алкогольного опьянения.

Впервые состояние алкогольного опьянения в возрасте до 14 лет испытала 10,0% больных контрольной группы. К 16 годам практически все пациенты контрольной группы имели личное представление об алкогольном опьянении. У 20,0% больных опьянение при употреблении спиртных напитков в возрасте до 20 лет сопровождалось делинквентным поведением, причем в отношении этих особенностей своего поведения 40,0% пациентов контрольной группы высказали осуждение.

На момент обследования у 31,3% больных контрольной группы алкогольное опьянение сопровождалось асоциальным поведением с экстрапунитивной агрессией. Реакции самоповреждения имели место в 9,3% случаев. Как неконфликтное охарактеризовали свое поведение в опьянении 59,6% обследованных лиц.

Рассматривая патокинез основных клинических синдромов алкоголизма у больных контрольной группы, укажем, что формирование патологического влечения с переходом на систематический характер злоупотребления алкоголем приходилось на возраст пациентов, равный в среднем $26,56 \pm 3,88$

года. Дебютные проявления алкогольного абстинентного синдрома выявлялись в $32,54 \pm 4,17$ года. Почти одновременно изменялась толерантность к этанолу – в $32,21 \pm 5,41$ года. В течение последующих трех лет происходила клиническая манифестация актуальных (по структуре и выраженности) вариантов алкогольного абстинентного синдрома (в $35,47 \pm 4,79$ года). К этому времени заканчивалась психопатологическая трансформация алкогольного опьянения ($35,14 \pm 4,82$ года) и на протяжении последующих двух лет в клинической картине острой алкогольной интоксикации нарастили соматоневрологические осложнения токсических эффектов алкоголя ($37,12 \pm 4,13$ года). За два года до поступления в отделение у пациентов контрольной группы в среднем возрасте, равном $36,29 \pm 6,59$ года, можно было при анамnestическом исследовании выявить признаки формирующегося алкогольного изменения личности. Чуть позже, в возрасте $37,18 \pm 5,4$ года, манифестирували клинические проявления алкогольобусловленного поражения головного мозга. Статистическая обработка результатов исследования проводилась дифференцировано с использованием оценки достоверности количественных и качественных признаков. Обработка данных проводилась с помощью компьютерного пакета статистических программ Statistica (ver. 6.0).

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ (обзор)

Г.И. Алтынбекова

г. Павлодар

Распространенность коморбидных состояний в популяции больных наркоманией высока [1]. По разным оценкам, хронические аффективные расстройства, необусловленные приёмом наркотиков (биполярные психозы, униполярные депрессии, дисфорические гипомании, дистимия) при опийной наркомании встречаются в 18–48% случаев, шизофрения - в 4–8%, расстройства личности - в 21–67% [2]. Среди основных вариантов коморбидной патологии называют: «наркомания + психопатия» (53,4%), «наркомания + тревожное расстройство» (34,8%), «наркомания + депрессия» (29,8%). В последние 10 лет возраст уровень коморбидных состояний среди подростков и женщин, а также среди лиц с высоким социально-экономическим статусом. Однако более половины из них ни разу в жизни не получают профессиональной помощи. Менее 40% пациентов с выявленными двойными диагнозами получают квалифицированную помощь, остальные либо проходят крат-

ковременный курс детоксикации, либо психотерапевтическое лечение без коррекции сопутствующих наркологических расстройств.

Дисгармония развития личности – задержка развития логического мышления, инфантильные аффективные реакции, примитивный гедонизм в виде обостренной потребности в немедленных удовольствиях, трудности адаптации к окружающей жизни, хронические заболевания – все это в различных сочетаниях создает у подростка почву для закрепления потребности в постоянном модулировании своего психического состояния путем наркотизации [3]. Неразработанность запретительных механизмов, стеничность в достижении удовольствий, потребительское отношение к окружающим, нежелание учиться, отсутствие положительных идеалов, чувства долга, дефектность морально-этических установок, повышенная аффективность, выраженная наклонность к группированию, алкоголизации, антисоциальным поступкам – характе-

ризуют акцентуации вследствие педагогической запущенности, которые могут трансформироваться в патохарактерологическое развитие личности [4]. Употребление наркотиков в этот период придает нарушениям необратимый характер.

Личностное расстройство по анти- или диссоциальному типу помимо общих диагностических указаний в МКБ-10 характеризуется следующими особенностями: когнитивной дефицитарностью при хорошей социальной ориентировке в сочетании с умением манипулировать людьми и использовать внешние обстоятельства в свою пользу. Характерными чертами являются: отсутствие способности к эмпатии, равнодушие к чувствам других людей, стремление к получению простых удовольствий без определенного волевого усилия. Как правило, к этому присоединяется раннее начало курения, ранняя алкоголизация и высокий риск употребления психоактивных веществ в целом [5].

При девиантном поведении в подростково-юношеском возрасте выявляется психическая патология непсихотического характера:

- психопатические и психопатоподобные нарушения (33,1%);
- интеллектуальная недостаточность с аффективно-волевыми нарушениями на почве ранних церебрально-органических поражений (25,8%);
- задержанное психическое и личностное развитие, включая парциальный инфантилизм (10,2%);
- олигофреноподобный тип интеллектуального дефекта (5,3%);
- остаточные явления органического поражения головного мозга с неврологической симптоматикой без стойких нарушений психической деятельности (22,9%).

Т.П. Мозговая выделяет 5 вариантов психопатологической структуры девиантного поведения: психопатоподобный, психопатоподобный с истерическими включениями, астенический, астенодепрессивный, астеноневротический с истероидными проявлениями [6]. Наибольший вклад в развитие девиантного поведения обнаружили акцентуации характера по экзальтированному, циклотимному, демонстративному, возбудимому, застраивающему типам. От типа акцентуации характера зависит привлекательность различных переживаний. Подросток неустойчивого типа ищет элементарное ощущение блаженства или способ развлечься; гипертим и истероид – необычные переживания и возможность завоевать определенный престиж в компании; для шизоида важно облегчить контакты.

В одном из исследований подростков с аддиктивным поведением было выявлено доминирование гипертимной акцентуации - у юношей, эмотивной и экзальтированной – у девушек [7]. Определено значение феномена Алекситимии в формиро-

вании аддиктивного поведения посредством повышения уровня невротизации и психопатизации. В качестве личностных и характерологических особенностей несовершеннолетних лиц с аддиктивным поведением автор отмечает такие черты, как повышенная возбудимость, взрывчатость, эгоцентризм, жестокость, эмоциональная и волевая неустойчивость, снижение критических способностей в оценке себя и окружающих, непереносимость скуки, повышенная потребность в получении удовольствия.

Подавляющее большинство случаев начала употребления эйфоризирующих веществ у подростков с девиациями поведения относилось к этапам патологического реагирования – патохарактерологические реакции, патохарактерологические формирования личности, психопатии, психопатоподобные синдромы резидуально-органического генеза.

Одним из самых давних предметов дискуссии является значение психопатических черт характера. Ганнушкин П.Б. рассматривал алкоголизм как ситуационное, а наркоманию как конституциональное развитие личности [8].

По материалам Пятницкой И.Н., Найденовой Н.Г., среди зависимых от наркотиков психопатия диагностируется в 28,9% случаев [9]. Исследования ряда авторов показали, что еще до злоупотребления наркотиками многие больные обнаруживали признаки психопатий (36,8% мужчин и 68,8% женщин), акцентуаций характера (34,8% и 25,8% соответственно), органического поражения мозга (10,4% мужчин), алкоголизма (1,9% мужчин), шизофрении (1,9% мужчин) [10].

Помимо того, отмечалось, что наркоманами чаще становились те лица, которые в силу конституциональной предрасположенности при приеме наркотиков испытывали приятные ощущения [11]. Активно публикуются работы, объединяющие позиции разных авторов утверждениями, что у наркозависимых лиц существует как преморбидная отягощенность неврозами и психопатиями, так и аффективными расстройствами, латентными формами эндогенных заболеваний [12].

В последние годы при опиатной зависимости происходит существенная трансформация личностных изменений от различий в характере преморбидной отягощенности до гротескных личностных аномалий с чертами психического инфантилизма [12].

Наркотизация меняет социальную ориентацию прежде здоровой личности за счет выраженной психопатизации личности, морально-этического снижения, утраты трудоспособности. Выявлена необратимость органического компонента дефекта личности при хронизации процесса. Niederkland W.G. включает в группу риска по аддиктивной патологии детей с гиперактивностью и расстройством внимания, гиперкинетическими расстройствами поведения (синдром минимальной мозго-

вой дисфункции) [1]. При неблагоприятном течении данное расстройство прогрессирует в антисоциальное расстройство личности, которое в свою очередь отмечается в преморбиде у каждого третьего наркомана. Ведущий личностный радикал в дальнейшем играет свою роль в психопатологическом оформлении абстинентного и постабстинентного состояния, обуславливая деление последнего на типы в зависимости от преобладания возбудимых или тормозимых черт характера.

По данным исследования Генайло С.П., в процессе наркотизации выявляются три основные тенденции: истериоформность как ядерная черта, гипобулические проявления и усиление астенических черт личности [13]. В результате формируется астено-апатический, эксплозивный и псевдоциклический тип заострения личности. Общие изменения личности создают образ узнаваемости больных, а типология изменений индивидуализирует особенности, заостряет уже существующие радикалы личности.

Результатом работы других исследователей психических расстройств при полинаркотоксикомании явилось описание астенического, астено-апатического варианта заострения личности при органическом поражении головного мозга в преморбидном периоде, дистимического и эксплозивного вариантов заострения личности при доминировании в преморбиде девиаций характера и расстройств личности [14].

В контексте гипотезы аддиктивного поведения алкоголизм и наркомания интерпретируются как эквивалент аффективной патологии с аутодеструктивными тенденциями [15]. Повседневная клиническая практика и многие исследования демонстрируют большую распространенность сочетанного возникновения этих расстройств, которые могут рассматриваться как проявления одного заболевания, как отдельные одновременно существующие феномены аддикции и патологии аффекта или как «коморбидные» расстройства, если под этим термином понимать «любую отличную дополнительную клиническую сущность, которая существует

или может проявляться в течение другого исследуемого заболевания» [16, 17].

Суицидальные попытки у больных наркоманией Амбрюмова А.Г. объясняет выраженностью депрессивной и дисфорической симптоматики [18]. Выявлено, что средний уровень показателей депрессии при наркоманиях по данным шкал MMPI и Гамильтона выше, чем в популяции больных эндогенной депрессией. У большинства больных на протяжении всей жизни имел место дисфорический фон настроения. Симптомы депрессии был значительно выражены у 21% больных, умеренно – у 39%, легко – у 40%.

Период после купирования острых абстинентных расстройств, называемый еще периодом претрагированных абстинентных расстройств, постабстинентным периодом, отставленными проявлениями абстинентного периода и началом формирования терапевтической ремиссии, характеризуется, прежде всего, психопатологическими нарушениями, таких как депрессии различной глубины, астенические состояния и диссомнические расстройства на фоне влечения к психоактивным веществам. Дисфороподобный, тревожный и тоскливо-апатический аффективный фон с сенесто-ипохондрическими расстройствами описан как трансформация компульсивного влечения в «псевдоабстинентном» состоянии. В итоге, если кратко резюмировать позицию многих исследователей, психические расстройства непсихотического уровня при наркоманиях представляют собой на ранних этапах заболевания психопатизацию личности в структуре преморбидной акцентуации характерологических черт или, на отдаленных этапах, как психопатологическую трансформацию в структуре органического расстройства личности.

Таким образом, по данным литературы, психические расстройства при наркоманиях представляют собой на ранних этапах заболевания психопатизацию личности в структуре преморбидной акцентуации характерологических черт или, на отдаленных этапах, как психопатологическую трансформацию в структуре органического расстройства личности.

Литература:

1. Nierland W.G. *Psychiatric disorders among persecution victims: A contribution to the understanding of concentracion camp pathology and its aftereffects*. J. Nerv. Ment. Dis., 2004, C. 45.
2. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: МЕДпрессинформ, 2003. – 328 с.
3. Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию // Вопросы наркологии. – 1993. - № 1. – С. 72-78.
4. Lyte M. et al. Evaluation and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Opioid-dependent Patients. // J. Psychoactive Drugs. 1994 (Apr.- Jun.), N 26 (2), pp. 147-150.
5. Irwin M., Patterson T. et al. Long-term administration of Tianeptine in depressed patients after alcohol withdrawal // Brit J. Psychiatr.-2002. – Vol. 160, № 15 (Suppl.). - P. 66-71.
6. Мозговая Т.П. Формирование девиантного поведения у подростков (психопатологический и психологический аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. - № 3. – С. 24-27.
7. Norstrom T. Taste and odor: reactivity in depressive disorders, a multidisciplinary approach // Percept. Mot. Skills. 1993. Dec. Vol. 77, N3/Pt. 2 P. 1331-1346.

-
-
8. Ганнушин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика // Избранные труды. – М., 1964. – 206 с.
 9. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.
 10. Cloninger F. et al. Split brain – Psychoanalytic findings and hypotheses. J.Amer. Acad. Psychoanal. 1999, p. 223.
 11. Frances et al. Stress and depression; An update of human research. Clin. Exp Res, 2001; 15:438-459.
 12. Johnson N. et al. Suicide in alcoholism. N.Y., Oxford University Press, 2002.
 13. Генайло С.П. Гашишно-опиатные полинаркомании в подростково-юношеском возрасте // Дисс... докт. мед. наук. – Томск, 1995. – 536 с.
 14. Barsky A.J., Coeytaux R.R., Sarnie M.K. et al. Hypochondriacal patients beliefs about good health. Am J. Psychiat. 2003; 150: 7: 1085-1089.
 15. Goodwin F., Cowdry R. et al. In psychopharmacology: a generation of progress., 2000. - P. 1277–1288.
 16. Sarovski L. Acute therapy of depression // G. clin. Psychiat., 2002. - Vol. 54, Suppl., N 8. - P. 19–28.
 17. Niederman W.G. Psychiatric disorders among persecution victims: A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its aftereffects. J. Nerv. Ment. Dis., 2004, P. 45.
 18. Амбрумова А.Г. Сущностные аспекты наркоманий // Мат. 3 Репн. Съезда невропат., психиатр. и наркол. Грузии. – Тбилиси, 1987. - С. 582-587.

К ВОПРОСУ О ПРЕДПОСЫЛКАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРКОМАНИИ

А.А. Кусаинов, М.В. Прилуцкая

г. Павлодар

Проблема наркомании в последние годы, достигнув глобальных масштабов, обрела многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, а также воспитательный аспекты [6]. По мнению С.П. Елшанского (2003), масштабы вовлеченности молодежи в наркопотребление настолько велики, что потребление психоактивных веществ (ПАВ), становятся национальным бедствием.

На сегодняшний день нет чёткого понимания о причинах возникновения наркомании. Многие исследователи, занимавшиеся данной проблемой, расходятся во мнениях. Так, например J. Staehelin (1967) считал, что к наркотизму того или иного вида склонны лица с преморбидными личностными особенностями, сходные с личностными дефектами, развивающимися в результате конкретного вида наркотизма. По мнению же Н.В. Канторовича и И.В. Стрельчука, «алкоголиком» или «морфинистом», может стать любой здоровый человек. В 1963 году В.В. Бориневич заявил, что нет личности свободной от наркотиков, нет и особой наркогенной личности. Не является препятствием для возникновения наркомании и шизофрения. Ни один из выдигавшихся в литературе факторов (эйфория, психопатия, особая конституция) не является постоянным, обязательным для развития наркомании и, следовательно, не может считаться этиологическим. В некоторых случаях эти факторы провоцируют повторные приёмы наркотика, тем самым в какой-то мере способствуя формированию нарко-

мании. Н.Х. Бикмаматова (1980) нашла, что медико-социальные последствия наркомании наиболее выражены у больных, начавших употребление наркотиков, исходя в основном из гедонистических наклонностей.

Среди предрасполагающих к наркоманиям факторов M. Windle с соавторами (1986), C. Muntaner, D. Walter и др., (1990), S. Aziz, A.A. Shah (1995) отметили девиантное поведение, антисоциальные установки, криминальность. По мнению же B.I. Rounsville с соавторами (1986), было отмечено, что в 26,5% случаев наркомании выявляется «антисоциальная направленность личности».

На сегодня существуют четыре основных направления, объясняющих предпосылки возникновения наркотической зависимости, два из которых - социологическое и биологическое – известны уже давно, другие же - психологическое и психопатологическое получили распространение значительно позже.

Социальные предпосылки возникновения наркозависимости

Социальное влияние на каждого индивида, опосредованное через моральные нормы, религиозные взгляды, навыки культуры и традиции, достаточно высоко и важно. В рамках социологических концепций проблема наркозависимости рассматривается с позиций взаимодействия индивида с обществом, носящего дисфункциональный характер.

К социальным моментам, предрасполагающим к развитию наркомании, относятся: уровень распространённости наркотизма в обществе, мода, способ времяпровождения в компании, в которой наркомания является «стилем», или образом жизни, «наркоманическое поведение» либо «аддиктивное поведение», описанное А.Е Личко. Аддиктивное поведение - это бессистемное употребление в больших дозах различных психоактивных веществ (в том числе алкоголя и табака) с целью изменить свое состояние, испытать неизвестные ощущения, освободиться от душевной пустоты, скуки. Описаны два варианта развития аддиктивного поведения [3]. При первом варианте, который обозначен как «поисковый наркотизм», характерным является единичные употребления различных психоактивных веществ при отсутствии какой либо четкой мотивации приёма, избирательности. Начало аддиктивного поведения – это этап первых проб, после которых может последовать и отказ от употребления ПАВ, в связи с вызванными интоксикацией неприятными ощущениями или страхом перед родителями, угрозами наказания и прочее. Но чаще вслед за первыми идут и повторные эпизоды употребления различных ПАВ. Потребитель, стремясь испытать новые ощущения, пробует всё новые виды наркотических веществ, однако впоследствии отдавая предпочтения какому - либо из наркотиков, т.е. выбирает то вещество, которое даёт максимально положительный эффект. Характерной чертой употребления наркотиков в аддиктивном поведении является то, что употребление наркотиков происходит в группе, что позволило вышеупомянутым авторам выделить так называемый феномен «групповой психической зависимости», т.е. потребность в употреблении ПАВ, возникает немедленно, как только собирается «своя» компания.

При втором варианте аддиктивного поведения подросток с самого начала злоупотребляет одним веществом, переходя от случайных проб к систематическому употреблению. Данный вариант является наиболее злокачественным, и практически всегда приводит к возникновению у подростка наркомании.

К одним из немаловажных факторов, влияющих на воспитание и становление индивида, является роль микросоциума: референтной группы и семьи. Общим для потребителей наркотиков является то, что у них определяется слабость прогностической функции, неполнота выбора групп общения вследствие малой дифференцированности нормативных эталонов. Е. Kaufman (1985) считал, что развитию токсикомании и наркомании способствует нарушение “семейной структуры”.

H. Steinhausen и соавторы (1999) в своей работе показал, что неполная семья патогенна, то есть в ней достоверно риск наркотизации особенно высок. Недостаточный надзор, связанный с постоян-

ной занятостью на работе, трудности в общении, особенно в семьях, где женщины воспитывают мальчиков, формируют у детей так называемый «семейный дефицит», или «недостаточность социальных стимулов», сформулированный V.D. Pisani, который утверждал, что данный факт приводит к наркотизации. Аналогичной точки зрения придерживались и A. Stoker, H. Swadi (1990), M.J. Rutherford (1996), J.A. Hermalin и др. (1990), которые при анализе семейных отношений у подростков - наркоманов выявили, что в их семьях воспитанием детей занимались, в основном, матери, чаще имели место разводы родителей, повторные браки и неполные семьи. Однако ошибочно было бы предполагать, что дети, воспитывающиеся в полных семьях, защищены от наркотизации, ведь сформированный в советское время институт брака, претерпел значительные изменения. Согласно В.С. Битенскому и В.С. Херсонскому (1989), А.Е. Личко и В.С. Битенскому (1991) такие факты внутри семьи, как неспособность решать общие проблемы, изолированность семьи от окружающих, нарушение иерархической структуры, и как следствие неправильное воспитание самого ребенка, либо в форме «потворствующей гиперопеки, по типу «кумир в семье», либо воспитание по типу «золушки» и т.д. способствуют наркотизации. В.А. Жмурев и Т.Г. Огородников (1988) к предрасполагающей группе факторов причисляли безнадзорность и жестокое отношение к подростку в семье, противоречивое воспитание и, в меньшей степени - доминирующую или потворствующую гиперпротекцию. На дефекты воспитания в преморбиде у наркоманов указывали также и И.Г. Ураков и И.Г. Исмаилов (1976). По данным В.Т. Лисовского, В.В. Захарова (1998), для наркозависимых лиц характерна необъективная оценка психологического благополучия родительской семьи со склонностью к положительному оценкам. Конфликтность в семье положительно коррелирует с наркотизацией.

E.N. Erikson (1978) выдвинул теорию, согласно которой употребление алкоголя и наркотиков может временно ослаблять эмоциональный стресс, сопровождающий кризис идентичности. Колеблясь в выборе профессии, конфликтую с родителями, вступая в хрупкие и ненадежные отношения со сверстниками, юноши и девушки могут относиться к наркотикам как к средству, помогающему немедленно выйти за пределы себя. Более того, когда они находятся в одной компании со сверстниками, употребляющими наркотики, нетрудно понять, как на них могут «надавить», особенно если ещё и статус в группе зависит от употребления наркотика. Человек с установленной эго-идентичностью может сопротивляться подобному давлению, а подросткам с диффузной идентичностью, вероятно, трудно не подчиниться. Н.А. Сирота (1989) обнаружила, что среди поведенческих подростковых

реакций, лежащих в основе мотивации потребления наркотиков, часто встречались реакция имитации (в 33,75% случаев), сочетавшаяся, как правило, с реакциями группирования со сверстниками и эмансипации, также реакции протesta (33,8%) и гиперкомпенсации - (17,5%).

H. Swadi (1990) отмечал, что «экспериментирование» с наркотиками вызывает неблагоприятные изменения в поведении подростков и, чаще всего, является началом дальнейшего злоупотребления наркотиками.

В.Д. Менделевичем при исследовании семей наркозависимых был описан особый психологический тип отца, наиболее часто встречающийся в семьях лиц употребляющих наркотики, так называемый «наркогенный» отец. «Сутью данного психологического портрета являлось сочетание таких черт, как повышенные требования к себе и своему окружению (в частности к ребенку, жене), трудоголизм, нежелание считаться с индивидуальными и возрастными особенностями, ситуативными моментами, эмоциональная холодность в сочетании с жестокостью и нередко с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, носящие часто поверхностный характер и не сопровождающиеся желанием понять и эмоционально принять собеседника».

К особенностям социальной ориентации, способствующим росту наркотизма, относятся отсутствие достоверной правдивой информации о ПАВ, детальная осведомленность об эйфоризирующем действии наркотических средств, мало дифференированное отношение к проблеме зависимости среди молодежи (Ковалев В.Б., 1988).

Таким образом, основные преддиспозирующие социальные факторы возникновения и развития наркозависимости могут быть разделены на 3 группы:

- 1) макросоциальный уровень;
- 2) микросоциальное окружение (структура и функции семьи, влияние референтной группы);
- 3) количество и характер информации о психоактивных веществах.

Из проведенного в данном разделе анализа литературы формируется вывод о максимальной представленности влияния социальных факторов в подростковом возрасте. Данная особенность объясняется, с одной стороны, активными процессами социализации, с другой стороны - формированием истоков аддиктивного типа реагирования в этот период.

Биологические предпосылки к возникновению наркомании

Уже сегодня можно с уверенностью сказать, что существует особая «генетическая» предрасположенность к возникновению различного рода зависимости. Если при алкогольной зависимости уже получены достоверные данные, то при героиновой

наркомании данная область ещё недостаточно изучена (в связи с небольшим количеством детей наркоманов, и невозможностью в связи с этим провести количественно достоверный анализ). На сегодняшний день ясно только одно, что данная наследственность неспецифична, то есть у лиц злоупотреблявших алкоголем, дети не обязательно станут алкоголиками и так далее.

Еще в 1935 г. В.А. Гиляровский писал, что наркоманы особенно часто бывают у лиц с неустойчивой конституцией, чувствительных к боли и ощущающих большую потребность в искусственном возбуждении. То, что большую роль в формировании наркомании играет элемент психической неустойчивости, видно хотя бы из того, что у многих больных приобщение к наркотикам было связано с дурным влиянием среды, примером других наркоманов и даже с прямым совращением. Опыт показывает, что все эти обстоятельства особенно сильное влияние оказывают на людей с неустойчивой психикой.

А.В. Утин, Б.Д. Назиров и С.А. Утин (1987) в результате клинико - генетического изучения потомства лиц с гашишной и комбинированной хронической интоксикацией (гашиш + опиаты) выявили у потомства двукратно повышенный риск акушерской патологии, эпилептических реакций, неврозов, психопатий, нарко- и токсикоманий, а также - реализации наследственной предраспозиции к эндогенным психозам. Авторы установили, что сочетанная (психические заболевания и нарко и токсикомания) наследственная отягощённость, особенно двусторонняя и со стороны матери, существенно повышает риск развития эндогенных психозов, экзогенно-органических расстройств, появления олигофрений, неврозов и психопатий. M. Granier-Dozeux (1973) отмечал, что в этиологии наркомании играет роль врожденное предрасположение, в том числе связанное с приёмом наркотиков матерями во время беременности.

На основании изучения особенностей вызванных потенциалов мозга и функционирования катехоламиновой системы у потребителей психоактивных веществ И.П. Анохина и Ю.Л. Арзуманов (1999) сделали заключение о возможных маркерах наследственной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ. Ими являются: высокий уровень эмоциональной нестабильности и напряженности, выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария, снижение или полное отсутствие волны P300 коркового вызванного потенциала и изменение кругооборота нейромедиаторов катехоламиновой природы.

К биологическим предпосылкам развития наркомании относят также нарушение развития мозга плода (малая мозговая недостаточность органического происхождения и как следствие - асоциальное поведение) поражение яйцеклетки, сперматозоидов

дов, патологию в процессе беременности или родов. Уже с раннего возраста обращают на себя внимание замедление и обеднение становления движений, речи, контакта с окружающими - особенно с посторонними; вялость, слабый интерес к происходящему вокруг либо избыточная двигательная или речедвигательная возбужденность со стереотипным повторением движений и звуков, сочетающихся с агрессивностью, плохой памятью и так называемым «дефицитом внимания», с отсутствием к себе критики. У данной категории детей, наряду с низкой успеваемостью, отмечается расстройства аффективной сферы или эмоциональной недостаточностью, проявляющихся отсутствием эмпатии, восприятия чувств других, сопереживания, в связи с чем, нравственные нормы и нравственные чувства (симпатии, благодарности, добра, совести и др.) усваиваются не в полном объеме, различие добра и зла неудовлетворительно, жестокость таких людей поражает [27].

И.Н. Пятницкая (2008) отметила ещё одно характерное явление, биологическая природа которого не вызывает сомнений. Это высокий уровень нейрофизиологического раздражения, к которому относятся:

- любовь к ярким «ядовитым», «химическим» цветам;
- высокая переносимость мелькающих огней на концертах и дискотеках на продолжительном периоде времени;
- высокая переносимость слухового анализатора;
- склонность к высоким скоростям;
- прочие стремления к «экстриму».

Таким образом, существует целый ряд биологических предрасполагающих факторов формирования наркотической зависимости. Однако среди всего разнообразия трудно выявить специфические показатели, приводящие к развитию конкретно опийной наркомании. И.Н. Пятницкой (2008) было отмечено, что для наследственных и биологических теорий общим является, прежде всего, их недоказанность по методологическим соображениям, и лишь многолетние лонгитудинальные исследования с широким и физиологическим исследованием подростков позволяют вынести заключение: «Какой физиологический тип можно считать наркоманически ранимым, какой - наркоманически устойчивым». На сегодняшний же день данные о подобных исследованиях пока отсутствуют.

Психологические предпосылки возникновения наркомании

При изучении структуры личности наркозависимых лиц в глаза бросается ряд отдельных черт. Многие из исследователей, занимающихся проблемами возникновения зависимости, сходятся во мнении, что в основе зависимого поведения лежат до-

болезненные (предпатологические) личностные особенности, на основе которых и появилась зависимость. В.Д. Менделевичем (2003) было отмечено, что формирование зависимого поведения у больных может происходить по пяти механизмам:

- деликвентному;
- аддиктивному;
- патохарактерологическому;
- психопатологическому;
- на базе гиперспособностей.

В основе указанных механизмов лежит психический инфантилизм, который проявляется в различных формах: в виде протesta и эпатажа (при деликвентном типе), в виде успокоения и удовлетворения «вне реального мира (при аддиктивном типе), в виде неконтролируемости и незрелости реакции (при патохарактерологическом и психопатологическом типах или в виде вытеснения (на базе гиперспособностей). Наряду с этим многие специалисты, занимающиеся проблемами героиновой зависимости, отмечали, что большинство наркозависимых лиц выглядят значительно моложе своих сверстников, то есть налицо и явления физического инфантилизма. По данным А.В. Сухарева и Е.А. Брюна, у потенциальных наркоманов ещё задолго до стереотипизации злоупотребления «могжно обнаружить» аномалии психического реагирования, которые проявляются в виде застывшей структуры психической реакции (на стимулы различной модальности ответ психических реакции качественно одинаков: или телесно ориентированная, или аффективная, или идеаторная), сужение спектра психических реакций, повышение порога психической реакции и изменение их силы и длительности».

Н.С. Курек (1991) используя медико-психологический подход, установил, что готовность к наркотизации у подростков обусловлена, прежде всего, особенностями их эмоциональной сферы: низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью и т.д. Учитывая все три компонента эмоций - когнитивный, экспрессивный, субъективный, автор рассматривает эмоциональные расстройства у наркоманов как интегративные индикаторы различных форм социального неблагополучия и дезадаптации.

Самыми незрелыми сферами при наркомании являются самосознание, интеллект, мотивационная сфера и сфера эмоции, при этом главной причиной возникновения наркозависимости является инфантильность мышления наркозависимых лиц. Причём Е.А. Брюном это расценивается как врожденное, эндогенное свойство. Степень выраженности «смыслообразующего этнофункционального рассогласования» определяет и прогноз заболевания. Данным автором описывались случаи, когда у больных героиновой наркоманией отмечались относительно благоприятные этнофункциональные

факторы, особенно смыслообразующие и обобщенные. У этих больных отмечались более длительные ремиссии, и больные при лечении проявляли более выраженный интерес к психотерапии и признавали необходимость проведения занятий для проработки психологического компонента наркотической зависимости.

И. Лавриненко, Г.Н. Садиков и А.М. Джанмедов (1989) привели результаты психоdiagностического исследования (с использованием теста Кеттелла) лиц, потребляющих различные одурманивающие средства. По их данным, подросткам свойственны такие черты, как излишняя доверчивость, способность легко устанавливать неформальные межличностные контакты, в том числе и с лицами морально неустойчивыми. Взрослым наркоманам присущи черты эгоцентризма, подозрительности. Больным обеих возрастных групп свойственны самоуверенность, элементы жестокости в отношениях с другими людьми; обособленность от всех и стремление избежать любой зависимости от других; у подростков эти черты более выражены, как бы заострены. Ещё одной характерной для зависимой личности чертой является внушаемость. То есть легкое усвоение человеком внешних по отношению к нему побуждений, стремлений, желаний установок, оценок, форм и стилей поведения, повышенная восприимчивость к психическому воздействию со стороны другого лица без критического осмыслиения реальности и стремления противостоять этому воздействию. А также подражательность, проявляющаяся в готовности делать что-либо в соответствии с каким либо образцом, в стяжании воспроизводить то, что делается другими.

Немаловажными чертами в формировании зависимости также являются: прогностическая некомпетентность, ригидность, упрямство, наивность, простодушие, любопытство, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и вкусу опасности и страх быть покинутым.

Прогностической некомпетентностью у зависимых лиц является неспособность в полной мере и адекватно планировать и прогнозировать будущее. Именно этим объясняется поведение наркозависимых «не видеть дальше своих ботинок», т.е. жить одним днём, не думая о дальнейших «завтрашних» последствиях, по принципу: будет день - будет пища.

Ригидность в психологическом плане понимается как негибкость, тугоподвижность всей психической деятельности и в частности установок, экспекций (ожиданий) стилей поведения, осмыслиния действительности. Ригидность в структуре зависимой личности способна сформировать так называемый наркоманический паттерн поведения, непреодолимое влечение к совершению девиантного поступка, сопровождающегося эмоциональной разрядкой.

А.А. Ткаченко (1999), П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг (2000) в своих исследованиях обнаружили в преморбиде лиц с зависимыми формами поведения эпилептоидную акцентуацию характера, выделяя как значимое качество - торpidность, ригидность психических процессов и сравнивая процесс реализации аддикции с разрядом эпилептической активности в виде дисфории.

Наивность, простодушие, чувственная непосредственность, любопытство, поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, нетерпеливость - эти данные «детские» черты характера проявляются на почве инфантилизма и у наркозависимых лиц имеют ярко выраженные гротескные формы: мир лишь в черно-белом свете, не способность к компромиссам, «все или ничего», фиксация внимания на себе, своих интересах, чувствах. Яркость воображения, голод по сенсорной стимуляции, нетерпеливость, проявляющаяся в неспособности «ждать и догонять», отсутствие выдержки, а также склонность к риску, преследующая своей целью вывести себя из состояния скуки, желание «постоянного драйва», сочетающееся с ощущением беспомощности, несамостоятельности, неспособности принимать повседневные решения, и активного поиска человека, на которого эту ответственность можно было бы переложить, дополняют психологический портрет зависимой личности.

Таким образом, существует достаточно разнообразный перечень личностных черт («преаддиктивная личность»), тесно корелирующих с развитием наркотической зависимости. Их клиническое значение заключается в том, что по мере развития зависимости характерологические особенности вплетаются в канву психопатологических синдромов, формирующих целостную, законченную картину заболевания.

Психопатологические предпосылки возникновения наркотической зависимости

В литературе распространено мнение, согласно которому наркомания чаще формируется у лиц с аномалиями характера и психическими заболеваниями. Отмечается преобладание в преморбиде у наркоманов пограничных расстройств, акцентуаций характера [18, 20, 32]. Анализируя данные литературы, следует учесть, что личность наркомана исследуется, как правило, уже на фоне сформировавшейся наркотической зависимости, когда не исключается ретроспективный перенос в преморбид ряд черт измененной в процессе болезни личности. Поэтому изучение преморбидно-личностных особенностей больных, страдающих наркоманиями, выявляет достаточно сложную и неоднородную картину. Исследование Christian, Poling (1997) показали, что структура преморбida определялась дополнительно органическими поражениями головного мозга (10,4% мужчин), алкоголиз-

мом (1,9%), шизофренией (1,9%), признаками психопатий (36,8% мужчин и 68,8% женщин), акцентуациями характера (34,8% и 25,8% соответственно) [38].

М.Л. Рохлина (1981) отметила в преморбиде у большинства больных с осложненными формами опийной наркомании наличие личностных девиаций, которые в основном проявлялись повышенной возбудимостью, истероформностью либо патологической конформностью. В другом исследовании М.Л. Рохлиной и соавторов (1988) выявлено, что весьма существенным фактором, определяющим формирование медицинских и социальных последствий наркомании, является наличие личностных девиаций в преморбиде. У этих больных достоверно чаще и быстрее, чем у лиц с нормальным преморбидом, наступали изменения личности и негативные социальные последствия. Однако на тяжесть интеллектуально-мнестических расстройств степень выраженности личностных девиаций в преморбиде влияния не оказывала. Этим же автором совместно с К.Э. Воронином (1991) в ходе исследования наркозависимых лиц были получены следующие данные: «...у преобладающего большинства больных наркоманиями (62,1%) в преморбиде отмечались личностные девиации, у из них личностные девиации не выходили за рамки акцентуаций характера, у - они могли быть квалифицированы в рамках психопатии. Среди девиаций характера чаще всего (более чем в 50% случаев) встречались черты повышенной возбудимости. Кроме того, наблюдались неврастенические, психастенические, истероформные и шизоидные черты характера. В 42,6% случаев можно было отметить черты психического инфантилизма».

Многие исследователи, изучавшие клинические аспекты опийной наркомании: И.В. Стрельчук (1956); В.В. Бориневич (1963); Г.В. Морозов, Н.Н. Боголепов (1984) отмечали психопатические черты характера у будущих наркоманов.

В своих исследованиях Колотилин Г.Ф. и Михайлов В.И. (1979) [44] установили, что акцентуация характера может быть одним из важных факторов асоциального и антисоциального поведения подростков. Наибольшую степень риска противоправных действий представляют акцентуации по неустойчивому, эпилептоидному и конформному типам. В то же время, прямой зависимости между акцентуацией характера и делинквентным поведением, связанным с наркотиками, у подростков установить не удалось. Авторы предположили наличие у подростков с акцентуацией характера низкой устойчивости к различного рода наркотическим и токсическим веществам.

А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991), отмечая наличие высокого риска начала злоупотребления наркотическими или токсикоманическими средствами у лиц с неустойчивым типом акцентуации

характера, не считали, что это ведёт к быстрому формированию зависимости. Наоборот, у лиц с эпилептоидным типом акцентуации характера или эпилептоидной психопатией, по мнению авторов, психическая и физическая зависимость с компульсивным влечением к наркотику формировалась стремительно, быстро происходил переход первой стадии заболевания во вторую.

Н.В. Вострекутов (1989) указал на высокий удельный вес психической патологии, предшествующей началу наркотизации у подростков: олигофрения в степени дебильности с аффективно-волевыми расстройствами отмечена у 12,1% больных, патохарактерологические нарушения и психопатии - у 14,5%, резидуальная церебрально-органическая недостаточность со снижением интеллекта и аффективными нарушениями - у 9,4%, вялотекущая шизофрения с психопатоподобной симптоматикой - у 5,3%. Среди патохарактерологических радикалов чаще всего встречались эмоционально-волевая неустойчивость, повышенная аффективная возбудимость и гипертимность в сочетании с признаками педагогической запущенности. Н.В. Оганесян (1987) установил, что вне зависимости от формы наркомании ранний возраст приобщения к наркотикам в плане патогенеза и прогноза заболевания играет двойную роль. С одной стороны, будучи результатом неблагоприятной комбинации предрасполагающих факторов (наследственная отягощенность, преморбидные личностные девиации, дефекты семейного и школьного воспитания, влияние асоциальной микросреды), он является фактором риска развития наркомании. С другой стороны, он выступает как патокинетически-патопластический фактор, определяющий, в целом, более прогредиентное течение заболевания и менее благоприятный, как в социальном, так и в клиническом плане, его прогноз.

Ф.В. Кондратьев (1990) установил, что прогноз наркоманий и токсикоманий более неблагоприятен у лиц молодого возраста с резидуальной церебрально-органической патологией, начавших употреблять токсикоманические и наркотические средства в период патологического пубертатного криза, а также у психопатических личностей с синдромом расстройства влечений.

Н.Г. Найденова, А.Ф. Радченко и И.Б. Власова (1992, 1993) выявили определённую связь между преморбидными личностными особенностями и склонностью субъекта к поиску специфической эйфории опийного типа. Чем больше у личности выражены черты возбудимости, аффективной неустойчивости, истероидности и агрессивности, тем предпочтительнее для нее опийная эйфория.

Подводя итог выше изложенного, хотелось бы отметить ряд интересных фактов. Мнение многих исследователей, описывающих и регистрирующих преморбидную психопатологическую отягощен-

ность наркозависимых, и активно внедряющих постулат, что «большинство наркоманов - психопаты», в последнее время подвергается сомнению. И.Н. Пятницкая (2008), опирающаяся на свой многолетний опыт, опровергает подобное мнение: «Представление о том, что психопаты с их аффективной реактивностью, несоразмерностью, неспособностью управлять своими побуждениями и желаниями должны легко вовлекаться в наркотизацию выглядит логично. Но нельзя забывать, что психопату, в отличие от здорового человека, свойственна непосредственная и скорая реализация эффекта - проявление его болезненного состояния исчерпывает его патологию момента. Тем самым, у него нет необходимости поиска дополнительных способов снятия напряжения. Само по себе психическое перенапряжение и у больного, и у здорового - фактор, препятствующий опьянению при приёме наркотических средств (как и алкоголя). То же мы видим при болевом синдроме – анальгетики, седативные средства вызывают не эйфорию, а успокоение. Поиск наркотика лишь для успокоения через скучу дорогостоящий и опасный путь, скорее психопат станет употреблять алкоголь».

На сегодня достоверно определено, что наиболее подвержены вовлечению в наркозависимость эпилептоидные психопаты и лица с гипертимной акцентуацией характера [3]. Лица с психопатией тормозимого круга, в силу своей интравертированности, не имеют большого круга знакомых, соответственно риск их вовлечения в орбиту зависимости с этой стороны не высок. Кроме того лица с психопатией астенического круга характеризуются своей фиксацией на соматическом благополучии и даже некоторой ипохондричностью. По мнению Ф.В. Кондратьева (1973), недоучёт средовых навыков, «модных» форм поведения, принятых в том или ином кругу, может привести к гипердиагностике в психиатрии. Предметом анализа Ф.В. Кондратьев взял ту форму, где диагноз основывается на изменении качества психической деятельности. При диагностике психопатии учитываются психические изменения в целом количественные, так как качество, адекватность реакции при психопатии сохра-

няются, и вопрос решается в плоскости «больше - меньше». При учёте того, что психопатические особенности в настоящем наглядны, что в прошлом была малая контролируемость больным своего поведения, вероятность гипердиагностики весьма высока. Гипердиагностика психопатии может быть объяснима быстрым в течении болезни изменением общего рисунка поведения злоупотребляющего, до того как развиваются психопатизация - II стадия болезни. Эти ранние изменения также могут быть приняты за преморбидно существующие.

В связи с этим, на наш взгляд, хотелось бы отметить, что достоверно существует отягощённость наркотической зависимости преморбидной психопатологической симптоматикой, которая в свою очередь выступает как патогенетически - патопластический фактор основной нозологии. Разнообразие указанных расстройств рекрутируется из нарушений различного регистра. По мнению большинства ученых, чаще всего развитию зависимости предшествуют нарушения невротического и психопатического круга. Причём четких, однозначных связей между отдельной патологией и наркоманией не существует. Это объясняется следующим. Предиспонирующую роль играет в большей степени наличие в преморбиде определенных симптомов, а не конкретного специфического диагноза.

Вывод

Таким образом, в настоящее время сохраняется высокая распространённость наркотизма, лидирующее положение в структуре которого, стабильно занимает злоупотребление опиатами. Этому способствует разнообразие приведённых выше предпосылок, объединяемых в несколько групп. Из анализа существующей по данной проблеме литературы следует вывод о размытости, недифференцированности выделенных факторов. Большинство из них, имея в системе противоречивый характер, не раскрывают однозначных причин вовлечения в орбиту наркотизации. Однако их влияние должно учитываться как в раскрытии структуры нозологии, так и в определении ее динамических характеристик.

Литература:

1. Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., Коган Б.М. и др. Особенности вызванной электрической активности мозга и функций катехоламиновой системы как маркеры предрасположенности к формированию зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. - 1999. - № 2. - С. 45 – 51.
2. Бикмаматова Н.Х. Особенности формирования наркомании у лиц с различными преморбидными особенностями личности // Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. Ч. 1. Вопросы наркологии. — Фрунзе, 1980. - С. 13 – 15.
3. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л., 1989. - С. 83 – 88.
4. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. - Киев: Здоровья, 1989. - 212 с.
5. Бориневич В.В. Наркомания. - М., 1963. - 275 с.
6. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и необилитация больных опийной

наркоманией / РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», Республика Казахстан. – Павлодар, 2005.

7. Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию // Вопросы наркологии. – 1999. - № 1. - С. 72 – 78.
 8. Вострокнутов И. В. Токсикомическое поведение - проблема комплексного взаимодействия в наркологии // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы республ. совещания наркологов 24 - 25 апреля 1989 года. - Ашхабад, 1989. - С. 5 – 7.
 9. Гиляровский В.А. Психиатрия. - М. – Л., 1935. - 750 с.
 10. Елишанский С.П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ снижения вреда среди потребителей наркотиков // Вопросы наркологии. - 2003. - № 2. - С. 36 – 51.
 11. Жмурев В.А., Огородников Т.Г. Токсикомания: вопросы клиники, раннего выявления и профилактики // Проблемы алкоголизма и наркомании. - Хабаровск, 1988. - С. 54 – 56.
 12. Колотилин Г.Ф., Михайлов В.И. О мотивации антисоциальных действий подростков, склонных к приему наркотических веществ // Личностные изменения и предупреждения общественно опасных действий при психозах и алкоголизме. Тезисы докладов II конференции психиатров Сибири и Дальнего Востока 13 - 14 сентября 1979 г. - Хабаровск, 1979. - С. 5 – 8.
 13. Кондратьев Ф.В. Первичное выявление токсико- и наркомании в судебно-психиатрической практике // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и наркологии. Сборник научных трудов. / Под ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозова. - М., 1990. - С. 53 – 61.
 14. Курек Н.С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 1991. - Т. 91, № 2.- С. 64 – 67.
 15. Лавриненко В.И., Садиков Г.Н., Джанмедов А.М. Некоторые психологические особенности лиц, потребляющих одурманивающие средства // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы республ. совещания наркологов 24 - 25 апреля 1989 года. — Ашхабад, 1989. - С. 32 – 34.
 16. Личко А.Е. Битенский В.С. Подростковая наркология. - Л., 1991.- 304 с.
 17. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания // Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л., 1977. - С. 61-70.
 18. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. - Л.: Медицина, 1991. - 302 с.
 19. Лысенко И.П., Ревенок А.Д. Сравнительная характеристика психической деятельности и личности больных опийной наркоманией и алкоголизмом // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. - М., 1988. - Т. I. – С. 392 – 394.
 20. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). - М.: МЕДпресс.информ, 2003. - 328 с.
 21. Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. - М., 1984. - 174 с.
 22. Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. Клиническая диагностика опийной интоксикации // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии. - Москва - Томск - Краснодар, 1992. - С. 76 – 79.
 23. Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. Клинические особенности и течение опийной наркомании, осложненной димедроловой токсикоманией // Вопросы наркологии. - 1993. - № 1. - С. 21 – 23.
 24. Оганесян Н.В. Роль возрастного фактора в динамике развития наркомании // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Республ. сборник научных трудов. - М., 1987. - С. 78 – 81.
 25. Шабанов П.Д. Основы наркологии. - СПб., 2002. - С. 235 – 237.
 26. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2008. - 640 с.
 27. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркоманий // Вопросы социальной и судебной психиатрии. Материалы совместной научно-практической конференции 28 - 30 января 1981 г. - Вологда, 1981. - С. 22 – 25.
 28. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. Сборник научных трудов. — СПб., 1991. - С. 46 – 50.
 29. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г., Власова И.Б., Радченко А.Ф., Стрелец Н.В. Клинические факторы, значимые для прогноза наркомании и токсикомании // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. Тезисы доклада. - М., 1988. - Т. 1. - С. 422.
 30. Сирота Н.А. Динамика психопатологических расстройств у наркотизирующихся подростков // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы респ. совещания наркологов 24 - 25 апреля 1989 года. — Ашхабад, 1989. - С. 45 – 46.
 31. Смулевич А.В. Неалкогольные токсикомании // Руководство по психиатрии. Под ред. акад. АМН СССР А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. - Т. 2. - С. 328—341.
 32. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркомании. — М.: Медгиз, 1956. - 346 с.
 33. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения парофилии. - М., 1999. - 461 с.
-
-

-
-
34. Ураков И.Г., Исмайлов Б.И. Влияние некоторых предиспонирующих факторов на возникновение и становление различных форм наркотизма // Клиническая психиатрия Узбекистана. — Ташкент, 1976. - С. 104 -109.
35. Утин А.В., Назиров Б.Д. и др. Гашишная и комбинированная интоксикация (клиническое и клинико-генетическое исследование) // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Наркомании и токсикомании. Репл. сборник научных трудов / Под ред. И.Н. Пятницкой. — М.: 2-й МОЛГМИ им. Н.П. Пирогова, 1987. - С. 147 - 149.
36. Шабанов П.Д. Основы наркологии. — СПб.: Изд. «Лань», 2002. - 560 с.
37. Шабанов П.Д. Штакельберг О.Ю., Наркомании. — СПб., 2000. - 368 с.
38. Aziz S., Shah A.A. Home Environment and Peer Relations of Addicted and Nonaddicted University Students // J. Psychol., 1995 (May). № 129 (3). P. 277 – 284.
39. Erikson E.H. Adulthood. - New York: Norton, 1978.
40. Granier-Dayeux M. Influence of Gerta in Social Factors on the Development of Drug Dependents // Bill. Narcot. 1973.
41. Hermalin J.A., Steer R.A., Platt J.J., Merger D.S. Risk Characteristics Associated with Chronic Unemployment in Methadone Clients // Drug and Alcohol Dependence. 1990. № 26. P. 117-125.
42. Kaufman E. Family Systems and Family Therapy of Substance Abuse: an Overview of Decades of Research and Clinical Experience // Int. J. Addict. 1985. Vol 20. № 6/7. P. 897-916.
43. Muntaner C., Walter D., Nagoshi C. et al. Self-report vs. Laboratory Measures of Aggression as Predictors of Substance Abuse // Drug and Alcohol Dependence. — Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd, 1990. № 25. P. 1-11.
44. Rounsaville B.J., Kleber H.D. Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Course and Interaction with Program Type // In: R.E. Meyer (Ed). Psychopathology and Addictive Disorders. 1986.
45. Rutherford M.J., Cacciola J.S., Altermann A.I. Assessment of Object Relations and Reality Testing in Methadone Patients // Am. J. Psychiatry. 1996 (Sept.). № 153 (9). P. 1189-1194.
46. Staehelin J.E. Клиническая психиатрия. -М., 1967. - С. 226.
47. Stoker A., Swadi H. Perceived Family Relationships in Drug Abusing Adolescents // Drug and Alcohol Dependence. 1990. № 25. P. 293—297.
48. Swadi H. "Experimenting" with Drugs: a Critical Evaluation. // Drug and Alcohol Dependence. 1990. № 26. P. 189-194.
49. Swadi H., Wells B., Power R. Misuse of Dihydrocodeine Tartrate (DF 118) Among Opiate Addicts // BMJ. 1990 (May 19). № 300 (6735). P. 1313.
50. Windle M., Hooker K., Lenerz K., East P. Temperament, Perceived Competence and Depression in Early and Late Adolescence // Development Psychology. 1986. № 22. P. 384-392.

К ВОПРОСУ О СИНДРОМОЛОГИИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ (литературный обзор)

А.А. Кусаинов, М.В. Прилуцкая

г. Павлодар

В настоящее время сохраняется высокая распространенность наркотизма, лидирующее положение в котором стабильно занимает злоупотребление опиатами. Этому способствует большое разнообразие социальных, психологических, биологических, психопатологических предпосылок. Влияние указанных предрасполагающих факторов отражается как в клинической структуре нозологии, так и на её динамических характеристиках.

Клиническая картина опийной наркомании нашла широкое освещение в многочисленных литературных источниках.

По мнению Ю.П. Сиволапа: «Психопатологические феномены при опийной наркомании ха-

рактеризуются максимальной степенью клинической завершенности и максимальной возможностью выделения причинно - следственных отношений с позиций К. Ясперса».

Согласно определению Тиганова А.С. (1999), психопатологический синдром – это закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющее собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащее признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом.

Клиническая картина опийной наркомании формируется психопатологическими синдромами, укладывающимися в рамки непсихотических психи-

ческих расстройств. Однако главная проблема синдромологии зависимости заключается в малой изученности их феноменологии, неопределенности патогномоничного синдромального профиля заболевания.

Традиционно учитываемые в наркологии синдром измененной реактивности, синдром психической зависимости и синдром физической зависимости составляют большой наркоманический синдром, специфика каждого из компонентов варьирует в зависимости от формы наркомании. И.Н. Пятницкая в проводимых ею исследованиях, пришла к выводу, что расстройства, возникающие в процессе наркотизации, являются случайными по отношению к радикалу наркотической зависимости, и, в свою очередь, являются результатом действия других свойств наркотика. Ею в клинических наблюдениях было отмечено, что данные расстройства, накапливающиеся с течением болезни, появляются иногда и в начале болезни. Но чаще они проявляются при соответствующем отягощении анамнеза. В связи с этим и был выделен новый синдром, так называемый синдром последствий наркотизации. В рамках данного синдрома выделяются как общие закономерности, так и особенности,ственные отдельным формам наркомании.

Еще на заре развития наркологии, многие исследователи, занимавшиеся проблемами наркомании, отмечали характерные для наркозависимых изменения, происходящие с ними в процессе наркотизации. Р. Краффт - Эбинг (1897), в своих исследованиях отмечал, (говоря об изменениях личности у наркоманов), что последние становятся слабохарактерными, нерешительными, склонными к совершению аморальных поступков. Он наблюдал у больных приступы тоски и скоропреходящие зрительные галлюцинации. С.С. Корсаков (1901) описывал изменения психики, следующим образом «... в психической сфере становится заметно легкомыслie, наклонность к лживости, к обману, к нравственным развращениям. Под конец, больные становятся неспособными ни к какой работе, слабеют умственно, нередко в конце появляются эпилептические припадки, в которых оканчивается жизнь». Э. Крепелин (1910) указывал на то, что у наркоманов изменяется характер, они становятся нетерпеливы, теряют чувство ответственности, слабовольны. Круг интересов суживается и ограничивается лишь приобретением наркотиков. Медицинские и социальные последствия морфинизма описал в своем руководстве Е. Блейлер (1920). Он отметил снижение работоспособности, неточную память, слабость воли, лживость, неустойчивость настроения у лиц, употребляющих морфий, и подчеркнул — немногие остаются полноценными людьми. «Многие погибают и физически и социально». Описывая причины болезни, Е. Блейлер делал акцент на том, что «... большинство морфинистов ab

ово психопаты. Даже высокоодаренные и знаменитые люди становятся жертвой этой страсти; некоторые из них, несмотря на это, оставались все время на высоте. Как ни странно, приходится напомнить, что эти люди, как и алкоголики, гении, стали знаменитыми не потому, что они прибегали к помощи яда; гениальные люди просто устроены не так, как обычные люди, с одной стороны - они гении, с другой стороны - они склонны к разным аномалиям, которые мы можем назвать слабостями...». В.А. Гиляровский (1935) регистрировал у наркоманов ослабление чувства долга, склонность к воровству и другим преступлениям, часто развивающиеся гомосексуальные наклонности. О появлении шизоидных черт характера у наркоманов писали М.П. Кутанин (1915), Л.М. Розенштейн (1933), М.Я. Серейский (1946). Они подчеркивали, что больные опиоманией «шизоидизируются». Это внешне выражается в появлении апатии, замкнутости, эмоциональной тупости.

В.В. Бориневич (1963) указывал, что личность наркомана изменяется не только под влиянием токсических эффектов наркотика, но также и под влиянием ряда социальных факторов. Употребление наркотиков ставит больного в особое положение в семье и обществе, делает его отщепенцем, озлобляет его. Наркоман уходит в себя, он заботится только о получении запаса наркотических веществ. Страх перед абстинентным синдромом становится основным фоном психической деятельности наркомана, что неизбежно приводит к изменению личности. Об этом также писали М.Я. Серейский, М.О. Гуревич (1946); Ф. Швец (1971); А.М. Селедцов (1994) и др. И.В. Стрельчук (1956) выделил декомпенсированную форму морфинизма, характеризующуюся «резко выраженной деградацией личности, полной утратой трудоспособности, значительно выраженным физическим истощением, угасанием либido и потенции». И.М. Елисеев (1976) отметил, что наркотизация меняет социальную ориентацию личности: происходит непрерывный процесс нарушения адаптации больных в обществе, социально-трудовая дезадаптация; растет число правонарушений. И.Г. Ураков с сотрудниками (1983), изучив личностные изменения и социальные последствия у больных осложненной опийной наркоманией, показали, что при большой давности заболевания (от 5 до 10 лет) наблюдается выраженная психопатизация личности, а в ряде случаев - деградация с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями. Н.Г. Найденова (1992), изучая психопатологически сложные состояния, возникающие при многолетнем течении наркомании, указала на характерную хронизацию процесса, нарастание и необратимость органического дефекта у больных, который углублял их социальную дезадаптацию, делая их нетрудоспособными, глу-

бокими инвалидами. М.Л. Рохлина (1995), говоря о медицинских последствиях наркомании, указывает на снижение «уровня личности» у 82% больных, заострение преморбидных черт характера - у 24%, психопатоподобные нарушения - у 30,8%, деградацию личности - у 17,2%.

Нарастанием частоты медико-социальных последствий хронической наркотизации характеризуется современный патоморфоз наркомании. Так, Д.У. Адылов (1982), обнаружил изменения личности у 96% больных, в том числе у 89,8% больных, обследованных в 50-х годах и у всех больных, обследованных в 60 - 70-х годах. Также выше была частота правонарушений: у больных 60-х и 70-х годов - соответственно 95,1% и 82%, по сравнению с больными 50-х годов (69,4%).

А.Н. Олисов (1982) получил данные, свидетельствующие о том, что выраженность и характер медико-социальных последствий наркомании определяются клиническими особенностями заболевания с одной стороны, и преморбидными особенностями - с другой.

Т.Т. Похилько (1980) на основании экспериментально-психологических исследований показал, что наиболее выраженные психические и личностные изменения наблюдаются при гашишных и опийных наркоманиях, причем степень их выраженности зависит от «стажа» наркомании и времени начала употребления наркотика. Чем раньше начинается злоупотребление наркотиками и чем длительнее оно продолжается, тем грубее органические изменения головного мозга и более выражены интеллектуально-мнестические нарушения.

По мнению Б.Н. Пивеня (1994-1996, 1998), к экзогенно-органическим расстройствам относятся те психические расстройства, которые вызываются органическим поражением головного мозга и возникают в результате действия перенесенных прежде экзогенных вредностей. Спустя более или менее продолжительного периода времени, после экзогенных воздействий развиваются психоорганические расстройства, основной причиной которых являются уже не сами экзогении, а вызванные ими сформировавшиеся органические изменения в головном мозге. Исследования автора позволили ему прийти к заключению о целесообразности включения в структуру психоорганического синдрома изменений личности у больных, перенесших различные экзогенные вредности, в том числе и злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ).

Однако, по мнению Ю.П. Сиволапа (2006), выраженность психоорганических расстройств при опийной наркомании значительно уступает таковым при злоупотреблении кокаином и психостимуляторами. Автор ставит под сомнение органическую природу деформации личности при употреблении опиоидами по причине отсутствия четкой

взаимосвязи динамики личностных и церебральных изменений, abortivности психоорганической симптоматики без классических экзогенного типа реакций, а также иных, чем у органических психозов, исходов. Изменения личности, не укладывающиеся в психоорганические рамки, объясняются «функциональным» механизмом, заключающимся в психогенных последствиях физиологического влияния наркотика [20]. Этим же механизмом он объясняет присутствие в клинике наркомании невротических расстройств и мотивационных нарушений. Органическим компонентом зависимости им объясняется фазный характер течения заболевания.

Согласно концепции, выдвигаемой Благовым Л.Н. (2005), первичным патологическим звеном в развитии опийной наркомании, как следствие - осевым синдромом в клинике заболевания, являются расстройства мыслительной деятельности. Автором выделяется феномен «наркоманической доминанты» с описанием последовательных стадий её формирования и динамики. На примере идеаторной сферы прослежены основные этапы развития наркозависимости, с очерчиванием целостного уровня патологического реагирования психики. Последовательная смена сверхценных идей, бредовых идей с исходом в дефект экстраполируется Благовым Л.Н. на континuum невротического – психотического – психоорганического, присущий клинике опийной наркомании.

Вывод

Таким образом, на протяжении развития наркологической мысли множеством авторов выделялся разнообразный круг психопатологической симптоматики при опийной наркомании. Используемый повсеместно, выделенный Стрельчуком и Пятницкой, стадийный осевой большой синдром зависимости (большой наркоманический синдром) номинативен и лишь формирует класс заболеваний зависимости. Специфику наркомании, в том числе опийной, придает уровень психического поражения, обуславливающий комплекс психопатологических синдромов, углубляющихся в процессе наркотизации. Природа патокинеза синдромокомплексов на сегодняшний день трактуется неоднозначно, противоречиво, что отражается в дефиците в оценки прогноза тех или иных клинических изменений и квалификации феноменологии опийной наркомании.

Другим и, как видится нам, одним из важнейших дефицитов в знаниях о синдромологии опийной наркомании, является отсутствие чёткого понятия о «негативной», «дефицитарной» стороне заболевания. Анализ литературных источников демонстрирует лишь отдельные упоминания о появляющихся в процессе наркотизации дефицитах. Крайне скучно освещены попытки их синдромаль-

ной систематизации. Противоречивы данные о глубине таких расстройств, возможной природе их возникновения.

Отсюда следует: прицельное, теоретически выверенное, систематизированное исследование, затрагивающее вопросы дифференцированного рас-

смотрения закономерностей психопатологических синдромокомплексов, позволит расширить клинико-диагностические параметры заболевания, дополнить существующие принципы и методы лечебного воздействия за счет обоснования новой терапевтической мишени.

Литература:

1. Адылов Д.У. Закономерности патоморфоза наркомании // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы научных докладов. — Омск, 1982. - С. 7-11.
2. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. - М.: Гениус, 2005. - 316 с.
3. Бориневич В.В. Наркомания. - М., 1963. - 275 с.
4. Гиляровский В.А. Психиатрия. — Москва—Ленинград, 1935.- 750 с.
5. Елисеев И.М. О социально-трудовой дезадаптации у больных полинаркоманиями // В сб.: Клинические аспекты социальной реадаптации психических больных. — М., 1976. - С. 151 - 161.
6. Корсаков С.С. Курс психиатрии. - М., 1901. - 1113 с.
7. Краффт - Эбинг Р. Учебник психиатрии. // 3-е рус. издание. Пер. Чернышевского А. — СПб.: Риккер, 1897. - 889 с.
8. Крепелин Э. Учебник психиатрии. - М., 1910. - 468 с.
9. Кутанин М.П. Хронический кокаинизм. К вопросу о психозах отравления. - М., 1915. - 53 с.
10. Найденова Н.Г. Исходные состояния в клинике наркомании // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Республик. Сборник научных трудов / Под ред. проф. И.Н. Пятницкой. — М., 1992. - С. 51- 57.
11. Олисов А.Н. Сравнительная оценка факторов, обуславливающих выраженность медико-социальных последствий у больных наркоманиями // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы научных докладов. - Омск, 1982. - С. 122 - 125.
12. Пивень Б.Н. О понятии "экзогенно-органический" в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - № 3. - С. 102 - 107.
13. Пивень Б.Н. Психоорганический синдром: клинические границы // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - № 3. - С. 138 - 142.
14. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. — М., Медицина, 1998. — 144 с.
15. Похилько Т.Т. Сравнительный клинико-экспериментальный анализ личностных особенностей больных с различными формами хронических интоксикаций наркотиками // Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. Часть 1. Вопросы наркологии. — Фрунзе, 1980. - С. 11- 13.
16. Розенштейн Л.М. Проблема мягких форм шизофрении // Современные проблемы шизофрении. — М., 1933.
17. Рохлина М.Л. Психопатологические расстройства в клинике опийной наркомании // XII съезд психиатров России: Материалы. — М., 1995. - С. 820 - 822.
18. Селедцов А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами. // Автореф. дисс. на соискание уч. степ. докт. мед. наук. - М., 1994. - 39 с.
19. Серейский М.Я., Гуревич М.О. Учебник психиатрии. — М.: МедГИЗ, 1946. - 439 с.
20. Сиволап Ю.П. Патогенез психопатологических проявлений опиоидной зависимости: дуалистическая модель // Журнал неврологии и психиатрии – 2006. - № 1. - С.70 - 72.
21. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркомании. — М.: МедГИЗ, 1956. - 346 с.
22. Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Рохлина М.Л. Некоторые особенности осложненной опийной наркомании в возрастном аспекте // Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. — Вильнюс, 1983. - С. 91 - 94.
23. Швец Ф. Фармакодинамика лекарств с экспериментальной и клинической точки зрения (пер. со словацк.). — Братислава, 1971. - Т. 12. - 849 с.
24. Bkuler E. Руководство по психиатрии. // Пер. с 3-го нем. изд. - Берлинъ: Издательство т-ва «Врачъ», 1920. - 542 с.

ОСОБЕННОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА СЕМЕЙНОГО ВАРИАНТА СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ю.В. Лукьяненко, Е.Ю. Лукьяненко, А.В. Котин,
А.В. Казакова, М.В. Афанасьева, П.П. Вязовой

г. Тараз

Анализируя публикации по лечению наркозависимых и свой многолетний практический опыт работы с ними, мы пришли к следующим выводам.

Есть объективные трудности лечения наркозависимых лиц:

- хронический характер заболевания;
- отсутствие специфического гарантирующего лечения;
- изменения личности больных и их слабая заинтересованность;
- комплаентность в лечении;
- наличие, как правило, вынужденной установки на лечение под давлением семьи и родственников;
- стремление прервать лечение после снятия острых абstinентных проявлений – не доведение лечебной программы до конца;
- попытки нарушения режима - прием наркотиков в процессе лечения; сочетанный прием наркотиков с алкогольной зависимостью;
- нежелание в процессе лечения решать обе проблемы, а иногда и третью – игровую зависимость и др.

Но наряду с этими трудностями, которые мы обозначили как объективные, есть и ряд субъективных трудностей, которые мы называем организацией лечебного процесса, который мог бынейтрализовать многие из объективных причин, позволить провести лечебную программу до конца с отработкой противорецидивного поведения и реабилитационной программы.

Каждое специализированное лечебное учреждение, занимающееся лечением наркозависимых лиц, сталкивается с этими трудностями и пытается их решать, исходя из своих представлений и возможностей.

В этой публикации мы впервые предлагаем рассмотреть наш 18-летний опыт работы с этими проблемами путем семейного варианта пребывания и лечения в стационаре наркозависимых лиц и созависимых лиц (отца, матери, жены и других близких родственников). Подобный опыт, насколько нам известно, практиковался и в центре доктора Назаралиева (г. Бишкек, КР). Опыт подобного лечения в Казахстане нам не известен. Не скроем, это решение далось нам не легко, мы сознательно шли на «прозрачные» отношения, когда наша работа находилась под пристальным вниманием самых близких родственников и более того с активным вовлечением их в лечебный процесс. При этом не надо забывать, что участвующая в лечении семья – это

сами люди, уставшие от предыдущих неудачных попыток лечения, разуверившиеся в возможности помощи, невротизированные, созависимые, потерявшие влияние на своих больных.

Это предполагало немалые сложности, в том числе - конфликтные ситуации в самой семье, конфликты с медицинским персоналом и даже жалобы. Но тщательно все проанализировав, разработав программу семейного лечения, их занятость в лечебном процессе, подготовив к такому варианту и без того достаточно квалифицированный персонал особенно в вопросах деонтологии, мы приступили к его реализации. И надо сказать, все наши опасения за редким исключением, когда приходилось работать с психопатизированными личностями, не подтвердились. Более того, семья способствовала созданию лучшей терапевтической среды и успешному проведению лечения.

Семье выделялась отдельная благоустроенная комфортная палата. Заключался выверенный с юристами договор на оказание лечебной помощи. Родственники получали соответствующий инструктаж об их роли в лечебном процессе и активное помогающее участие. Главные задачи, которые ставились перед семьей и родственниками:

- 1) обеспечение психологического комфорта больным, уход за ними особенно на первых этапах отрыва от наркотиков;
- 2) обеспечение возможной изоляции от других больных во избежание негативного индуцирования и провокаций к нарушению режима;
- 3) посредническая работа между больным и медперсоналом, своевременное извещение об изменениях самочувствия, настроения;
- 4) контроль над активным прохождением больным лечебной программы и анализ этого лечения с лечащим врачом;
- 5) самим активно посещать вместе с больными лечебные, особенно психотерапевтические, психокоррекционные занятия;
- 6) контроль над работой медперсонала, чтобы наглядно видеть, понимать и оценивать всю проводимую работу (тогда исключаются и недовольства, конфликты);
- 7) участвовать вместе с врачом в проработке противорецидивного поведения
- 8) разрабатывать индивидуальную реабилитационную программу совместно с врачом и пациентом;
- 9) участвовать в организации досуга в свободное время – конкурсы, игры, пение под ка-

раке, посещение тренажерного зала, выпуск отделенческой стенгазеты, подготовка выпускных вечеров – капустников и т.д.;

На всех членов семьи или родственников заполнялись свои истории болезней с диагнозами по МКБ, соответствующие расстройствам, отражающим их созависимое состояние от болезни родственника (F41.2, F42.2, F43.1, F43.2, F45.3, F48.0, F48.8, F51.0, F60.3, F60.7 и др.). При этом члены семьи также проходили обследование, консультации узких специалистов, принимали лечение по поводу своих расстройств и посещали психотерапевтические занятия.

Отработанный годами семейный вариант лечения наркозависимых лиц выявил ряд неоспоримых преимуществ, позволяющих нивелировать объективные и субъективные трудности лечебного процесса:

1. Резко сократилось число пациентов, прерывающих лечение на промежуточных этапах (до 30 – 40%). Практически все поступившие под неусыпным, заинтересованным контролем семьи завершали лечебный процесс.
2. В течение месяца лечения в большинстве случаев восстанавливались, налаживались нарушенные из-за болезни эмоциональные, родственные связи в семье.
3. Семья активно отслеживала и стимулировала заинтересованное посещение пациентом всех лечебных процедур с последующим анализом вместе с врачом позитивных перемен.
4. Семья активно участвовала и способствовала проработке противоречивого поведения и выработке индивидуальной программы реабилитации и необилитации.
5. Семья начинала лучше и глубже разбираться в особенностях болезни – зависимости и рассматривать её не как обычную болезнь, а как проблему, мешающую нормальной жизни. Вместе с врачами искали и находили пути преодоления этих проблем.
6. В процессе совместной работы в течение месяца у семьи и медперсонала складывались доверительные отношения, улучшающие терапевтическую среду и общий психологический климат в отделении.
7. Совместная работа с семьей практически свела на нет случаи нарушения режима.
8. Совместная работа способствовала и после лечения поддержанию контактов, согласованных действий, советов, консультаций.
9. Участвуя от начала до конца в лечебном процессе, семья, родственники и сами пациенты проходили полезную школу личностного роста, вместе с врачами учились познавать особенности этой болезни, постигать психологию создания режима благоприятствования в трезвости на этапах реабилитации.

10. Участвующие в лечении члены семьи сами проходили программу оздоровляющего лечения и уезжали с благодарностью и надеждой.

В данном сообщении мы сознательно упустили этапы лечения, их содержание и лечебную программу (медикаментозную, психотерапевтическую и прочие), что может быть темой другого детального изложения и остановились только на теме семейного варианта прохождения лечения.

За 18 лет работы в семейном варианте лечения наркозависимых лиц у нас прошло лечение более 600 пациентов – практически все они закончили лечебную программу, многие поддерживают с нами многолетние контакты. К сожалению, мы не можем достоверно отследить процент ремиссий по годам и рецидивов, потому что большинство пациентов предпочитали анонимную форму лечения. Но есть один косвенный показатель успешной работы. Как правило, нам сообщают о рецидивах и интересуются возможностью повторного лечения. Успешно адаптированные в трезвости стараются о себе не сообщать, но, тем не менее, мы часто получаем о них сведения от других пациентов, приехавших на лечение по их рекомендации.

За все эти годы мы практически не имели претензий, конфликтов от родственников, потому что они сами были участниками лечебного процесса и видели, что в центре делается все возможное для успеха лечения; видели перемены в своих пациентах - родственниках, уезжали с благодарностью за помочь и хорошо информированные о способах противоречивого поведения с чёткими рекомендациями по выработанным планам реабилитации и знающие о нашей готовности советом, делом участвовать в их дальнейшей судьбе.

На одном международном семинаре с участием американских специалистов на традиционный вопрос из зала: «А какой процент эффективности вашей помощи?» они, даже не обратив внимания на провокационный характер вопроса, вполне серьезно ответили: «А мы не считаем проценты, да это и не важно. Главное мы создали условия, обстановку куда эти тяжелые больные могут свободно обратиться за помощью и получить ее в обстановке доброжелательности, заинтересованности и профессионально выверенного участия». И любой процент реабилитировавшихся лиц после лечения – это победа, успех, к которому непосредственно причастны и мы – медики.

Литература:

Подборка тематических статей за многие годы из журналов:

1. «Вопросы ментальной медицины и экологии»
2. «Вопросы наркологии Казахстана»

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.З. Нургазина, Ж.А. Алтынбекова

г. Павлодар

Общемировые тенденции в изучении психических и поведенческих расстройств выдвинули на первый план проблему аффективных нарушений. В большинстве промышленно развитых стран за последние 40 лет отмечается неуклонный рост депрессивных состояний, которые к концу XX века приобрели характер «большой эпидемии» и стали одной из глобальных проблем мирового сообщества. Согласно расчетам и прогнозу Гарвардской школы здравоохранения, основанными на материалах ВОЗ и Всемирного банка, большая униполярная депрессия в 1990 г. по тяжести ведущих причин бремени болезни занимала 4 место, а по базовому сценарию развития эта мультифакториальная патология к 2020 г. выйдет на 2 место после ишемической болезни сердца для населения земного шара.

Депрессия (от лат. - подавление, угнетение) - психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения сопровождается моторным и идеаторным (мыслительным) торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативной дисфункцией.

Согласно данным крупнейшего эпидемиологического исследования (Epidemiologic Catchment Area) Национального института психического здоровья США 9,5% населения страны старше 18 лет за 1 год перенесли аффективное расстройство [1]. Мультицентровое международное эпидемиологическое исследование показало, что заболеваемость депрессией в общей популяции составляет от 4,8 до 7,4%, в то время как среди больных общей поликлинической сети эта цифра возрастает до 10% и более [2]. Среди пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, средние цифры составляют 22-33% [3]. По данным некоторых исследователей она встречается чаще артериальной гипертензии [4].

Данные российских исследователей свидетельствуют, что депрессивные состояния наблюдаются у 23,8% всех обследованных больных [5]. Установлено, что риск возникновения депрессий выше у пожилых больных, с более низким уровнем образования (среднее и неполное среднее) и нестабильным социальным положением. Также многие исследования свидетельствуют, что депрессивные состояния чаще всего выявляются у пациентов с травмами головного мозга и их последствиями,

дисциркуляторной энцефалопатией, остеохондрозом позвоночника, синдромом вегетативной дистонии, сахарным диабетом типа 1 и 2, острым нарушением мозгового кровообращения, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, постинфарктным или атеросклеротическим кардиосклерозом, нарушением ритма или проводимости сердца, хроническими обструктивными бронхолегочными заболеваниями, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также онкологическими заболеваниями [5].

Депрессивные состояния являются наиболее распространенными расстройствами, как в психиатрической, так и в общесоматической практике (от 3% до 6% популяции). Они причиняют значительные психологические и физические страдания, существенно снижают качество жизни больного, уровень его семейной, социальной и трудовой адаптации.

Депрессия является наиболее серьезным заболеванием, с которым встречаются врачи всех специальностей. Депрессии влекут за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка [6]. Так, депрессивные состояния ассоциируются с чрезмерным использованием медицинской помощи («синдром большой истории болезни»). В частности, независимо от наличия других заболеваний больные с депрессией обращаются в амбулаторные учреждения здравоохранения или стационарируются в 1,5 и 1,7 раза чаще соответственно.

Следует также учитывать, что депрессии сами по себе способны серьезно повлиять на адаптационные возможности пациента и качество жизни. Очевидна, например, связь депрессивного состояния с ограничением способности к трудовой деятельности. Вероятность инвалидизации у больных депрессией в 1,78 раза выше, чем у пациентов без этого психического расстройства.

Несмотря на высокую значимость, депрессии в соматической медицине, как правило, не распознаются. В первую очередь низкая выявляемость депрессии объясняется тем, что, сами пациенты могут не осознавать того, что они страдают психическим расстройством. Напротив, зачастую они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и/или трудно диагностируемого соматического заболевания. Так, по данным российских эпидемиологических исследований, 62% лиц, страдающих депрессией, связывают ухудшение состояния не с пси-

хическим расстройством, а с нарушением функций внутренних органов и систем организма [7].

Причины депрессий коренятся в очевидных затруднениях, с которыми сталкивается любой человек при попытке описать свое душевное состояние, а также связаны с наличием ипохондрических и соматизированных симптомов, «маскирующих» свойственные депрессивным состояниям проявления сниженного настроения в виде необычной и стойкой грусти, уныния, тоски, тревоги или безразличия.

Тем не менее, трудности выявления депрессий не стоит преувеличивать. Упомянутые ипохондрические и соматизированные симптомы имеют свои особенности, которые позволяют дифференцировать их от проявлений соматического заболевания. Эти особенности даже описываются в качестве так называемых масок депрессивного состояния, по которым их довольно легко распознавать. Среди масок депрессии - бессонница (прерывистый сон с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом), снижение аппетита (утренняя тошнота, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряженные с похуданием, запоры), либо, напротив, стойкая сонливость в течение дня, повышенный аппетит (со стремлением употреблять пищу богатую жирами и углеводами) и увеличение массы тела [5].

Однако одной из наиболее распространенных масок депрессивного состояния являются стойкие (хронические) боли (алгии), которые могут локализоваться практически в любой части тела [8]. Так, описывают кардиалгии [9] - ноющие или щемящие боли в верхушечной или прекордиальной области, слабой или умеренной интенсивности, длительностью до нескольких часов, часто сопровождающиеся ощущениями «проколов» той же локализации, а также жжение в прекордиальной или парастернальной области, сопровождающееся гипералгезией межреберных промежутков. В ряде публикаций сообщается о стойких абдоминальных, являющихся масками депрессии [10-12]. Эти боли носят характер диффузных тупых, постоянных ощущений, охватывающих несколько отделов живота, отличающиеся упорством и выраженностю. В 70% случаев боль сопровождается нарушением моторики кишечника (понес или запор). Возможна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстой кишки.

Среди алгических масок депрессии описывается эссенциальная головная боль [13-15]. Она характеризуется как ноющая, монотонная, распирающая, давящая или стягивающая (но не пульсирующая), с ощущением давления вокруг или позади глаз. Как правило, такие боли локализованы в затылочной, височной или лобной области.

К алгическим маскам депрессии относят также атипичные или идиопатические лицевые боли [16-

18] - пульсирующие, сверлящие, ноющие ощущения, одно- или двусторонние, диффузные, локализующиеся в области верхней и нижней челюсти, лба, щек, вокруг рта. Как правило, распространение болевых ощущений не соответствует зонам иннервации. Боли мигрируют по всей поверхности лица, отличаются значительной продолжительностью (недели, месяцы и даже годы), упорным течением. Разновидностями лицевых болевых ощущений являются глоссалгия и стоматалгия, локализующиеся в соответствующих участках ротовой полости (язык, десны, слизистая оболочка рта и глотки). По характеру они могут быть садняющими, жгучими, распирающими или покалывающими.

Выявлению депрессий способствуют содержащиеся в современных классификациях заболеваний (и в частности, в МКБ-10) четкие критерии диагностики рассматриваемых расстройств. Центральное место в систематике аффективной патологии занимает «депрессивный эпизод». Дальнейшие уточнения предусматривают выявление варианта течения депрессии (рекуррентная – повторяющаяся депрессия, биполярное расстройство, характеризующееся сменой депрессивных и маниакальных фаз и т.д.), признаки которого описаны следующим образом.

Основные симптомы:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
- снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
- идеи виновности и самоуничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
- нарушенный сон;
- нарушенный аппетит.

Для достоверного установления диагноза вполне достаточно наличия любых 2 основных и 2 дополнительных симптомов. Необходимо только иметь в виду, что информацию о наличии перечисленных критериев можно перечеркнуть, прежде всего, из ответов на вопросы, поставленные не в плане наличия конкретных симптомов (испытываете ли Вы тоску, подавленность, тревогу или безразличие), но относящиеся к изменениям общего само-

чувствия, настроения, образа жизни (не исчезла ли радость жизни, близко ли слезы, давно ли превалирует пессимистическая оценка событий).

Традиционный метод лечения депрессивных состояний антидепрессантами длителен и не всегда эффективен. Поэтому поиск путей относительно быстрого и стойкого купирования депрессий различного генеза, способствующих становлению ремиссий или выздоровлению, является актуальной задачей.

Достаточно указать, что лишь 4% пациентов, страдающих депрессиями, получают общепринятую терапию антидепрессантами (тимоаналептики) - препаратами, нормализующими патологически измененный депрессивный аффект и способствующими редукции иных обусловленных депрессией проявлений (моторное и идеаторное торможение, снижение побуждений к деятельности, соматовегетативная дисфункция).

Между тем все эти препараты (независимо от того, как они действуют первоначально) в конечном итоге заставляют активизироваться гены, необходимые для нормальной жизнедеятельности нейрона и способствуют ликвидации дефицитаmonoаминов в стволовых и лимбических структурах головного мозга.

Другой возможной причиной «ограничительной» практики использования антидепрессантов являются гипертрофированные опасения практикующих врачей спровоцировать у пациентов неблагоприятные (побочные) явления. Между тем практически все использующиеся в России антидепрессанты (за исключением, быть может, ТЦА) отличаются хорошей переносимостью. Они не оказывают влияния на соматическое и неврологическое состояние, не нарушают существенным образом деятельность внутренних органов и систем организма, даже у «проблемных» контингентов больных: с различными соматическими и неврологическими заболеваниями, в пожилом возрасте, кормя-

щих грудью и т.д. Существуют также антидепрессанты, которые отличаются крайней редкостью развития клинически значимых неблагоприятных эффектов. Одним из таких препаратов, является, в частности, циталопрам (ципрамил, опра), относящийся к СИОЗС. В отличие от других препаратов этой группы он не обладает выраженными вторичными фармакологическими свойствами, связанными с влиянием антидепрессанта на обмен норадреналина, дофамина, ряда рецепторов. Это определяет отсутствие у циталопрама (ципрамила, опры) активирующего или седативного действия, а также ряда побочных эффектов, свойственных другим СИОЗС. Соответственно возникает возможность назначать антидепрессант в ситуациях, предъявляющих повышенные требования к безопасности и переносимости, а также добиться большей комплаентности (приверженность лечению) пациентов, особенно в начале терапии.

В мировой психиатрии за последнее три десятилетия произошел прорыв в области нейрохимии и психофармакологии депрессий и биполярных расстройств, существенно расширились возможности применения новых поколений антидепрессантов за счет их высокой эффективности, минимизации побочных эффектов и возможности комбинации с другими препаратами, в частности использующихся при лечении соматических заболеваний [19, 20].

Существенную роль в этом процессе, на наш взгляд, сыграли интегративные тенденции в понимании психических расстройств на основе биопсиахосоциальной концепции с параллельной реформой психиатрии в сторону коммунальной психиатрии и многопрофильного оказания помощи психически больным. Большой вклад в представления о формировании эмоциональных расстройств был внесен когнитивной теорией эмоциональных расстройств [21] и соответствующими психотерапевтическими технологиями [22, 23].

Литература:

1. Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — Vol. 50. — P. 85-94.
2. Ustun T.B., Sartorius N. (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study*. — New York: John Wiley & Sons. — 1995.
3. Katon W., Sullivan M.D. // J. Clin. Psychiatry. — 1990. — Vol. 51. — P. 3-11.
4. Katon W. // Int. J. Psychiatry Med. — 1987. — Vol. 17. — P. 93-112.
5. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология. 2004; 1: 48-54.
6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокардиология. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005.
7. Cassano P., Fava M. Depression and public health: an overview. J Psychosom Res 2002; 53 (4): 849-57.
8. Вознесенская Т.Г. и др. Депрессии в неврологической практике. - М., 1998. - С. 56-70.
9. Хэггин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. - М.: Триада-Х, 2001.
10. Lorenzo C.D., Youssef N.N., et al. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. J Pediatr 2001; 139 (6): 838-43.
11. Sanz de la Garza C.L., Gamez Guerrero S., Serrano Guerra E., Gutierrez Casares J.R. Recurrent abdominal pain in primary care: study of functional recurrent abdominal pain. An Esp Pediatr 2000; 53 (5): 458-68.

-
-
12. Sperber A.D., Drossman D.A. *Chronic Functional Abdominal Pain (CFAP)*. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2000; 3 (4): 315-28.
13. Гхайер Д., Головная боль. // В кн.: *Неврология*. Под редакцией М. Самуэльса. Пер. с англ. - М.: Практика, 1997.
14. Holroyd K.A., Stensland M., Lipchik G.L., et al. *Psychosocial correlates and impact of chronic tension-typeheadaches*. *Headache* 2000; 40 (1): 3-16.
15. Ulrich V., Russell M.B., Jensen R., Olesen J. *A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study*. *Pain* 1996; 67 (2-3): 501-6.
16. Болевые синдромы в неврологической практике // Под ред. А.М. Вейна. - М.: МЕДпресс-информ, 2001.
17. Gundel H., Ladwig K.H., Wolowski A., et al. *Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms*. *Schmerz* 2002; 16 (4): 285-93.
18. Reher P., Harris M. *Idiopathic facial pain-Part 1: Definition, classification and etiology*. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1998; 53 (4): 189-94.
19. Casey D.E. *Striking a balance between safety and efficacy: experience with the SSRI* // *Int. Clin. Psychopharmacol.* — 1994. — Vol.9 (Suppl. 3). — P. 5-12. .
20. Nemeroff Ch.B. // *J. Clin. Psychiatry*. — 1994. — Vol. 55 (Suppl. 12). —P. 3-15.
21. Beck A.T. *Cognitive psychotherapy and the emotional disorders*. — New York: American book, 1984.
22. Гаранян Н.Г., Холмогорова А. Б. // *Московский психотерапевтический журнал*. — 1996. — №3 (13). — С. 112-140.
23. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 1998. - Т. 8, Вып. 1. — С. 94-101.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИЙ

Г.И. Алтынбекова

г. Павлодар

Актуальность вопроса адаптации человека к реальным условиям существования в настоящее время резко возросла. Социально-психологическая ситуация последних лет привела к «ломке» общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, явились коллективной травмой, естественной «экспериментальной моделью» социально-стрессовых расстройств постсоветского пространства.

Исследования психологического фактора традиционно сосредоточены на анализе роли личностных особенностей в возникновении и течении заболеваний или изучении влияния интра- и интерпсихических конфликтов на особенности невротических проявлений. В значительно меньшей степени известны закономерности формирования субъективных переживаний невротических пациентов, факторов, влияющих на их удовлетворенность или неудовлетворенность конкретными условиями существования и жизнью в целом.

В последние десятилетия это направление исследования психологических факторов в медицине заметно активизировалось в связи с актуализацией более общей проблемы изучения Качества Жизни, проблемы, которая, в свою очередь, связана с прогрессирующей экспансией гуманистических ценностей в медицинскую науку и практику.

Важно подчеркнуть, что сама проблема оценки Качества Жизни, не являясь сугубо медицинской, тем не менее, заметным образом переориентирует как исследовательскую, так и практическую деятельность в области охраны здоровья населения. В частности, общей целью терапевтических и реабилитационных воздействий становится не просто устранение функционального дефицита, но достижение пациентом максимально возможного для него уровня Качества Жизни. Иначе говоря, устранение патологии может осуществляться не любым способом, а лишь тем, который как минимум не ухудшает адаптационный баланс индивида и обеспечивает ему наибольшую (из возможных) степень удовлетворенности жизнью.

В настоящее время с особой остротой стоит вопрос о методах измерения и оценки Качества Жизни в медико-биологических исследованиях. Существенным здесь является то обстоятельство, что Качество Жизни по определению представляет собой субъективную оценку совокупности культу-

рально обусловленных и связанных со здоровьем переживаний индивида, которые мотивируют его приспособительное поведение. Субъективный характер этой оценки - с одной стороны, и её центральное положение в качестве конечного ориентира саногенеза – с другой, до предела обостряют проблему надежности и адекватности такого способа измерения.

Практический интерес представляет оценка способности больных к адекватному самовосприятию и выявление тех психологических свойств, которые предопределяют склонность к позитивному или негативному оцениванию жизненной ситуации.

Настоящий этап развития психиатрической и наркологической помощи характеризуется тем, что психосоциальная терапия и психосоциальный аспект реабилитации должны стать важной частью деятельности каждого психиатрического учреждения. Отсутствие данного раздела в оказании помощи в настоящее время является серьезным недостатком и означает лишь частичное выполнение психиатрическим учреждением своих функций.

Показатели социального функционирования, наряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критериев, включаются в официальные классификации психических заболеваний, что является свидетельством значимости оценки социального функционирования больных на всем протяжении психического заболевания и степени его восстановления в результате лечения.

В настоящее время происходит возрастание интереса к более широкой концепции психического здоровья, учитывающей психологические и социальные аспекты жизни пациентов и требующей полипрофессионального оказания психиатрической помощи (психиатры, психологи, психотерапевты, социальные работники).

Актуальность изучения вопросов психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации возрастает и в связи с тем, что по прогнозам ВОЗ [2002], с учетом старения населения, утяжеления социальных и экономических проблем число лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, в последующем будет увеличиваться.

Для решения прикладных задач практического здравоохранения Республики Казахстан необходимо изучение механизмов социального функционирования и Качества Жизни психически больных, в том числе, наркологического профиля; научная

разработка и внедрение новых технологий психо-социальной реабилитации социально-значимых заболеваний, и, заболеваний, представляющих опасность для окружающих (в свете Указа Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года, № 1438 о «Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы»).

Дезадаптация является личностной проблемой, в которой отражаются основные экзистенциальные проблемы человека: кризис, фрустрации, смысл жизни.

Антистрессовая устойчивость понимается как результат развития адаптации, вследствие которой организм приобретает новое качество, а именно адаптацию в виде резистентности, устойчивости к стрессорному влиянию, тренированность, новые навыки. Это новое качество проявляется в дальнейшем в том, что организм не может быть поврежден теми факторами, к которым приобрел адаптацию и, следовательно, в широком биологическом аспекте адаптационные реакции являются реакциями, предупреждающими повреждение организма, составляя основу естественной профилактики. Повышение устойчивости к какому-либо одному фактору риска (вызвавшему первоначальную адаптацию), одновременно повышает устойчивость и к другим повреждающим факторам риска. В изучении проблемы психологической и социальной адаптации при разработке профилактических антистрессовых мероприятий следует исходить из того, что не всякое эмоциональное напряжение причиняет вред здоровью. Определенный уровень умеренного эмоционального напряжения формирует необходимую психологическую основу для успешной деятельности, для преодоления естественных трудностей в различных жизненных обстоятельствах. В эмоционально стрессовых нагрузках следует видеть факторы, заключающие в себе двойственное влияние: с одной стороны - биологические, витальные моменты, затрагивающие эмоциональность в глобальном смысле; с другой стороны - психические реакции, направленность которых может заключать в себе, в зависимости от переработки, как патогенный, так и саногенный характер. Суммация этих двух сторон дает возможность рассматривать эмоциональные стрессовые нагрузки как фактор исключительного значения и полагать, что им, в наивысшей мере, присущи способность тотального влияния на организм и личность во всей совокупности его соматопсихических и психосоматических отношений. Следует отметить, что одним из основных способов избегания чрезмерного эмоционального напряжения является гармоничное развитие личности человека, формирование у него самостоятельной мировоззренческой позиции. Причем это развитие начинается с первых дней жизни человека, а его успех в значительной степени зависит от того, насколько умело строят воспи-

тательный процесс родители ребенка, а затем и педагоги в школе, насколько государство заботится о воспитании подрастающего поколения, от совокупности многих факторов. Изучение процессуального аспекта во взаимодействии с субъектными параметрами личности, использование принципа субъектности в психокоррекции и психотерапии является эвристичным и перспективным направлением для решения многих практических психологических проблем.

Способность сохранения в новых условиях среды оптимального состояния жизненных функций свидетельствует о реакции адаптации. Сложности адаптации к новым микросоциальным условиям рассматриваются как эмоциональный стресс, служащий пусковым фактором в развитии адаптивных сдвигов на различных условиях интегративной деятельности организма, что выражается в изменении поведения и нарушении эмоционального состояния. Эти признаки предшествуют последующим отрицательным проявлениям адаптационного периода вплоть до развития психической дезадаптации. Психическая дезадаптация рассматривается как выход психической адаптации за пределы нормальной психической регуляции. При всех трансформациях жизни этноса, при любой смене инвариантов культурной традиции, присущей тому или иному этносу, неизменной остается «центральная зона» его культуры. До тех пор пока эта «центральная зона» не разрушена, этнос сохраняет свою идентичность, каковы бы ни были внешние формы выражения этой идентичности. Поэтому относительно вертикального (временного) среза процесса адаптации мы можем сказать, что элементы культуры кристаллизуются вокруг ее «центральной зоны» сообразно условиям, задаваемым культурно-политическим окружением.

Эмоциональный стресс является неотделимой частью адаптации человека, связанный с социальными явлениями. В результате многолетних экспериментальных исследований этой проблемы ученые пришли к выводу о том, что успешность адаптации человека в самых разнообразных условиях определяется характерологическими особенностями личности. Эти характеристики личности формируются в процессе всей жизни человека, и к их числу в первую очередь относится уровень нервно-психической устойчивости, самооценка личности, ощущение своей значимости для окружающих (социальная референтность), уровень конфликтности, опыт общения, морально-нравственная ориентация, ориентация на требования ближайшего окружения. Все эти характеристики взаимосвязаны друг с другом. Они формируют одну интегральную характеристику, которая называется личностным адаптационным потенциалом. Чем выше уровень развития данного свойства, тем к более жестким и суровым условиям социальной среды может приспособиться человек.

В ходе экспериментальных исследований было установлено, что даже в условиях реальной угрозы для жизни люди с более высоким адаптационным потенциалом не только имеют больше шансов уцелеть, но могут успешно выполнять свои профессиональные обязанности. Также следует отметить, что в последствие лица с более высоким уровнем развития адаптационного потенциала личности имеют больше шансов по сравнению с другими восстановить функциональное состояние организма и вернуться к «нормальной» жизни. Проблема соотношения биологического и социального, физиологического и психологического неизменно остается одной из центральных и острейших проблем психологической теории. Важную роль в решении этой проблемы сыграли фундаментальные работы Рубинштейна С.Л., основным положением которых выступало понимание, что внешние причины действуют через посредство внутренних условий [1]. По мнению Зейгарник Б.В., степень здоровья определяется запасом его прочности, стойкости в отношении пагубных влияний, т.е. тем, насколько легко и надежно защитные силы гасят, компенсируют эти влияния, не допуская искажения условий работы организма [2].

Березиным А.Б. было обнаружено, что нарушение механизмов психической адаптации или использование неадекватной формы защиты могут приводить к соматизации тревоги, т.е. направлению тревоги на формирование предболезненных состояний, или к окончательному срыву адаптации [3]. Это происходит потому, что тревога, как и любое другое эмоциональное состояние, связана с вегетативной и гуморальной регуляцией организма, при возникновении данного состояния происходят определенные физиологические изменения. При этом следует отметить, что использование индивидом неадекватной формы психологической защиты и возникновение гипертревоги всегда сопровождается сверхнапряжением, более значительным по своей интенсивности, чем обычное мотивационное. К числу механизмов, обусловливающих успешность адаптации, автор относит механизмы противостояния тревоге - разнообразные формы психологической защиты и компенсации [4].

Психологическая защита - это специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием какого-либо конфликта. Главной функцией психологической защиты является «ограждение» сферы сознания от негативных, травмирующих личность

переживаний. В широком смысле этот термин употребляется для обозначения любого поведения, в том числе и неадекватного, направленного на устранение дискомфорта. Березин А.Б. выделяет четыре типа психологической защиты: препятствующие осознанию факторов угрозы, вызывающих тревогу; позволяющие фиксировать тревогу; снижающие уровень побуждений; устраняющие тревогу [3]. Проведенные им исследования обнаружили закономерную смену механизмов интрапсихической адаптации и позволили говорить о том, что различные формы психологической защиты обладают различными возможностями противостоять тревоге и другим негативным состояниям. Более того, было установлено, что существует определенная иерархия типов психологической защиты. Когда одна форма защиты оказывается не в состоянии противостоять тревоге, то «включается» другая форма защиты. Важно учитывать отношение между интенсивностью мотивации и реальными возможностями человека в конкретной ситуации. Степень эмоционального стресса следует оценивать на основе комплексного и одновременного изучения психических и физиологических компонентов. На фоне длительного психоэмоционального напряжения происходит нарушение нормального взаимодействия различных функциональных систем и процессов саморегуляции организма человека, что может приводить к развитию различных заболеваний. Нарушение сложнейших механизмов адаптации человека к меняющимся условиям внешней среды, обуславливает возникновение отрицательного эмоционального напряжения и связанных с ним различных функциональных сдвигов в организме. Особенностями экстремальной ситуации определяется единый процесс, динамика и структура психогенных расстройств. В этом процессе имеется соотношение между качеством психогенеза и формами психической дезадаптации. Срывы высшей нервной деятельности могут проявляться в виде различных нарушений и закрепляться условно-рефлекторно, становясь привычной формой реагирования в однотипных ситуациях.

Таким образом, современное развитие клинической психиатрии и психологии предполагает интеграцию специализированной психиатрической, наркологической и медико-психологической помощи в широкую медицинскую практику. Данное положение является предиктором психопрофилактических мер по наркологическому и психиатрическому профилю.

Литература:

1. Рубинштейн С.Л. *Проблемы общей психологии*. – М.: Педагогика, 1973.
2. Зейгарник Б.Ф. *Патопсихология*. – М., 1976.
3. Березин Ф.Б. *Психическая и психофизиологическая адаптация человека*. - Л., 1988. – 268 с.
4. Исурина Г.Л. *Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Групповая психотерапия*. - М.: Медицина, 1990. – С. 89-120.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ МЕХАНИЗМОВ

Г.И. Алтынбекова

г. Павлодар

Согласно современным общепринятым взглядам психическое и наркологическое здоровье нельзя рассматривать как изолированную проблему. Психические и наркологические проблемы возникают на определенных уровнях личной и общественной жизни: общество в целом, его основные составляющие (микросоциальный уровень, макросоциальный уровень) и индивид в единстве биологического, психического, психологического компонентов. Возникающие на одном определенном уровне расстройства распространяются в различной степени на все остальные уровни жизнедеятельности. Таким образом, психические и психологические проблемы общества сказываются на отдельных сообществах и на отдельных индивидах. С другой стороны, заболевания или расстройства отдельного человека оказывают отрицательное влияние на семейную систему, микросоциум и общество в целом. Особенно ярко эта системная взаимосвязь проявляется при наркологических заболеваниях, которые, в силу своих особенностей, имеют характеристику глобальной проблемы, что предполагает комплексный и многогранный характер подхода к решению данной проблемы.

Глобальность подхода предусматривает, что к проблеме психического, в том числе наркологического здоровья, проявляющимся в отдельном индивиде, нужно подходить как к проблеме, затрагивающей и вовлекающей не только самого пациента, но и его семью, микросоциум и все общество в целом.

В практическом плане это означает, что для решения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных задач необходимо использовать комплекс различных направлений: социальных, педагогических, психологических, психиатрических, общемедицинских, основанных на профессиональных знаниях различных специалистов: врачей, психологов, социальных работников, педагогов.

Взгляд на проблемы психического и наркологического здоровья как на общую проблему общества в целом, дает методологическое обоснование для рассмотрения психиатрической, наркологической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению, как комплекса мер, программ, служб, деятельность которых должна быть направлена на проблемы психического здоровья различных уровней и слоев общества. Это определяет главные принципы оказания помощи населению в сфере психического здоровья в современных социально-экономических условиях.

Исходя из этих данных, нами предпринята попытка формирования научно – теоретических подходов к профилактике наркомании:

- подход, основанный на распространении информации о наркотиках. Данный подход является наиболее распространенным типом превентивных стратегий. Он базируется на предоставлении частичной информации о наркотиках, их вреде и негативных последствиях употребления;

- подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении. В основе подхода лежит теоретическое положение о том, что употреблять наркотические вещества начинают, прежде всего, люди с недостаточно развитой эмоциональной сферой, в семьях которых существовал запрет на выражение эмоций. Аффективный подход базируется на понимании того, что зависимость от наркотиков чаще развивается у личностей с трудностями в определении и выражении эмоций, имеющие так называемые интерперсональные факторы риска – низкую самооценку, неразвитую способность к сопререживанию. В связи с этим у них не формируется умение накапливать собственный и чужой опыт переживаний, не развиваются навыки принятия решений в сложных стрессовых ситуациях;

- подход, основанный на влиянии социальных факторов. Подход базируется на понимании того, что влияние микросоциума (семейные взаимоотношения) играет важную роль, способствуя или препятствуя началу наркотизации;

- подход, основанный на формировании жизненных навыков. С нашей точки зрения, в данном подходе центральным является понятие об изменении поведения, поэтому в нем целесообразно использовать методы поведенческой модификации и терапии. Основу этого направления составляют две теории – теория социального обучения Бандуры и теория проблемного поведения Джессора. В данном контексте проблемное поведение мы рассматриваем с точки зрения функциональных проблем и подразумеваем помочь в достижении внутриличностных целей. На основе данной позиции необходимо разрабатывать программы жизненных навыков, которые заключаются в повышении устойчивости личности к различным социальным влияниям, в том числе и к употреблению наркотиков,

повышении индивидуальной компетентности путем обучения личностным и социальным навыкам. Тенденции развития жизненных навыков базируются в двух плоскостях: информационной и социальной, имеющих целью специальное предупреждение употребления наркотиков и развития личностных навыков преодоления жизненных проблем;

- подход, основный на укреплении здоровья. Основной упор в этом случае следует делать на умении человека достигать своего оптимального состояния и успешно противостоять негативным факторам окружающей среды. С этих позиций здоровье рассматривается нами как источник благополучной повседневной жизни, а не как цель существования. Эта позитивная концепция предполагает жизненную компетентность.

В данной концептуальной модели наркомания рассматривается нами как форма псевдоадаптивного совладающего поведения, использующего в качестве основного психологического механизма избегание жизненных проблем, уход от реальности при наличии извращенной патологической мотивации поиска и употребления наркотиков.

С нашей точки зрения, наиболее важно развивать систему мероприятий по первичной психопрофилактике наркоманий (копинг-превенция). Копинг-превенция должна предусматривать систему действий, направленных на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения с одновременным изменением уже сформированных дезадаптивных, нарушенных форм поведения. Это может быть достигнуто двумя способами:

- усилением факторов стрессоустойчивости личности, понижающих восприимчивость к болезни;
- воздействием на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения.

Задачами копинг-превенции должны явиться:

- a) совершенствование и повышение эффективности использования личностью адаптивных стратегий поведения;
- б) увеличение возможностей личности, потенциала личностных ресурсов (формирование,

развитие устойчивой позиции «Я-концепции», повышение эффективности социально-поддерживающих сетей, развитие эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля, восприятия социальной поддержки и других копинг-ресурсов).

Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса может проводиться в форме социально-психологического тренинга, включающего в себя:

- поведенческие стратегии (разрешение проблем, поиск социальной поддержки);
- оценка стрессовой и/или проблемной ситуации;
- возможность принятия решений;
- активизация ресурсов личности и среды (самоконтроля, самоэффективности, самокомпетентности, самоуважения, интернального контроля над ситуацией и средой, эмпатии, коммуникативной и социальной компетенции, восприятия и оказания социальной поддержки).

Каждая из структур имеет четыре компонента: когнитивный, поведенческий, аффективный и компонент влияния среды. Профилактическое вмешательство должно предусматривать влияние на каждый из них. Это определяет выбор используемых превентивных стратегий.

На основании вышеперечисленных подходов становится возможным формирование программ здоровья. Основой программ укрепления здоровья является развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, не только влияющий на собственное благополучие человека, но и способствующий позитивным изменениям среды, социальной и культурной ситуации.

Таким образом, мы считаем, что концепция укрепления здоровья с позиции внутриличностной резистентности занимает важное место в организации профилактической направленности. Внедрение данных подходов является необходимым условием для эффективной профилактики.

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНЫХ НЕЙРОРЕГУЛЯТОРОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Ж.Ш. Жумадилов, А.Ж. Бекбосынов, Н.К. Асылханов

Одним из основных направлений в лечении острой стадии инсульта является нейропротекторная терапия, которую потенциально можно проводить во всех случаях [4]. При этом первичная нейропротекция прерывает глутамат-кальциевый каскад и блокирует высвобождение свободных радикалов. Она наиболее эффективна в первые часы инсульта и может продолжаться в течение первых нескольких дней. Вторичная нейропротекция направлена на ослабление отсроченных реакций, связанных с воспалительными изменениями и развитием апоптоза, которые развиваются спустя 3-6 часов и реализуются в течение первой недели [3].

В последнее время активно ведется поиск препаратов, способных оказать нейропротекторный эффект при инсульте. Оценивались в основном средства, действующие на звенья «ишемического каскада»: противодействующие окислительному стрессу, блокирующие или нейтрализующие последствия усиленного выброса возбуждающих аминокислот, блокирующие вхождение кальция в клетку, оказывающие противовоспалительное действие и т.д. [7]. Даже если подобные препараты на стадии экспериментальных исследований показывали положительные результаты, их клинические испытания чаще всего оказывались отрицательными. Одним из средств, показавших обнадеживающие результаты, явился цитиколин [6].

В последние годы при лечении ишемического инсульта стал с успехом применяться нейропротектор корtekсин - препарат пептидной структуры, разработанный коллективом ученых Военно-медицинской академии (РФ), содержащий комплекс левовращающихся аминокислот и полипептидов с молекулярной массой от 1 до 10 кДа и сбалансированный витаминный и минеральный состав [1].

В отдельных исследованиях показана эффективность кортексина в остром периоде ишемического и геморрагического инсульта. У пациентов, получавших препарат, отмечался значительный регресс неврологических симптомов, улучшение ЭЭГ и когнитивных показателей, начиная с 5-го дня лечения, более быстрое восстановление двигательных функций и возможность более раннего начала реабилитационных мероприятий. Однако в данных исследованиях препарат назначался в различные сроки от момента развития заболевания, эффективность оценивалась в основном по клиническим данным, нередко касаясь отдельных симптомов [2, 5].

В то же время, многие аспекты, определяющие возможное влияние и клиническую эффективность полипептидных нейрорегуляторных препаратов, до настоящего времени не изучены. Последнее относится, в частности, к их влиянию на функциональное состояние сосудистого эндотелия.

Цель исследования – определение наличия, направленности и степени влияния нейрорегуляторных препаратов (цитиколина и корtekсина) на состояние сосудистого эндотелия.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование 82 человек, больных ишемическим инсультом, наблюдавшихся с момента поступления в стационар в остром периоде заболевания. В их числе 46 мужчин и 36 женщин, средний возраст по группе – $60,2 \pm 1,8$ года. В зависимости от проводимой терапии все больных были разделены на 3 группы, в одной из которых ($n=30$, мужчин – 17, женщин - 13) проводилась традиционная консервативная терапия. В двух остальных группах в состав лечения были включены нейрорегуляторные препараты цитиколин и корtekсин. Численный состав данных групп – 25 и 27 человек, соответственно, в том числе мужчин – 14 и 15, женщин – 11 и 12. По возрастному составу, особенностям клинического течения инсульта, обследованные группы были репрезентативными.

Осуществлено исследование показателей функций сосудистого эндотелия, включая содержание метаболитов оксида азота в крови и в моче, эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

В качестве контрольной группы обследованных лиц явились 30 практически здоровых человек, средний возраст по группе – $54,7 \pm 1,2$ года.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные, характеризующие состояние NO-продуцирующей функции сосудистого эндотелия, представлены в таблице 1.

В общей группе больных ишемическим инсультом в острой стадии было зарегистрировано достоверное повышение содержания метаболитов NO в крови, но не в моче. Степень этого превышения составила 46,2% ($p < 0,05$).

Парадоксальным на первый взгляд кажется одновременное достоверное снижение средней вели-

Таблица 1

*Особенности состояния NO-продуцирующей функции и ЭЗВД
у больных ишемическим инсультом (ИИ) (7 сутки)*

Показатель	Контрольная группа (n=30)	Больные ИИ (n=82)
Содержание метаболитов NO в крови, мкг/мл	0,26±0,02	0,38±0,02*
Содержание метаболитов NO в моче, мкг/мл	0,79±0,05	0,92±0,07
ЭЗВД, %	17,5±2,0	9,4±1,1*

*Примечание - * - различия с показателем контрольной группы достоверны, p<0,05*

чины ЭЗВД, достигающее 46,3% (p<0,05). Однако в ряде исследований показано, что превышение продукции NO при острых нарушениях регионарного кровообращения ассоциировано со степенью оксидативного стресса и не отражает компенсатор-

ной реакции, направленной на оптимизацию вазодилатации.

В таблице 2 отражена зависимость исследованных показателей эндотелиальной функции от проводимой терапии.

Таблица 2

*Функциональные показатели сосудистого эндотелия в ходе лечения
в зависимости от проводимой терапии (7 сутки)*

Показатель	Контрольная группа (n=30)	Больные ИИ (n=82)		
		группа терапии без нейрорегуляторов (n=30)	группа применения цитиколина (n=25)	группа применения кортексина (n=27)
Содержание метаболитов NO в крови, мкг/мл	0,26±0,02	0,47±0,02**	0,34±0,01*#	0,35±0,01*#
Содержание метаболитов NO в моче, мкг/мл	0,79±0,05	1,06±0,06*	0,87±0,06	0,84±0,05#
ЭЗВД, %	17,5±2,0	6,3±0,8*	11,2±0,9*#	10,1±1,1*#

Примечания:

* - различия с показателем контрольной группы достоверны, p<0,05, ** - p<0,01

- различия с группой терапии без нейрорегуляторов достоверны, p<0,05

Данные в таблице 2 показывают, что наиболее выраженное отклонение исследованных показателей от контрольных показателей наблюдалось в группе терапии без нейрорегуляторов. При применении последних отмечался не только менее значительный уровень нарушений, но и достоверное различие с данной группой сравнения. В частности содержание метаболитов NO в крови при применении цитиколина было ниже на 22,7% (p<0,05), а средний показатель ЭЗВД – на 53,4% выше (p<0,05).

В группе применения кортексина степень различий по первому из указанных показателей составила 20,4%, по второму – 37,9% (p<0,05 в обоих случаях), кроме того, отмечалось наличие достоверного относительного снижения по содержанию метаболитов NO в моче (на 18,1%, p<0,05).

Последующее обследование больных данной группы было проведено через 3 недели после поступления в стационар. Полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

*Функциональные показатели сосудистого эндотелия в ходе лечения
в зависимости от проводимой терапии (21 сутки)*

Показатель	Контрольная группа (n=30)	Больные ИИ (n=82)		
		группа терапии без нейрорегуляторов (n=30)	группа применения цитиколина (n=25)	группа применения кортексина (n=27)
Содержание метаболитов NO в крови, мкг/мл	0,26±0,02	0,39±0,02*	0,31±0,02#	0,30±0,01#
Содержание метаболитов NO в моче, мкг/мл	0,79±0,05	1,01±0,06*	0,90±0,04	0,87±0,04
ЭЗВД, %	17,5±2,0	9,2±1,2*	14,1±1,2#	13,5±1,0#

Примечания:

* - различия с показателем контрольной группы достоверны, p<0,05, ** - p<0,01

- различия с группой терапии без нейрорегуляторов достоверны, p<0,05

Не было достоверных различий с контрольной группой ни по одному из исследованных показателей, отражающих функциональное состояние эндотелия, в группах применения нейрорегуляторных препаратов. В группе сравнения таковые сохранялись по всем трём исследованным параметрам. Имелись достоверные различия между группой сравнения и больными, у которых проводилось лечение цитиколином и корtekсином, по содержанию метаболитов NO в крови (на 20,5% и 23,1% соответственно, $p<0,05$ в обоих случаях) и ЭЗВД (на 53,3% и 46,7% соответственно, $p<0,05$ в обоих случаях).

Таким образом, нами было выявлено наличие положительного влияния применения нейрорегуляторных пептидных препаратов на состояние функций сосудистого эндотелия у больных ишемическим инсультом. В условиях настоящего исследования существенных различий между примененными препаратами цитиколином и кортексином обнаружено не было.

Литература:

1. Авдюшенко С.А. Влияние цитомедина корtekсина, обладающего антигипоксической активностью, на нейрональную активность // Материалы Рос. научн. конф. «Антигипоксанты и актопротекторы: итоги и перспективы». - СПб.: Б.и., 1994. - Вып. 3. - С. 227.
2. Герасимова М.М., Шоломов И.И. Корtekсин. Приложение к журналу «TERRA MEDICA NOVA». - 2004. - № 1. - С. 1-24.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М.: Медицина, 2001. - 327 с.
4. Скворцова В.И., Бойцова А. Нейропротективная терапия цитиколином в остром периоде церебрального инсульта // Врач. - 2007. - № 12. - С. 25-28.
5. Скороходов А.П., Кобанцев Ю.А. Метаболическая терапия ишемического инсульта корtekсином и ноотропилом // Неврологический вестник. - 2001. - Т. 33, В. 3-4. - С. 59-60.
6. European Stroke Organization. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischaemic attack 2008 // Cerebrovascular disease. - 2008. - Vol. 25. - P. 457-507.
7. Ovbiagele B., Kidwell C.S., Starkman S., Saver J.L. Potential role of neuroprotective agents in the treatment of patients with acute ischemic stroke // Curr Treat Options Neurol. - 2003. - Vol. 5. - P. 367-375.

СТАДИИ И ЭТАПЫ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ (литературный обзор)

К.О. Иманбеков

Исследование клинических закономерностей течения шизофрении остается одним из основных направлений в психиатрии. Общеизвестна тенденция шизофреник к затяжному течению с ежегодным «оседанием» больных с неблагоприятно текущими формами в стационарах, где они составляют от 30% до 75% общего числа больных [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Исследование закономерностей развития шизофрении, проведенные на кафедре психиатрии Центрального института усовершенствования врачей и в научном центре психического здоровья РАМН (РФ) под руководством А.В. Снежневского (1960-1983), показали обоснованность динамического подхода к проблеме формообразования и важность изучения зависимости между типом течения и его синдромальной характеристикой на каждом этапе заболевания. На основании этих исследований были выделены три основных формы шизофрении: непрерывнотекущая, рекуррентная и приступообразно-прогредиентная с разной степенью прогредиентности [11, 12, 13, 14, 15, 16].

В отечественной психиатрии на современном этапе, кроме принятой международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ - 10), используется отечественная классификация форм течения болезней, что нашло отражение в последнем руководстве по психиатрии [17].

В основу подавляющего большинства как старых, так и современных клинических классификаций шизофрении положены принципы:

- особенности течения заболевания и тип исхода [18];
- генеалогические данные и течение [19];
- возраст больного к началу заболевания, степень остроты и темп развития процесса [20];
- тип течения, степень выраженности деструктивных тенденций и тип исхода [21];
- течение и исходы шизофрении в позднем возрасте [22, 23, 24, 25, 26].

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) (МКБ-10) представляет собой

попытку компромисса между основными направлениями классификации шизофрении в стремлении добиться, если не правильного распознавания типа течения шизофрении, то, по крайней мере, единого мнения и однозначной маркировки клинических картин болезни [27]. При этом подходы к диагностике шизофрении в различных национальных школах неоднозначны: до настоящего времени сохраняется тенденция к сужению или расширению границ этого заболевания.

При исследовании шизофрении выделялись стадии течения заболевания. По Е. Bleuler [28] это предвестники заболевания с острыми толчками, приступы с последующими ремиссиями и выздоровление с дефектом. Описаны течение шизофрении по стадиям: функциональная, функционально-деструктивная стадия исхода (исходного слабоумия). О.В. Кербиков в течение шизофренического процесса определял начальную стадию с острым, подострым и медленным началом, стадию развитого заболевания, конечную (исходную) стадию. Д.Е. Мелехов (1963) наиболее детально дифференцировал стадии течения процесса:

- а) продромальный период;
- б) период нарастания проявлений активного процесса (период расцвета по С.С. Корсакову, начальный период по О.В. Кербикову);
- в) период полного развития болезни, острый или подострый период (стационарный по С.С. Корсакову);
- г) повторные приступы болезни при ремиттирующем волнообразном и приступообразном течении; длительные приступы с затяжным подострым течением;
- д) период затихания подострых явлений, стабилизация ремиссии, формирование и консолидация дефекта; стадия ремиссии;
- е) выздоровление; стадия пост процессуально-го дефекта (выздоровление с дефектом или постпсихотическая личность);
- ж) исходные (конечные) состояния.

На основании анализа длительного течения заболевания по данным архивных историй болезни выделяли: период вялого течения (инициальный); наиболее активного течения процесса, характеризующийся чередованием острых приступов и ремиссий и период постепенной стабилизации процесса. В работах А.В. Снежневского [29], Д.В. Дворина [30], М.Я. Цуцульковской [31], А.П. Абрами чева [32] описание течения шизофренического процесса представлено по периодам: инцидальный, манифестный, поздний или период стабилизации процесса с регредиентностью симптоматики и выходом в позднюю ремиссию или конечное состояние. Н.А. Корнетов, А.А. Шмелев [33] в основные этапы течения шизофрении включали: инцидальный, манифестный и резидуальный.

В отечественной психиатрии имеются исследования, где с применением клинических, клинико-катамнестических, клинико-эпидемиологических и статистических методов исследования проведены клиническое описание и систематизация позднего этапа течения шизофрении. Так, В.Н. Фаворина [34] описала клинику и типологии конечных состояний при шизофрении. Результаты клинико-статистического исследования течения параноидной шизофрении опубликовал В.Г. Ротштейн [35]. Л.И. Абрамовой [36], М.Я. Цуцульковской [37] проведено клинико-катамнестическое исследование и описание типологии конечных состояний при непрерывно текущей юношеской злокачественной шизофрении.

Проблема систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и генеалогических исследований нашла отражение в работе Р.А. Наджарова, М.Я. Цуцульковской, В.А. Концевого, И.В. Шахматовой - Павловой, Л.М. Шмаоновой [38]; клинико-статистические закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний описаны А.С. Киселевым [39].

Одной из основных задач в оценке течения шизофрении является определение степени (темперы) прогредиентности процесса, т.е. особенностей нарастания симптоматики от начальных проявлений заболевания к исходным (конечным) состояниям с усложнением продуктивных расстройств и развитием специфических негативных (дефицитарных) изменений личности (Мелехов Д.Б., 1974) [40]. С прогредиентностью процесса и углублением формирующегося дефекта связаны такие характеристики познавательной деятельности, как снижение продуктивности и уровня обобщения, уменьшение контекстной обусловленности речевого процесса, распад смысловой структуры слов. Эти расстройства имеют прямое отношение к такой важной характеристике познавательной деятельности, как снижение психической активности, которое по W. Mayer-Gross [41] является «обеднение психическими импульсами», а по W. Janzarik [42] «динамическое опустошение у больных шизофренией». K. Conrad [43] исходя из физиологических энергетических концепций, определил снижение психической активности, как «редукцию энергетического потенциала» (РЭП).

При изучении темпа прогредиентности и формирования шизофренического дефекта некоторые исследователи пришли к выводу, что более чем у половины больных шизофренией наиболее тяжелый дефект формируется уже в первые десять лет болезни, причем у мужчин формируется быстрее, чем у женщин [44, 45, 46].

Все большее значение приобретает изучение больных шизофренией с психотическими расстройствами, сохраняющими относительную упорядоченность поведения и проживающими среди насе-

ления [47, 48, 49, 50, 51]. Однако в популяции больных шизофренией остается значительный контингент больных с неблагоприятным течением заболевания, частыми и длительными госпитализациями [52, 53, 54, 55, 56, 57, 58].

Возрастание интереса исследователей к клиническим особенностям течения шизофрении на позднем этапе и решение проблемы социальной адаптации больных обусловлены особой важностью проблемы содержания хронически боль-

ных в связи с происходящими процессами деинституализации. В связи с этим наиболее актуальным стало изучение предикторов неблагоприятного исхода заболевания, определение уровней сохранившихся продуктивных и сформировавшихся негативных расстройств на позднем этапе течения заболевания, их влияние на социальное функционирование, социальную и трудовую адаптацию и качество жизни больных шизофренией [59, 60, 61].

Литература:

1. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М.: Медицина, 1977. - 173 с.
2. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. - Л.: Медицина. 1964. - 216 с.
3. Демидов Н.А. Изменения эффективности лечения больных; шизофренией в период массового применения психотропных средств.: Автoref. дис. ...канд. мед. наук. - М., 1969. - 20 с.
4. Малахов Б.Б. Трудовая терапия психически больных - Л.: Медицина, 1989. - 192 с.
5. Красин Е.Д. Психическое здоровье общества и реабилитация психически больных // Социальн. и клинич. психиатр. - 1992. - Т. 2, Вып. 1. - С. 63-69.
6. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журн. невропат. и психиатр. - 1983. - Т. 83, № 5. - С. 707-716.
7. Хохлов Л.К. О трудных, спорных вопросах социальной психиатрии. // Журн. невропат. и психиатр. - 1991. - Т. 91, № 8. - С. 125-128.
8. Давтян С.Э. Факторы, влияющие на процесс рецидивирования шизофрении (обзор) // Ж. невропат. и психиатр. - 1992. - Т. 92, № 3. -С. 115-120.
9. Долгов С.А. Попытка эпидемиологического изучения группы больных с частыми госпитализациями // Социальн. и клинич. психиатр. - 1994. - № 1. - С. 80-86.
10. Долгов С.А. Проблема частых госпитализаций психически больных // Журн. невропат. и психиатр. - 1995. - Т. 95, № 4. - С. 103-106.
11. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология. Шизофрения: клиника, патогенез. Под ред. А.В. Снежневского - М., 1969. - С. 5-28.
12. Наджаров Р.А., Жариков Н.М., Циркин С.Ю., Жабленский А. Международное исследование шизофрении по программе ВОЗ. Задачи и методы исследования // Журн. невропат. и психиатр. - 1987. - Т. 87, № 8. - С. 1192-1197.
13. Цуцульковская М.Я. Особенности клиники непрерывно-текущей шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте: Автoref. дис. ...докт. мед. наук. - М., 1968.
14. Концевой В.А. Шизофрения, протекающая в форме шубов: Автoref.дис. ...докт. мед. наук. - М., 1974. - 32 с.
15. Шахматова И.В. Конституционально-наследственные факторы и формы течения шизофрении: Автoref. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1970.
16. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Хохлова Т.В. Динамика негативных расстройств и проблема дифференциации приступообразной шизофрении (эпидемиологическое исследование) // Журн. невропат. и психиатр. - 1984. - Т. 84, № 8. - С. 177-186.
17. Тиганов А.С., Пантелеева Г.П., Вертоградова О.П., Кондратьев Ф.В., Цуцульковская М.Я. Систематика и диагностические критерии эндогенных психозов в свете международной статистической классификации болезней - десятый пересмотр (МКБ-10) //Журн. невропат. и психиатр. - 1997. - Т. 97, № 10. - С. 4-10.
18. Bleuler M. Die schizophrene geistesstörungen im Lichte von JCranken und Familiengeschichten // Leipzig, 1970.
19. Mitsuda H. Clinical Genetics in Psychiatry. - Osaka, 1967.
20. Сосновский А.Ю. Изучение мнения пациентов о качестве психиатрической помощи // Журн. невропат. и психиатр. - 1995. -Т. 95, № 2. - С. 69-70.
21. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. - М.: Медгиз, 1963. - 303 с.
22. Дворин Д.В. Параноидная шизофрения и старость (обзор литературы). // Медиц. реферат, журнал. Раздел 14. - 1978. - № 7. - С. 1-10.
23. Дружинина Т. А. Закономерности возрастной динамики неблагоприятно протекающих форм шизофрении в свете отдаленных катамнезов в старости. // Журн. невропат. и психиатр. - 1979. - Т. 79, № 1. - С. 79-85.

-
-
24. Медведев А.В. Неблагоприятно протекающая шизофрения (клинико-катамнестическое исследование в старости): Автореф. дис. ...докт. мед. наук. - М., 1985. - 38 с.
25. Молчанова Б.К. Клиника отдаленных этапов взяточной шизофрении в позднем возрасте // Журн. невропат. и психиатр. - 1981. - Т. 81, № 5. - С. 715-720.
26. Штернберг Э.Я. Новые зарубежные исследования течения и исходов шизофрении. // Журн. невропат. и психиатр. - 1978. - Т. 78, № 1. - С. 135-151.
27. Тиганов А.С. Современная диагностика и вопросы классификации психических заболеваний // Журн. невропат. и психиатр. - 1996. - Т. 96, № 5. - С. 10-13
28. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien // Leipzig-Wein, 1911. - 420 s.
29. Снежневский А.В. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. - М., 1972. - С. 5-15.
30. Дворин Д.В. Особенности клинико-психопатологических расстройств у больных параноидной шизофренией в старости. // Журн. невропат. и психиатр. - 1979. - Т. 79, № 9. - С. 1378-1382.
31. Цуцульковская М.Я., Абрамова Л.И., Шахматова И.В., Шапиро Ю.А., Элиава В.Н. Конечные состояния юношеской злокачественной шизофрении (клинико-патогенетические корреляции). // Журн. невропат. и психиатр. - 1982. - Т. 82, № 7. - С. 117-127.
32. Абрамичев А.П. Коррекционно-восстановительная терапия больных с затяжными формами течения шизофрении: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Л., 1984. - 22 с.
33. Корнетов Н.А., Шмелев А.А. Глоссарий формализованных психопатологических профилей синдромов, состояний и ремиссий при шизофрении для стандартизованной оценки клинической картины. // Томск-Владивосток: Томский НИИ ПЗ. Т.Н.Ц. С.О. Р.А.М.Н, 1996. - 54 с.
34. Фаворина В.Н. О конечных состояниях шизофрении: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. - М., 1965. - 25 с.
35. Ротшильд В.Г. О заболеваемости параноидной шизофренией. // Журн. невропат. и психиатр. - 1982. - Т. 82, № 4. - С. 91-98.
36. Абрамова Л.И. Приступообразная шизофрения (вопросы дифференциации, клинико-динамические, прогностические аспекты): Автореф. дис. ...докт. мед. наук. - М., 1996. - 50 с.
37. Цуцульковская М.Я., Михайлова В.А., Извольский С.А. К проблеме прогноза приступообразной шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте. // Журн. невропат. и психиатр. 1982. - Т. 82, № 5. - С. 728-738.
38. Наджаров Р.А., Цуцульковская М.Я., Концевой В.А., Шахматова-Павлова И.В., Шмаонова Л.М. К проблеме систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и клинико-генеалогических данных // Журн. невропат. и психиатр. - 1985. - Т. 85, № 1. - С. 66-78.
39. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний (статистическое исследование. - Рига: Знание, 1988. - 236 с.
40. Мелехов Д.Е. Проблема реабилитации психически больных // Алкогольные проблемы невропатологии и психиатрии. - М.: Медицина, 1974. - С. 257-263.
41. Mauer-Gross W. Die Schizophrenia Erkrankung. - Berlin, 1932. - S. 555.
42. Janzarik W. Dynamische Grundinstillationen in endogenen Psychosen. // Berlin - gottingen - Heidelberg, 1959. — 193 s.
43. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. // Stuttgart, 1958.
44. Успенская Л.Я. Исходы шизофрении (клинико-эпидемиологическое исследование) // Материалы первого съезда психиатров социалистических стран. Под ред. Г.В. Морозова. - М., 1987. - С. 242-247.
45. Абрамова Л.И., Цуцульковская М.Л., Элиава В.Н. К вопросу о типологии конечных состояний юношеской злокачественной шизофрении (клинико-катамнестическое исследование) // Журн. социальн. и клинич. психиатр. - Т. 82, Вып. 4. - С. 579-585.
46. Алексеев Б.Е. Проблема пола в исследовании шизофрении. // Журн. обзор. психиатр. и мед. психолог. - 1999. - № 3. - С. 10-13.
47. Абрамова И.В. Особенности аффективных расстройств в ре-х приступообразной шизофрении. // Журн. невропат. и психиатр. - 1988. - Т. 88, № 5. - С. 92-97.
48. Гурович И.Л., Голланд В.Б., Зинченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-99 г.г.). - М.: Медпрактика, 2000. - 508 с.
49. Абрамова Л.И. О некоторых клинических особенностях ремиссий у больных приступообразной шизофренией // Журн. невропат. и психиатр. - 1991. - Т. 91, № 1. - С. 94-99.
50. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Худавердиев В.В. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (под ред. А.Б. Смулевича). - М., 1999. - С. 77-98.
51. Weitbrecht H.J. Zur Frage der psychopathologischen Symptoms. // Fortsrit Neuroc. Psychiat. 1957, 1, 41.
52. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении. // Журн. невропат. и психиатр. - 1983. - Т. 83, № 5. - С. 707-716.
-
-

-
-
53. Богдан А.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика вариантов параноидной шизофрении с благоприятным и неблагоприятным социально-трудовым прогнозом: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 1983. - 18 с.
54. Ротштейн В.Г., Бадалян А.М. Некоторые результаты клинико-статистического исследования течения непрерывной параноидной шизофрении. // Журн. невропат. и психиатр. - 1981. - Т. 81, № 1. - С. 81-88.
55. Алимханов Ж.А. О сравнительно возрастных особенностях динамики бредовых синдромов в течении параноидной шизофрении. // Журн. невропат. и психиатр. - 1984. - Т. 84, № 8. - С. 1203-1208.
56. Долгов С.А. Больные с частыми госпитализациями: клиническая характеристика. // Журн. невропат. и психиатр. - 1994. - Т. 94, N 2. - С. 95-98.
57. Абрамова Л.И., Критская В.П., Мелешко Т.К. Роль личностного фактора в трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией. // Журн. социальн. и клинич. психиатр. - 1996. - Т. 6, Вып. 2. - С. 37-43.
58. Букреева Н.Д. Научное обоснование и разработка клинико-статистических групп для организации внебольничной психиатрической помощи: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. - Томск, 1997. - 50 с.
59. Абрамова Л.И. Социально-трудовое функционирование в периоды активного течения и стабилизации при приступообразной шизофрении // Журн. социальн. и клинич. психиатр. - 1992. Т. 2, Вып. 1. - С. 96-101.
60. Гурович И.Я., Шмулер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. // Социальн. и клинич. психиатр. - 1994. - № 4. - С. 38-45.
61. Пхинденко С.В. Исследование структуры защитных механизмов личности у больных параноидной шизофренией с разным уровнем социального функционирования // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. Журнал им. В.М. Бехтерева. - 1994. - № 3. - С. 103-106.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ (литературный обзор)

А.А. Кусаинов, М.В. Прилуцкая

Нейрофизиологические механизмы формирования и развития наркотической зависимости в современной науке находятся на стадии изучения. Данный аспект несёт в себе потенциал объяснения как структурных изменений в мозге, так и вскрытия природы исходных состояний, выделение коррелятов прогредиентности заболевания.

Нейрофизиологические механизмы зависимости от наркотиков преимущественно топируются в стволовых и лимбических структурах, где сосредоточена система подкрепления и удовлетворения,участвующая в регуляции эмоционально-волевой сферы, поведения, адаптации (Григорьян Г.А., 2004). Хроническое злоупотребление героином нарушает функционирование префронтальных отделов коры головного мозга; в основе этого процесса, предполагается, лежит как первичное повреждение нейронов лобной коры вследствие хронической героиновой интоксикации, так и вторичный дефицит в связи с расстройствами дофаминергической иннервации [4].

Описан механизм формирования патологического влечения к психоактивным веществам в виде пароксизмального процесса в вышеназванных областях [5]. Заключается он в следующем. В обычных условиях дофаминовые нейроны демонстрируют слабо выраженную тоническую активность,

которая необходима для поддержания (но не осуществления) двигательных и ряда других функций головного мозга на нормальном уровне. Физическая активация дофаминовых нейронов среднего мозга регистрируется после усиливающих (индивидуирующих) внимание или связанных с вознаграждением (reward) стимулов любой модальности (соматосенсорной, зрительной и/или слуховой). По данным W. Schultz, дофаминовые клетки активизируются при неожиданном появлении награждающего стимула. При повторных стимулах дофаминовые нейроны миндалевидного ядра реагируют на предсказывающий условный стимул. При предъявлении же безусловного раздражителя дофаминовая система постепенно остается индифферентной. Клинически это проявляется в стремлении повторить наркотизацию даже при приёме подпороговых (нейрофизиологических) доз наркотика. С другой стороны, данная медиаторная система обуславливает сохранения следов долговременной подсознательной памяти. В свою очередь закрепление ассоциативных связей автоматически воспроизводит компульсивный компонент влечения к наркотику (т.е. поведенческое «предчувствие» скорой наркотизации). При появлении триггеров (условных раздражителей) происходит пароксизмальный запуск активности данной нейрональной области. Затем парциаль-

ная активность расширяется, клинически проявляясь в генерализированной форме влечения. Данный процесс обозначен как «киндинг» [1]. По мнению нейрофизиологов именно миндалевидное ядро оказалось подверженным судорожной активности [8].

Электроэнцефалография является относительно доступным методом обследования и широко назначается больным героиновой наркоманией.

Данные электроэнцефалографии у больных наркоманиями последовательно указывают на дисфункцию срединных структур головного мозга, электрическая активность которых проецируется на центральные отведения. Наиболее типичной аномалией, выявляемой при нейровизуализации у больных наркоманией, является дисфункция передних отделов поясной извилины. I. Franken и соавторы, в своих исследованиях при демонстрации больным героиновой наркоманией изображений предметов, используемых при внутривенном введении герона, регистрировали длиннолатентные вызванные потенциалы с максимальной амплитудой в отведении С₃. Величина амплитуды вызванных потенциалов в данном отведении достоверно коррелировала с выраженной желания (craving) употребить герон. В ряде исследований показана большая выраженная активация передних отделов поясной извилины и ряда других структур лимбической системы в левом полушарии по сравнению с правым [13, 14, 15, 16].

Согласно исследованиям Е.А. Жирмунской (1993), в основе пароксизмальной активности по своим волновым характеристикам лежит д-ритм. При исследовании реактивности дельта-ритма в ответ на предъявление триггерного стимула, регистрируется бурная вспышка дельта-активности, при этом ее мощность достигает максимальных значений [2].

В настоящее время признан гиппокампальный генез пароксизмальной активности в лобно-центральных отведениях. Электрическая активность провоцирует введение больших доз опиатов, в то время как системное введение небольших доз агонистов м-опиатных рецепторов приводит к купированию электрической активности в этих структурах лимбической системы.

При исследовании функционального состояния подкорковых структур головного мозга у больных, употребляющих различные психоактивные вещества, выявлены неоднозначные результаты. Измерения проводились методом регистрации стволовых слуховых вызванных потенциалов. При этом выявлено, что при приеме герона, в отличие от алкоголизма, функциональные нарушения подкорковых структур не успевают сформироваться, и не наступает в полной степени процесс демиелинизации [3].

Характерные биоэлектрические изменения регистрируются и при состояниях абstinенции. Так, в частности наблюдается низкая биоэлектрическая активность в б-диапазоне на фоне высокой в-ак-

тивности, что отражает усиление дофаминергии. Дезорганизация б-ритма, дизритмия в-ритма является проявлением ирритативных нарушений сосудистого генеза, что клинически выражается в беспокойстве, раздражительности таких пациентов. Неустойчивость б-ритма отражает ухудшение функционального состояния головного мозга. Преобладание в-волн отражает ирритацию гипоталамо-дизенцефальных образований. Отмечается также межполушарная асимметрия волн с преобладанием б-ритма в правом полушарии и в-активности в левом. Сдвиг активности в сторону правого полушария коррелирует с депремированностью эмоционального фона. Преобладание активности левого – напротив обуславливает мориоподобную окраску эмоциональных реакций. Еще одним маркером негативного аффективного фона является усиление и- и д-ритмов в правом полушарии, что одновременно является одновременно предвестниками эмоциональной реактивности [10]. На фоне общей дезорганизованности ритма отмечается регистрация комплексов «острая - медленная волна». Вне появления пароксизмов ЭЭГ наркозависимых лиц отличается десинхронизацией, тахиаритмии, снижением амплитуды колебаний и рассматривается как «плоская или резко уплощенная».

J. Benois и K. Kapinas (1980) наблюдали следующие варианты биоэлектрической активности в течение недели героиновой абстиненции:

- 1) норма (24% наблюдений);
- 2) «колебания уровня бодрствования» в виде непостоянства б-ритма, высокого ритма инзоамплитудных и- или д-волн в сочетании с веретенообразными сериями в-активности в центрально-передних отведениях (33%);
- 3) «обедненная» биоэлектрическая активность с амплитудой б-ритма менее 30 мкВ и преобладанием низкоамплитудной в-активности по всем отведениям (53%);
- 4) легкие неспецифические изменения биоэлектрической активности в виде нерегулярности б-ритма (20%);
- 5) замедление биоэлектрической активности (13%);
- 6) пароксизмальная дизритмия (4,5%).

В ходе исследований, проведенных А.Б. Гехтом и соавторами (2003), выявленные изменения свидетельствуют о снижении функциональной активности сомногенных срединно-стволовых структур головного мозга в период абстиненции («колебания уровня бодрствования»). Это демонстрируют следующие индикаторы:

- дезорганизованность б-ритма с улучшением его организации после функциональных проб, особенно пробы с фотостимуляцией;
- высокий индекс медленноволновой активности;
- тенденция к организации в-активности в веретена в центральных отведениях.

При индивидуальных повторных обследованиях положительная динамика, как в отношении сна, так и в состоянии биоэлектрической активности фиксировалась уже в первые недели после отмены героина, особенно у больных с высокими суточными дозами наркотика и относительно небольшим стажем наркотизации. Также была продемонстрирована практически полная обратимость изменений электрической активности в течение полутора лет после прекращения употребления гербина. Авторами зарегистрирована пароксизмальная активность в 40% наблюдений и эпилептиформную в 20%. Были сделаны выводы об отсутствии связи между злоупотреблением героином и наличием данных видов патологической активности.

Для оценки кровообращения при употреблении опиоидными веществами используется ряд методик:

- реоэнцефалография;
- трансторакальная тетраполярная реография;
- неинвазивное исследование объемной скорости мозгового кровотока по способу Панлеева Н.Р.

Показатели церебральной гемодинамики изменились за счёт снижения функции центральных ме-

ханизмов регуляции кровотока. В ходе исследования, проведенного М.М. Однак и соавторами (2003), обнаружен дефект замкнутости артериального круга больших полушарий в виде дисфункции задних соединительных артерий. Отмечается также повышение периферического сопротивления сосудов, снижение мозгового кровотока, повышенное тонус артериальных сосудов всех калибров, нарушение венозного оттока из полости черепа на фоне общего церебрального венозного застоя [11].

Резюме

Таким образом, хотелось бы отметить что, в литературе имеются ряд указаний на нейрофизиологические изменения в головном мозге у опийных наркозависимых. Большая часть источников упоминает о дисфункции срединных структур в условиях дистресса абstinенции. При этом обнаруживается дефицит как в квалифицированной оценке и интерпретации функциональных изменений головного мозга в процессе хронической наркотизации, так и в возможном соотнесении этих изменений с динамикой психопатологической структуры заболевания.

Литература:

1. Альтшулер В.Б. *Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии.* – М.: Имидж. – 1994. – 216 с.
2. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Чередниченко *Патологическое влечение к алкоголю в свете топографического картирования ЭЭГ // Вопросы наркологии.* – 2003. - № 1. - С. 24 - 27.
3. Арзуманов Ю.Л., Абакумова А.А., Тверицкая И.Н., Борисова Е.В., Адамова А.В. *Функциональные нарушения подкорковых структур головного мозга у больных, употребляющих психоактивные вещества и у их детей // Вопросы наркологии.* – 2001. - № 5. – С. 44 – 52.
4. Брюн Е.А., Гехт А.Б., Полунина А.Г. и др. *Нейропсихологический дефицит при хронической наркотизации героином.* // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2001. – Т. 101. – № 3. – С. 10 – 19.
5. Ведяев Ф.П., Воробьева Т.М. *Модели и механизмы экспериментальных стрессов.* – Киев: Здоров'я, 1983.
6. Гехт А.Б., Полунина А.Г., Брюн Е.А., Давыдов Д.М. *Биоэлектрическая активность мозга у больных героиновой наркоманией в ранние сроки абстиненции // Журнал неврологии и психиатрии.* – 2003. - № 5. – С. 53 - 59.
7. Жирмунская Е.А. *Клиническая электроэнцефалография (цифры, гистограммы, иллюстрации).* – МНИИТЦ «Скан», 1993. - 35 с.
8. Карлов В.А. *Эпилепсия.* – М., 1990. – С. 71 - 96.
9. Однак М.М., Шамрей В.К., Гайкова О.Н., Литвинцев Б.С. *Неврологические нарушения при хронической интоксикации опиоидными наркотиками // Наркология.* – 2003. - № 4. – С. 36 - 40.
10. Рабаданова А.И., Черкесова Д.У., Габибов М.М. *Биоэлектрическая активность головного мозга героиновых наркоманов при отмене наркотика // Вопросы наркологии.* – 2008. - № 1. – С. 76 – 81.
11. Толстикова А.Ю. *Органическое поражение головного мозга вследствие употребления психоактивных веществ // Методические рекомендации.* – Алматы, 2003. - С. 44 - 45.
12. Benois J., Kapinas K. *EEG - Untersuchungen bei Heroinisten in der Entwöhnsungsphase. Med Welt 1980; Heft 39: 1395-1399.*
13. Daglish M.R., Weinstein A., Malizia A.L. et al. *Changes in regional cerebral blood flow elicited by craving memories in abstinent opiate-dependent subjects. Am J Psychiatr 2001; 158: 1680 - 1686.*
14. Garavan H., Pankiewicz J., Bloom A. et al. *Cue-induced cocaine craving: neuroanatomical specificity for drug users and drug stimuli. Am J Psychiatr 2000; 157: 11: 1789 - 1798.*
15. Kilts C.D., Schweitzer J.B., Quinn C.K. et al. *Neural activity related to drug craving in cocaine addiction. Arch Gen Psychiat 2001; 58: 4: 334 - 341.*
16. Maas L.C., Lukas S.E., Kaufman M.J. et al. *Functional magnetic resonance imaging of human brain activation during cue-induced cocaine craving. Am J Psychiatr 1998; 155: 1: 124 - 126.*

РЕЗЮМЕ

ФИЛОСОФСКИЕ И НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л. Катков, В.В. Макаров

В статье Каткова А.Л., Макарова В. В. «Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии» анализируются основные когнитивные стили современной науки применительно к категории психического. Рассматриваются бинарные архетипы и основные гносеологические конфликты существующих научно-философских подходов. Приводятся основные тезисы авторской модели научной рациональности. Описываются особенности диалогизированного когнитивного стиля. Делается акцент на эвристическом потенциале рассматриваемых способов научного мышления применительно к методологическому обоснованию интегративной психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, интегративные подходы, научная методология.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА ЛИЧНОСТНУЮ СТРУКТУРУ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Г.И. Алтынбекова

Предложенная концепция психотерапевтического реабилитационного потенциала наркологических больных является основой системного подхода к построению и реализации психотерапевтического процесса. Рассмотренные блоки информации позволяют последовательно осуществлять практическую и организационную деятельность, а также прогнозировать эффективность психотерапевтического процесса в системе укороченных или пролонгированных медико-социальных реабилитационных программ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

А.З. Нургазина

В статье говорится об актуальности психотерапии для врачей всех специальностей, о профессиональном выгорании, о методах преподавания курсантам психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, профессиональное выгорание, курсы психотерапии.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ (обзор)

Г.И. Алтынбекова

В статье представлены данные о психопатологических расстройствах в рамках опийной наркомании по материалам литературы.

К ВОПРОСУ О ПРЕДПОСЫЛКАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРКОМАНИИ

А.А. Кусаинов, М.В. Прилуцкая

В данной работе проведен критический анализ имеющихся сведений, касающихся существующих предпосылок возникновения наркомании с точки зрения биологических, социологических, психологических и психопатологических направлений.

К ВОПРОСУ О СИНДРОМОЛОГИИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ (литературный обзор)

А.А. Кусаинов, М.В. Прилуцкая

В данной статье приведены основные клинические аспекты опийной наркотической зависимости, присущие в литературных источниках. Из общего многообразия взглядов и концепций авторами акцентируется внимание на недостатке системного описания синдромологии заболевания, дефиците психопатологически обоснованной квалификации последней. В качестве логического вывода из проведенного анализа обращено внимание на необходимость дифференцированного рассмотрения позитивного и негативного кругов расстройств в рамках клинической картины зависимости.

ОСОБЕННОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА СЕМЕЙНОГО ВАРИАНТА СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ю.В. Лукьяненко, Е.Ю. Лукьяненко, А.В. Котин,
А.В. Казакова, М.В. Афанасьева, П.П. Вязовой

При лечении больных с наркотической зависимостью нет гарантированных рецептов и мелочей. Во многом успех лечения зависит от хорошей организации лечебного процесса, подготовленного медперсонала и поисков факторов, положительно влияющих на успех лечения. Наш опыт семейного стационарного лечения – один из таких факторов и, как нам представляется, очень значимых, заслуживающих внимания.

ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.З. Нургазина, Ж.А. Алтынбекова

Среди психических расстройств депрессии занимают самое большое место. В статье говорится об актуальности депрессии, депрессивных расстройствах, о влиянии на психологическое здоровье, и о возможностях профилактики.

Ключевые слова: депрессия, психическое здоровье, депрессивные расстройства.

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ

Г.И. Алтынбекова

В статье отражены основные представления о проблеме адаптации человека в окружающей действительности. Отмечено, что способность к адаптации может являться предиктором психопрофилактических мер по наркологическому и психиатрическому профилю.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ МЕХАНИЗМОВ

Г.И. Алтынбекова

В статье отражены общие подходы к концепции укрепления здоровья с позиции внутриличностной резистентности при наркомании, что занимает важное место в организации профилактической направленности. Внедрение данных подходов является необходимым условием для эффективной психопрофилактики.

ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНЫХ НЕЙРОРЕГУЛЯТОРОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Ж.Ш. Жумадилов, А.Ж. Бекбосынов, Н.К. Асылханов

Цель исследования – определение наличия, направленности и степени влияния нейрорегуляторных препаратов (цитиколина и кортексина) на состояние сосудистого эндотелия.

Проведено обследование 82 больных острым ишемическим инсультом. В зависимости от проводимой терапии все больных были разделены на 3 группы, в одной из которых проводилась традиционная консервативная терапия. В двух остальных группах в состав лечения были включены нейрорегуляторные препараты цитиколин и кортексин. По возрастному составу, особенностям клинического течения инсульта, обследованные группы были репрезентативными. Осуществлено исследование показателей функций сосудистого эндотелия, включая содержание метаболитов оксида азота в крови и в моче, эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Выявлено наличие положительного влияния применения нейрорегуляторных пептидных препаратов на состояние функций сосудистого эндотелия у больных ишемическим инсультом. В условиях настоящего исследования существенных различий между примененными препаратами цитиколином и кортексином обнаружено не было.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ (литературный обзор)

А.А. Кусаинов, М.В.Прилуцкая

В данной работе проведен критический анализ имеющихся сведений, касающихся функциональных изменений головного мозга у больных опийной наркоманией, регистрируемых при помощи нейрофизиологических методов исследования.

THE RESUME

THE PHILOSOPHICAL AND SCIENTIFICALLY-METHODOLOGICAL BASES OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY

A. L. Katkov, V. V. Makarov

In the clause written by Katkov A. L. and Makarov V. V. «The Philosophical and scientifically-methodological bases of integrative psychotherapy» the basic cognitive styles of a modern science with the reference to a mental category are analyzed. Binary archetypes and the basic gnosiological conflicts of existing scientifically-philosophical approaches are considered. The basic theses of author's model of scientific rationality are resulted. Features of dialogue-based cognitive style are described. The accent on heuristic potential of considered ways of scientific thinking with reference to a methodological substantiation of integrative psychotherapy is done.

Keywords: psychotherapy, integrative approaches, scientific methodology.

PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS AS THE FACTOR OF INFLUENCE ON PERSONAL STRUCTURE DEPENDENT FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

G. I. Altynbekova

The offered concept of psychotherapeutic rehabilitation potential of narcological patients is a basis of the system approach to construction and realization of psychotherapeutic process. The considered blocks of the information allow to carry out consistently practical and organizational activity, and also to predict efficiency of psychotherapeutic process in system of the truncated or prolonged medical-social rehabilitation programs.

THE URGENCY OF PSYCHOTHERAPY FOR DOCTORS

A. Z. Nurgazina

In the clause it is spoken about an urgency of psychotherapy for doctors of all specialities, about professional burning out, about methods of teaching to cadets of psychotherapy.

Keywords: psychotherapy, professional burning out, rates of psychotherapy.

PSYCHOPATHOLOGICAL FRUSTRATION AT THEBAIC NARCOTISMS (Review)

G. I. Altynbekova

In the clause the data about psychopathological frustration within the limits of thebaic narcotism are presented on materials of the literature.

TO THE QUESTION ON PRECONDITIONS OF OCCURRENCE OF NARCOTISM

A. A. Kusainov, M. V. Prilutskaya

In the given work the critical analysis of the available data, concerning existing preconditions of occurrence of narcotism from the point of view of biological, sociological, psychological and psychopathological directions is lead.

TO THE QUESTION ABOUT SYNDROMOLOGICAL THEBAIC NARCOTISMS (The literary review)

A. A. Kusainov, M. V. Prilutskaya

In the given clause the basic clinical aspects of thebaic narcotic dependence, present in literary references are resulted. From the general variety of sights and concepts the authors bring to a focus the lack of the system description syndromological diseases, deficiency psychopathologically-proved qualification of the last. As a logic conclusion from the lead analysis the attention is paid to the necessity of the differentiated consideration of positive and negative circles of frustration within the limits of a clinical picture of dependence.

FEATURES AND ADVANTAGES OF A FAMILY VARIANT OF HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH NARCOTIC DEPENDENCE

U. V. Lukyanenko, E. U. Lukyanenko, A. V. Kotin,
A. V. Kazakova, M. V. Afanaseva, P. P. Vyazovoj

At treatment of patients with narcotic dependence there are no guaranteed recipes and trifles. In many respects the success of treatment depends on the good organization of the medical process, the prepared medical staff and searches of the factors positively influencing success of treatment. Our experience of family hospitalization - one of such factors and, from our point of view, very significant, worthy.

DEPRESSIONS IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

A. Z. Nurgazina, Z. A. Altynbekova

Among mental frustrations depressions take the biggest place. In the clause it is spoken about an urgency of depression, depressive frustration, about influence on psychological health, and about opportunities of preventive maintenance.

Keywords: depression, mental health, depressive frustration.

THE PROBLEM OF ADAPTATION IN PREVENTIVE MAINTENANCE OF NARCOTISMS

G. I. Altynbekova

In the clause the basic representations about a problem of adaptation of the person in the surrounding validity are reflected. It is noted, that ability to adaptation can be a predictor of psychopreventive measures on a narcological and psychiatric structure.

PSYCHOPREVENTIVE APPROACHES TO A PROBLEM OF DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES FROM THE POINT OF VIEW OF INTRAPERSONAL MECHANISMS

G. I. Altynbekova

In the clause the general approaches to the concept of strengthening of health from a position of intrapersonal resistency are reflected at narcotism that takes the important place in the organization of a preventive orientation. The introduction of the given approaches is a necessary condition for effective prevention.

THE INFLUENCE OF PEPTIDE NEUROREGULATORS ON A FUNCTIONAL CONDITION OF ENDOTHELIUM AT AN ISCHEMIC INSULT

Z. S. Zhumadilov, A. Z. Bekbosynov, N. K. Asylkhanov

The purpose of the research is the definition of the presence, the orientation and the degree of influence of neuroregulatory preparations (cyclicolin and cortecsin) on a condition of vascular endothelium.

The inspection of 82 sick people with a sharp ischemic insult was led. Depending on spent therapy all patients have been divided into 3 groups, in one of which traditional conservative therapy was spent. In two other groups in the structure of treatment neuroregulatory preparations cyclicolin and cortecsin have been included. On age structure, features of clinical current of the insult, the surveyed groups were representative. The research of parameters of functions of vascular endothelium, including the maintenance of metabolites of nitrogen oxide in blood and in urine, endothelium-depending vasodilatation (EDVD) is carried out.

The presence of positive influence of application of neuroregulatory peptide preparations on a condition of functions vascular endothelium at sick is revealed by an ischemic insult. In conditions of the present research the essential distinctions between the applied preparations cyclicolin and cortecsin were not revealed.

NEUROPHYSIOLOGICAL CHANGES AT PATIENTS WITH THEBAIC NARCOTISM (the literary review)

A. A. Kusainov, M. V. Prilutskaya

In the given work the critical analysis of the available data, concerning functional changes of a brain at patients with thebaic narcotism, registered by means of neurophysiological methods of research is lead.