

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XV

Специальный выпуск,

**посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов
и медицинских психологов Республики Казахстан**

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
Специальный выпуск
2009 год**

РЕДАКЦИОННЫЕ СТАТЬИ

Приветствие участникам III съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан

5

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>Джарбусынова Б. Б.</i>	
Дифференцированная оценка психического здоровья населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года)	6-31
<i>Юсопов О. Г., Аманова Ж. Ш., Мусабекова Ж. К.</i>	
Взаимосвязь уровня психологического здоровья и потребления психоактивных веществ	31-39

ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Макаров В. В., Катков А. Л.</i>	
Основные тенденции развития психотерапии в Российской Федерации и в Республике Казахстан	40-45
<i>Мацневская Л. Л.</i>	
Групповая психотерапия пограничных психических расстройств студентов медицинского ВУЗа	45-58
<i>Катков А. Л., Макаров В. В.</i>	
Актуальные социальные контексты и условия формирования интегративного движения в психотерапии	58-90

ПСИХОЛОГИЯ

<i>Присяжная Е. Э.</i>	
Психологическая феноменология и процессуальные характеристики кризиса середины жизни	91-100

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

<i>Айбасова Г. Х.</i>	
Совершенствование нормативного регулирования деятельности по охране психического здоровья населения в системе здравоохранения Республики Казахстан	101-123
<i>Резюме</i>	
	124-125

**выходит
4 раза в год**

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

THE CONTENTS

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

Volume XV
Special edition
2009

**Published 4 times
in a year**

EDITORIAL ARTICLES

*Greeting to participants of III congress of psychiatrists,
experts in narcology, psychotherapists and medical
psychologists of Republic Kazakhstan*

5

EPIDEMIOLOGICAL RESEARCHES

- Dzharbusynova B. B.*
The differentiated estimation of mental health of the population of Republic Kazakhstan (on materials of complex research of 2003) 6-31
- Yusopov O. G., Amanova Z. Sh., Musabekova Z. K.*
Interrelation of a level of psychological health and consumption of psychological substances 31-39

PSYCHOTHERAPY

- Makarov V. V., Katkov A. L.*
The basic tendencies of development of psychotherapy in the Russian Federation and in Republic Kazakhstan 40-45
- Matsievskaya L. L.*
Group psychotherapy of boundary mental frustration of students of medical HIGH SCHOOL 45-58
- Katkov A. L., Makarov V. V.*
Actual social contexts and conditions of formation of integrative movement in psychotherapy 58-90

PSYCHOLOGY

- Prisyazhnaya E. E.*
Psychological phenomenology and remedial characteristics of crisis of the middle of a life 91-100

THE ORGANIZATION OF SERVICES OF MENTAL HEALTH

- Aybasova G. H.*
Perfection of normative regulation of activity on protection of mental health of the population in system of public health services of Republic Kazakhstan 101-123
- The resume* 124-125

РЕДАКЦИОННЫЕ СТАТЬИ

ПРИВЕТСТВИЕ УЧАСТИКАМ III СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Уважаемые коллеги, дорогие друзья, участники III съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан!

Поздравляем Вас с замечательным профессиональным праздником! Казалось бы, совсем недавно мы вместе проводили памятный II съезд представителей ментальных дисциплин в г. Павлодаре и радовались встрече после долгого, почти 20-летнего перерыва. Но вот, стремительно пролетели 5 лет нашей профессиональной жизни и мы встречаемся вновь!

За эти годы многое было сделано в плане развития клинической психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, организации служб психического здоровья. С некоторыми работами казахстанских и российских авторов, оставившими достаточно заметный след в нашей профессии мы хотели бы Вас познакомить на страницах специального выпуска нашего журнала.

Но, главное, что мы хотели сделать – это пожелать больших творческих успехов, интересной и насыщенной профессиональной жизни, здоровья и счастья, по крайней мере, еще на 5 лет, до следующего съезда!

И, конечно, плодотворной работы на предстоящем форуме!

Главный редактор от Российской Федерации
Президент Профессиональной
психотерапевтической лиги,
Вице-Президент Всемирного совета
по психотерапии, д.м.н., проф.,
заведующий кафедрой психотерапии,
медицинской психологии и сексологии
Государственного учреждения
дополнительного профессионального
образования Российская медицинская
академия последипломного образования,
психотерапевт Единого Европейского
и Единого Всемирного реестра
профессиональных психотерапевтов

Б. В. Макаров

Главный редактор журнала от Казахстана,
И.О. Директора Республиканского
научно-практического центра медико-
социальных проблем наркомании
Заведующий кафедрой психотерапии,
психиатрии – наркологии, клинической
и консультативной психологии
РНПЦ МСПН, д.м.н., профессор

А. Л. Катков

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (по материалам комплексного исследования 2003 года)

Б. Б. Джарбусынова

г. Алматы

Актуальность исследования

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

В настоящее время 450 миллионов человек в мире страдает психическими расстройствами. В том числе 160 миллионов – депрессивными расстройствами, 70 миллионов – алкоголизмом, 50 миллионов – эпилепсией, 24 миллиона – шизофренией. В каждой из четырех семей есть, по крайней мере, один человек, который страдает в данное время от психического расстройства. Ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством, 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки (Данные I национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе», 2005).

В настоящее время все более отчетливо прослеживается тенденция смешения границ и взаимозависимости понятий психического здоровья и духовного или морального здоровья с «раскаленной» атмосферой, существующей вокруг этого последнего понятия (Всемирный день психического здоровья, 1998).

Другой аспект проблемы психического здоровья, который занимает все больше внимания – качество жизни, не только лиц с психическими поведенческими расстройствами, но и лиц с другими инвалидизирующими заболеваниями, а также пожилых людей (Виноградова Л. Н., 1999).

Если не предпринимать самых энергичных и эффективных мер в отношении тенденций к снижению уровня психического здоровья в мире, то с высокой долей вероятности будут нарастать экономические социальные медицинские проблемы, а также гражданские беспорядки. Их все возрастающее бремя будет стоить невероятно дорого с точки зрения человеческих страданий, инвалидности,

преступности и экономических потерь (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001).

Между тем, современная медицина уже обладает средством для лечения многих психических расстройств. Имеются и другие возможности (прежде всего – социальные), для того, чтобы эффективно предупредить или облегчить страдания людей. Однако многие правительства пренебрегают своими обязанностями по обеспечению соответствующего лечения, профилактики и оказания социальной помощи лицам с психическими расстройствами в своих странах. Продолжается дискриминация в отношении таких людей (Брунталанд Г. Х., 2001). Если психические и поведенческие расстройства составляют около 12% глобального бремени болезней, то бюджеты лечения психических расстройств в большинстве стран составляют менее 1% от общего объема расходов на здравоохранение. Все вышесказанное относится и к постсоветским республикам (Ястребов В. С., Михайлова И. И., Степанова А. Ф., 2003).

Главный вопрос, который встает в данной связи – как и каким образом обеспечить высокое качество оказания психиатрической и профилактической помощи при существующем ограничении ресурсов; что такое современная психиатрическая служба; является ли ею вообще любая служба, оказывающая помощь психически больным, либо это служба, где работают психиатры? Притом, что хорошо известно, что в любой стране лишь 3-4% от всех психически больных обращаются непосредственно к психиатрам. Что же касается остальных 96-97%, то они получают помощь в других секторах здравоохранения (Сарториус Н., 1998).

В данной связи ценность эпидемиологического изучения психических расстройств в целом и в рамках отдельных нозологических форм не требует специальной аргументации (Kramer M., 1976; Ротштейн В. Г., 1985). Они позволяют выявить факторы, способствующие формированию психических нарушений, что крайне важно как для клинической, так и для социальной и организационной психиатрии (Запускалов С. В., Плотников Б. С., 1991; Александровский Ю. А., 1996). Эпидемиологические методы позволяют получить основные представления о частоте психических расстройств и численности больных, о популяционных зако-

номерностях течения болезней, и о клинико-демографической структуре контингентов, нуждающихся в том или ином виде психиатрической помощи. Таким образом, формируется та база, на которой основывается планирование научных исследований и организационных мероприятий (Чуркин А. А., 1990).

Эпидемиологические исследования результативны в том случае, если они направлены не только на определения «величины проблемы», но и на анализ данных, позволяющих дать теоретические сведения по наиболее актуальным проблемам психиатрии. Однако, эти сведения, по мнению Красика Е. Д. (1982), следует рассматривать не как самоцель, а как базис для реконструкции существующих форм и методов охраны психического здоровья.

Особенности системы мониторинга психических и поведенческих расстройств, используемой в Республике Казахстан до настоящего времени, позволяли учитывать сведения о болезненности и заболеваемости лишь из одного источника – психиатрических учреждений Республики, что не позволяло получить реальное представление о распространении психических расстройств среди населения Республики и, соответственно, адекватно спланировать деятельность служб психического здоровья (Катков А. Л., 2004).

Между тем, результаты некоторых исследований показывают, что только среди пациентов звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) чувство одиночества испытывают 18%, трудности в общении с окружающими – 12%, испытывают нужду в коррекции психосоматических расстройств – 10%, обращаются в связи с суициальными мыслями и попытками суицида – 2% (Абзалова А. Р., 2006).

Таким образом, проведение комплексного анализа распространенности психических расстройств, учитывающего динамику показателей официальной статистики и эпидемиологические данные о распространении психических и поведенческих расстройств среди населения Республики Казахстан представляется весьма актуальным.

Цель исследования: Комплексная оценка состояния, уровней психического и психологического здоровья населения Республики Казахстан

Задачи исследования

1. Анализ динамики показателей первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК на период 1991-2003 г.г.

2. Исследование распределения уровней психического здоровья среди населения Республики Казахстан (возрастная категория 12-55 лет) по данным эпидемиологического исследования 2003 года

3. Исследование распределения уровней психологического здоровья среди населения Республики Казахстан (возрастная категория 12-55 лет)

по данным эпидемиологического исследования 2003 года

4. Проведение сравнительного анализа в идентифицированных группах с высоким, средним, низким уровнями психического и психологического здоровья с использованием социальных и социально-психологических индикаторов

5. Определение распространенности субклинических форм психических и поведенческих расстройств в группе лиц с низким уровнем психического здоровья и проведение сравнительного анализа психопатологических, эпидемиологических, социальных, социально-психологических характеристик в отношение основных клинических подгрупп, формируемых по нозологическому принципу

6. Определение распространенности гипертрофированных адаптационных реакций в группе лиц с низким уровнем психологического здоровья и проведение комплексного анализа клинико-психологических, эпидемиологических, социальных, социально-психологических характеристик в данной подгруппе, а также сравнительного анализа полученных результатов с данными по основным клиническим подгруппам

7. Разработка практических рекомендаций по организации психолого-психотерапевтической, психиатрической и первичной врачебной (на уровне семейной амбулатории и поликлинического звена) помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами субклинического уровня, и гипертрофированными реакциями психологической адаптации

Материалы и методы исследования

Основным объектом исследования выступило население Республики Казахстан в возрасте 12-55 лет.

Предметом исследования является клинико-психопатологические, клинико-психологические, социальные и социально-психологические характеристики, идентифицирующие принадлежность респондентов из общей выборки к определенным уровням психического и психологического здоровья.

Общая методология исследовательского процесса включала проведение масштабного кроссекционного эпидемиологического исследования населения РК на предмет выявления распространенности идентифицируемых уровней психического и психологического здоровья, в частности субклинических форм психических и поведенческих расстройств и состояний психологического дискомфорта, требующих активного профессионального вмешательства. Далее, полученные результаты, сравнивались с официальными статистическими данными о распространении определенных классов психических и поведенческих расстройств с выведением значений соотношения эпидемиологических данных и данных официальной статистики.

Материалы исследования

В настоящем исследовании нами используются четыре группы материалов исследования:

- материалы социально-демографического профиля;
- материалы медико-статистического профиля;
- материалы эпидемиологического профиля;
- материалы клинико-психопатологического профиля.

Материалы социально-демографического профиля включали данные, полученные из Агентства Республики Казахстан по статистике; данные по отчетам о человеческом развитии (Казахстан, 2004).

Материалы медико-статистического профиля включали данные из статистических сборников «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан» с анализом показателей первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ). Данные показатели приводятся нами по населению Республики в целом (на 100 тыс. населения РК), по детскому и подростковому населению РК (на 100 тыс. детского и подросткового населения) на период 1992-2003 г.г. В частности, эти показатели анализируются нами по каждому региону РК.

Первичная и общая заболеваемость по основным классам психических расстройств по МКБ-10 (психозы; психические расстройства непсихотического характера; органические психические расстройства (включая симптоматические); шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; аффективные расстройства; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых; умственная отсталость (в том числе легкая умственная отсталость); нарушение психологического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте; психические расстройства не уточненные) анализировалась нами по всем вышеназванным группам населения на период 1992-2003 г.г. Эти данные мы приводили по Республике Казахстан в целом.

Материалы эпидемиологического профиля включали данные многоуровневого эпидемиологического исследования, проведенного среди населения Республики Казахстан в 2003 г. Общая выборка составила 7997 человек в возрасте с 12 до 55 лет. Данные возрастные ограничения были обусловлены спецификой проводимого исследования, связанной с необходимостью определения как уровней психического, так и уровней психологического здоровья населения Республики Казахстан. Сопоставление основных групп данного профиля (группы низкого, среднего, высокого уровней пси-

хического здоровья; группы низкого, среднего, высокого уровней психологического здоровья), возможно лишь при условии соблюдения единых возрастных границ выборки. Между тем, стандартные критерии уровней психологического здоровья, определяемые базовой методикой (см. раздел 2.2 методы исследования) применимы лишь в отношении данной возрастной группы. Однако, несмотря на то, что возрастные характеристики выборки охватывают, в основном, доминирующее поколение населения РК (возраст 25-50 лет), в нее входят и представители восходящего поколения (12-24 года), а также представители нисходящего поколения (51-54 года). Таким образом, результаты, полученные в данной выборке, будут отражать ситуацию с распределением уровней психического и психологического здоровья населения РК в восходящем и нисходящем поколении.

Общая выборка (n=7997) в соответствие с основной методологией исследования распределялась на группы с высоким (n=2284), средним (n=4891) и низким (n=792) уровнями психического здоровья. А также на группы с высоким (n=372), средним (n=6486) и низким (n=1109) уровнями психологического здоровья.

Специальная выборка (n=2216), по всем параметрам сопоставимая с общей выборкой, состояла из респондентов, проживающих в г. Алматы, Кзылорде, Павлодаре, где проводился клинический эксперимент по выявлению субклинических форм психических и поведенческих расстройств, а также гипертрофированных реакций психологической адаптации в группах с низким уровнем психического и психологического здоровья.

Соответственно, из данной специальной выборки был сформирован: общая клиническая группа (n=637). Данная общая группа в соответствие с задачами исследования дифференцировалась на две подгруппы: подгруппа с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня (n=249) и подгруппа с проявлениями психологического дискомфорта (n=388). Подгруппа с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня далее дифференцировалась по нозологическому принципу с выделением следующих клинических подгрупп второго уровня: подгруппа органических психических расстройств (n=70); подгруппа эндогенных (шизофренических, шизотипических и бредовых) расстройств (n=11); подгруппа аффективных расстройств (n=49); подгруппа с расстройствами личности и поведения (n=25); подгруппа невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (n=56); подгруппа прочих психических и поведенческих расстройств (n=39).

Основные демографические, клинические, социальные и социально-психологические характеристики исследуемых общих групп и дифференцируемых подгрупп приводятся в основном тексте работы.

Материалы клинико-психопатологического профиля представлены 637 базисными исследовательскими картами (БИК), заполняемыми на тех респондентов проведенного эпидемиологического исследования, которые обратились в клиническую группу эксперимента в связи с имеющимися у них психическим или психологическим дискомфортом. Эти лица никогда ранее не обращались к специалистам психиатрам и не состояли на учете в специализированных учреждениях здравоохранения. Анонимность подобного обращения была гарантирована. Клинический эксперимент проводился в г.г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре.

Клинико-психопатологические критерии отнесения каких-либо выявляемых психических и поведенческих расстройств к определенной диагностической рубрике использовались в соответствие с МКБ-10. При этом в обязательном порядке учитывались общие для данного диагностического кластера и обязательные для устанавливаемого диагноза признаки.

В соответствии с условиями проведения клинического обследования диагноз специфических расстройств личности и поведения официально не выставлялся. Информация о лицах, проходивших экспериментальное клиническое обследование, в учреждения здравоохранения не направлялась. Респонденты данной клинической подгруппы при необходимости (вопросы дифференциальной диагностики) проходили патопсихологическое и инструментальное исследование. Далее, они получали необходимую консультативную помощь и рекомендации терапевтического плана.

Методы исследования

Основным инструментом исследования является опросник РНПЦ МСПН, предназначенный для многоуровневого мониторинга психического и психологического здоровья, наркологической ситуации в Республике Казахстан. Данный опросник, апробированный в ходе pilotных социологических исследований, является составной частью базисной, исследовательской карты (БИК), утвержденной в Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании с 2001 года. Его достоинством является возможность сопоставления уровней соматического, психического, психологического здоровья, а также основных социальных характеристик, характеристик личности и поведения респондентов. Опросник содержит 4 части (блоки), 12 разделов и 89 вопросов, предполагающих от 3 до 12 вариантов ответов. Непосредственно по теме настоящего исследования используются следующие разделы опросника:

- раздел 7 (социальный статус населения РК);
- раздел 8 (характеристика целей, ценностей и установок населения РК);
- раздел 9 (психологическое здоровье населения РК);

- раздел 10 (соматическое здоровье населения РК);
- раздел 11 (психическое здоровье населения РК);
- раздел 12 (отношение к собственному здоровью);
- раздел 13 (общие сведения).

Разделы 7-9 входят в социально-психологический блок опросника. Разделы 10-12 входят в валеологический блок. Четвертый блок (раздел 13) содержит общие сведения, являющиеся основными для определения социально-демографических характеристик общей выборки.

Социально-демографический метод исследования использовался нами с целью определения социально-демографических характеристик населения Республики Казахстан, а также некоторых социально-демографических характеристик общей выборки.

Социологический метод исследования использовался нами с целью выявления уровней психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан, взаимозависимости этих и других основных параметров исследования. В конечном итоге данная методология позволяет установить истинные потребности населения в специализированной психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи. Используемый нами вариант социологического метода включал сложную комбинацию собственно социологических, статистических и аналитических методик, адекватных поставленным задачам.

Статистический метод исследования использовался нами при оценке динамики распространения психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) среди населения республики Казахстан, а также при обработке результатов эпидемиологических исследований.

Клинико-психопатологический метод использовался нами при исследовании группы респондентов ($n = 637$), обратившихся в клиническую бригаду проекта, в связи с психическим или психологическим дискомфортом. Клинико-психопатологическим методом устанавливалось наличие одного или нескольких признаков психических расстройств субклинического уровня, которые, затем, квалифицировались по критериям МКБ-10. Данный метод применялся по отношению ко всем респондентам общей клинической группы. В случае, если каких либо психических расстройств не обнаруживалось и состояние дискомфорта объяснялось психологическими проблемами респондентов, клиническая группа проекта использовала в дальнейшей работе с респондентами клинико-психологический метод. На всех респондентов, обратившихся в клиническую бригаду проекта, заполнялся экземпляр базисной исследовательской карты (БИК).

Клинико-психологический метод исследования использовался нами в работе с группой респонден-

тов, обратившихся в клиническую бригаду проекта в связи с психологическим дискомфортом. Первоначально представителей данной группы исследовали с использованием клинико-психопатологического метода. В случае отсутствия, незначительной степени выраженности расстройств психики пограничного уровня и преобладании психологического дискомфорта (конфликта в системе отношений, внутриличностного конфликта и т.д.) респонденты исследовались клинико-психологическим методом, который выступал либо в качестве основного, либо вспомогательного (в случае необходимости сочетания данных подходов). Клинико-психологический метод использовался нами в классическом варианте (Kanter, Nag, 1982; Perrez, 1985), предусматривающим описание психологических особенностей индивида и ситуацию конфликта, квалификацию (классификацию) проблемного поля, выстраивание оцен-

ки и прогноза психологической динамики состояния. В случае необходимости респондентам данной подгруппы проводилось психологическое консультирование по стандартным методикам. Всего данным методом было исследовано 388 респондентов из данной группы ($n = 637$).

Результаты исследования

Официальные статистические данные о динамике показателей первичной и общей заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан в период 1992-2003 г.г. представлены в таблицах 1 и 2.

Официальные статистические данные о динамике показателей первичной и общей заболеваемости по профилю отдельных видов психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан в период 1992-2003 г.г. представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 1

Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами (без первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тысяч населения Республики Казахстан за 1992-2003 годы

Область год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Республика Казахстан	180,0	158,3	174,8	145,2	143,5	146,5	161,8	166,5	181,1	186,5	181,0	176,9
Акмолинская	183,5	196,2	132,7	171,1	156,3	198,8	235,3	208,6	257,5	208,5	195,1	201,1
Актюбинская	127,5	107,5	122,6	90,9	84,9	102,9	119,2	87,2	107,6	104,2	109,9	90,1
Алматинская	61,5	56,9	419,5	56,8	68,8	90,5	99,1	84,1	89,6	93,0	88,8	78,4
Атырауская	78,3	91,1	52,8	47,7	67,6	57,0	63,4	70,5	75,7	85,5	95,4	91,8
Восточно-Казахстанская	268,0	174,5	152,9	110,8	159,4	168,6	207,4	215,0	196,5	219,2	206,9	192,0
Жамбулская	105,6	54,1	75,4	52,4	52,0	66,6	91,2	74,5	85,9	147,3	149,1	146,3
Жезказганская	76,7	90,5	73,2	82,0	54,1	-	-	-	-	-	-	-
Западно-Казахстанская	187,1	124,5	113,9	194,8	136,3	162,3	170,8	187,1	196,5	214,2	259,6	260,4
Карагандинская	301,7	230,7	212,5	212,6	334,3	220,5	189,7	247,1	275,4	231,2	245,8	244,3
Кызылординская	112,9	93,5	73,9	85,6	101,7	142,1	186,9	196,3	168,2	158,6	146,9	160,2
Кокшетауская	160,9	90,1	74,4	145,5	143,3	-	-	-	-	-	-	-
Кустанайская	324,4	370,7	322,3	346,6	354,5	293,5	278,2	342,2	366,5	428,3	396,9	425,8
Мангистауская	119,7	83,5	89,5	52,8	63,5	107,7	137,8	108,1	104,1	122,7	83,1	109,9
Павлодарская	217,3	275,3	293,5	222,4	224,8	279,7	254,9	257,1	277,8	264,6	261,2	244,3
Северо-Казахстанская	216,7	160,6	189,8	157,7	117,1	104,3	123,1	145,6	248,8	224,3	216,9	178,4
Семипалатинская	268,4	225,0	227,5	228,6	178,8	-	-	-	-	-	-	-
Талды-Курганская	186,4	144,2	145,1	104,5	109,7	-	-	-	-	-	-	-
Торгайская	117,3	104,0	95,3	90,6	125,9	-	-	-	-	-	-	-
Южно-Казахстанская	65,0	63,3	67,3	56,6	44,9	43,0	53,7	75,9	83,9	99,5	93,3	94,5
г. Алматы	272,7	250,1	255,4	252,3	153,9	166,2	261,0	163,3	185,2	212,0	206,6	199,6
г. Ленинск	245,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
г. Астана	-	-	-	-	-	-	-	260,7	253,6	211,5	181,5	184,7
Республиканские учреждения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблица 2

Болезненность психическими и поведенческими расстройствами (без болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2003 годы

Область год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Республика Казахстан	1618,5	1628,5	1632,6	1638,5	1657,1	1721,8	1770,3	1864,3	1901,0	1940,1	1974,6	1999,7
Акмолинская	2016,6	2062,4	1970,9	2067,1	2088,0	2114,4	2199,0	2334,5	2198,0	26,67	2286,4	2399,6
Актюбинская	1232,1	1250,7	1301,8	1305,2	1287,8	1301,5	1329,1	1381,2	1369,0	1325,7	1288,5	1291,8
Алматинская	1244,8	1196,4	1221,1	1162,2	1128,7	1265,4	1353,9	1388,7	1370,0	1387,2	1417,8	1414,2
Атырауская	879,4	935,3	920,8	912,6	930,6	933,6	946,6	999,5	1028,0	1052,6	1110,8	1119,2
Восточно-Казахстанская	1755,2	1859,1	1811,7	1768,9	1823,2	1958,1	2047,6	2158,9	2207,0	2247,3	2322,6	2337,0
Жамбылская	1374,8	1393,1	1448,7	1469,4	1506,3	1527,3	1586,2	1638,0	1755,7	1823,9	1911,6	

Продолжение таблицы 2

Область год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Жезказганская	1211,4	1218,6	1219,5	1224,2	1189,2	-	-	-	-	-	-	-
Западно-Казахстанская	1874,4	1720,7	1697,7	1726,4	1674,4	1782,3	1882,8	20587,5	2149,0	2235,6	2306,4	2415,7
Карагандинская	2247,9	2290,2	2337,1	2423,1	2518,0	2319,9	2313,0	2536,4	2597,0	2657,2	2742,6	2782,0
Кызылординская	1749,7	1756,9	1785,8	1606,7	1640,7	1869,1	1950,1	2114,3	2190,0	2234,9	2264,7	2278,1
Кокшетауская	1827,8	1829,6	1796,8	1816,0	1864,7	-	-	-	-	-	-	-
Кустанайская	2680,0	2660,1	2640,3	2696,8	2770,9	2674,8	2773,1	2974,0	3008,0	3242,3	365,1	3265,0
Мангистауская	1343,7	889,5	938,9	1001,2	978,9	1068,1	1140,6	1292,0	1344,0	1325,5	1362,8	1388,6
Павлодарская	1704,0	1918,2	1898,4	1896,5	2026,8	2217,9	2344,9	2574,8	2705,0	2870,1	3029,4	3113,5
Северо-Казахстанская	2028,9	2059,4	2296,2	2296,4	2426,8	2229,4	2311,3	2665,3	2744,0	2870,6	2976,3	3070,1
Семипалатинская	1789,7	1916,7	2031,5	2051,1	2055,8	-	-	-	-	-	-	-
Талды-Курганская	1529,8	1505,5	1522,7	1462,5	1449,3	-	-	-	-	-	-	-
Торгайская	1322,6	1375,7	1376,0	1353,3	1448,5	-	-	-	-	-	-	-
Южно-Казахстанская	888,3	884,9	889,1	875,2	866,6	862,8	862,0	878,3	247,0	973,5	981,6	1024,8
г. Алматы	1488,2	1431,0	1426,5	1407,6	1381,4	1451,7	1475,2	1470,2	1538,0	1562,7	1577,1	1565,5
г. Ленинск	714,6	665,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
г. Астана	-	-	-	-	-	-	-	2007,7	1976,0	1394,0	1440,8	1501,9
Республиканские учреждения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблица 3

Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств по Республике Казахстан (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) – всего, в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2003 годы

ППР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Психозы	30,8	27,6	26,2	27,8	29,0	--	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	13,6	11,4	11,4	12,4	13,4	--	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	118,0	104,2	124,4	90,9	88,8	--	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	49,4	49,4	54,4	66,0	71,1	70,8	72,0
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	17,8	18,1	18,3	18,7	19,2	19,0	18,5
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	13,2	11,9	12,1	11,7	12,6	11,3	11,1
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	2,9	2,9	2,9	2,8	2,7	2,6	3,0
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	20,0	19,5	17,8	16,9	16,5	18,4	16,4
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	1,9	1,2	1,2	1,1	0,8	0,7	0,7
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	5,7	5,3	6,0	5,1	5,8	5,7	5,3
Умственная отсталость, всего	32,2	26,5	24,3	26,5	25,6	28,1	40,3	40,2	43,9	43,2	40,2	36,5
Из них:	--	--	--	--	--	20,1	28,0	27,3	27,2	26,1	24,2	22,7
легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	13,2	16,5	17,1	18,8	18,6	15,4	16,1
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	7,0	8,8	8,5	7,6	8,4	8,1	8,1
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинаяющиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 4

Контингент больных с психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Республике Казахстан, в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2003 годы

ППР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Психозы	--	503,1	502,7	500,3	501,2	--	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	--	291,4	301,0	299,4	300,5	--	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	--	593,5	604,0	603,7	616,9	--	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	474,8	492,6	519,3	542,0	566,3	592,7	613,5
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	231,0	331,6	344,3	345,4	346,3	345,4	347,0

Продолжение таблицы 4

ПНР	год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	278,4	276,2	287,8	284,1	284,1	280,8	279,8	
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	25,8	26,4	25,4	25,7	25,8	25,5	25,8	
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	124,0	125,1	132,9	132,2	133,7	134,3	130,8	
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	20,0	20,7	19,8	19,2	18,1	17,3	16,4	
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	59,9	58,2	60,8	61,7	62,7	65,4	65,7	
Умственная отсталость, всего	--	519,9	525,8	534,5	539,0	564,7	588,6	629,2	644,3	653,9	660,5	665,4	
Из них: легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	423,7	435,6	470,8	470,3	465,6	467,2	465,9	
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	81,3	86,6	89,8	86,7	89,7	89,4	90,8	
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	39,8	39,7	42,0	42,6	42,7	43,4	43,5	
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	13,1	0,6	0,6	0,6	--	--	--	

Анализ динамики официальных статистических показателей первичной и общей болезненности по основным нозологическим профилям психической патологии среди населения Республики Казахстан в целом, детского и подросткового населения показывает общую тенденцию к неравновесной динамике данного показателя по профилю общих психозов, в том числе аффективных психозов и шизофрении. Отмечается стабильный рост распространенности органических психических расстройств среди всех групп населения, рост умственной отсталости, а также отчетливая динамика роста по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, нарушений психологического развития. Наиболее распространенными классами расстройств психики являются умственная отсталость и органические психические расстройства. В общей сложности они составляют до 50% сектора психиатрической патологии в РК. До 30% составляют эндогенные психозы (шизофрения, шизотические и бредовые расстройства; аффективные расстройства). Остальные 20% приходятся на функциональные психические расстройства (в том числе, невротические), расстройства личности, нарушения развития. Данная структура первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК в рассматриваемый период времени остаётся достаточно стабильной. Отсюда следует вывод, что службы

психического здоровья, в частности, система психиатрической помощи населению, ориентирована на выявление дефицитарной, органической и психотической психической патологии. Данные официальной статистики не дают реального представления об истинной распространенности пограничных, непсихотических (функциональных и субклинических) форм психических нарушений и не могут, в полной мере, являться основанием для планирования развития служб психического здоровья.

Эпидемиологическое исследование, проведенное в 2003 году среди групп населения с возрастом 12-55 лет, позволило установить следующую интенсивность распределения высоких, средних, низких уровней психического здоровья среди исследуемой возрастной группы населения РК (таблица 5).

Из данных, представленных в таблице 5 следует, что высокий уровень психического здоровья распределен среди 28,7% населения исследуемой возрастной группы; средний уровень – среди 61,4%; низкий уровень психического здоровья обнаруживается у 9,9% населения исследуемой возрастной группы. В целом, эти данные согласуются с результатами многих эпидемиологических исследований, устанавливающих истинную распространенность психических расстройств среди населения в различных регионах мира.

По всем основным исследуемым параметрам (гендерным, возрастным, образовательным, уровню доходов, семейному статусу, профессионально-

Таблица 5

*Распределение уровней психического здоровья среди населения РК возраста 12-55 лет на 2003 год
(n=7997)*

Параметры Уровни	Высокое психическое здравье (n=2284)		Низкое психическое здравье (n=792)		Среднее психическое здравье (n=4891)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Значения выборки	2284	28,7	792	9,9	4891	61,4

му статусу, этнической принадлежности, географической принадлежности, уровню соматического здоровья, степени заинтересованности собственным здоровьем, степени выраженности позитивных установок, характеру социальной динамики, скорости адаптации, степени религиозности, степени вовлечения в зависимость от психоактивных веществ) идентифицированные группы с высоким, средним и низким уровнями психического здоровья имеют достоверные и существенные отличия.

Данные отличия выявляются как при сопоставлении основных исследуемых параметров по группам с высоким и низким, так и при сопоставлении групп с высоким и средним уровнями психического здоровья. Однако в последнем случае их интенсивность менее выражена.

Проведенное исследование позволяет утверждать, что усредненные характеристики индивида с высоким уровнем психического здоровья, проживающего в Республике Казахстан, следующие. Наиболее вероятно, что это мужчина молодого возраста (до 26 лет), коренной национальности, с начальным или высшим образованием, относительно высоким уровнем доходов, проживающий с семьей, работающий в силовых ведомствах, проживающий в г. Астана (или Западно-Казахстанском регионе), физически здоровый, в высокой степени заинтересован в собственном здоровье. Ему присущи позитивные цели и установки. Он успешно продвигается по службе; сравнительно легко и быстро адаптируется к различным ситуациям. Достаточно ин-

тенсивно вовлечен в религиозное мировоззрение. Не курит. Не обнаруживает признаков алкогольной зависимости.

Усредненные характеристики индивида с низким уровнем психического здоровья следующие. Наиболее вероятно, что это женщина 48-55 лет, украинской национальности, со средним образованием, низким уровнем доходов, не имеющая родственников, работающая в системе образования, проживающая в г. Алматы (или Северо-Казахстанском регионе), с низким уровнем физического (соматического) здоровья, низким уровнем заинтересованности в собственном здоровье. Ее характеризует отсутствие позитивных целей и установок, нисходящая социальная динамика (понижение по службе). Она с трудом и медленно адаптируется к переменам. Не вовлечена в религиозное мировоззрение. Курит. Склонна к употреблению алкоголя.

Таким образом, принадлежность к группе с высоким уровнем психического здоровья однозначно соотносится с высоким потенциалом биологической и социальной адаптации. А принадлежность к группе с низким уровнем психического здоровья – соответственно, с низким потенциалом биологической и социальной адаптации.

Эпидемиологическое исследование, проведенное в 2003 году среди групп населения с возрастом 12-55 лет, позволило установить следующую интенсивность распределения высоких средних, низких уровней психологического здоровья среди исследуемой возрастной группы населения РК (таблица 6).

Таблица 6

*Распределение уровней психологического здоровья среди населения РК возраста 12-55 лет на 2003 год
(n=7997)*

Параметры Уровни	Высокое психологическое здравье (n=372)		Низкое психологическое здравье (n=1109)		Среднее психологическое здравье (n=6486)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Значения выборки	372	4,7	1109	13,9	6486	81,4

Из данных, приведенных в таблице 6, следует, что высокий уровень психологического здоровья распределен среди 4,7% населения РК соответствующей возрастной группы; средний уровень – среди 81,4% населения; низкий уровень психологического здоровья представлен среди 13,9% населения РК исследуемой возрастной группы. Полученные данные свидетельствуют о существенных различиях в распределении уровней психологического здоровья среди населения РК. Общий дифферент различий в данном случае существенно более выражен, чем при распределении уровней психологического здоровья. Так, показатель соотношения распределения высокого и среднего уровней психологического здоровья составляет 17,3 (2,14 для соответствующих уровней

психического здоровья); показатель соотношения среднего и низкого уровней психологического здоровья составляет 5,8 (6,2 для соответствующих уровней психологического здоровья); показатель соотношения высокого и низкого уровней психологического здоровья составляет 2,95 (2,9 для соответствующих уровней психологического здоровья). Таким образом, дифферент различий наиболее выражен для первой и последней группы соотношений (в последнем случае для сравниваемых уровней психологического здоровья данное соотношение будет отрицательным, для соответствующих уровней психологического здоровья – положительным).

По всем основным исследуемым параметрам (гендерным, возрастным, образовательным, уров-

нию доходов, семейному статусу, профессиональному статусу, этнической принадлежности, географической принадлежности, уровню соматического здоровья, степени заинтересованности собственным здоровьем, степени выраженности позитивных установок, характеру социальной динамики, скорости адаптации, степени религиозности, степени вовлечения в зависимость от психоактивных веществ) идентифицированные группы с высоким, средним и низким уровнями психологического здоровья имеют достоверные и существенные различия.

Проведенные исследования позволяют утверждать, что усредненные характеристики индивида с высоким уровнем психологического здоровья, проживающего в Республике Казахстан, следующие. Наиболее вероятно, что это мужчина возраста 15-20 лет корейской национальности с высоким уровнем доходов, проживающий с первой (родительской) семьей, в настоящее время не работающего, а получающего высшее образование (принадлежность к группе учащейся молодежи), проживающий в Западно-Казахстанском регионе, с высоким уровнем соматического здоровья, высокой степенью заинтересованности в собственном здоровье, выраженным позитивными целями и установками, восходящей социальной динамикой (продвижение в учебе с перспективным повышением социального статуса), высокой скоростью и качеством адаптации в меняющейся ситуации, средней степенью вовлечения в религиозное мировоззрение, не курящего, с отсутствием признаков алкогольной зависимости.

Усредненные характеристики индивида с низким уровнем психологического здоровья следующие. Несколько более вероятно (1,16:1, при $p<0,01$), что это женщина в возрасте от 48 до 55 лет и старше, со славянской этнической принадлежностью, со средним образованием, низким уровнем доходов, не имеющая собственной семьи, работающая в государственном секторе (госслужба), со средним уровнем соматического здоровья, и средней степенью заинтересованности в собственном здоровье, средней и низкой степенью выраженности позитивных целей и установок, нейтральной социальной динамикой, низкой скоростью адаптации к изменяющимся условиям, низкой степенью вовлечения в религиозное мировоззрение, с более высокой вероятностью вовлечения в зависимость от табака.

Дифферент между представителями группы с высоким и низким уровнями психологического здоровья был наиболее выраженным по профилю социально-психологических параметров, оценивающих общий уровень и качество адаптации индивида. Следовательно, принадлежность к группе с высоким уровнем психологического здоровья соотносится, прежде всего, с высоким потенциалом психологической адаптации и устойчивости индивида. А принадлежность к группе с низким уровнем психологического здоровья – соответственно, с

низким потенциалом психологической адаптации и устойчивости индивида.

В ходе проведенного исследования выяснилось, что из 16 групп факторов (65 факторов, учитываемых при распределении уровней психического и психического здоровья) монополярные (общие) тенденции в распределении категорий психического и психологического здоровья отмечались в следующих группах:

- общая тенденция распределения уровней психического и психологического здоровья среди населения РК (объемные соотношения высоких, средних и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья);
 - группа гендерных факторов;
 - группа возрастных факторов;
 - группа факторов материального благосостояния;
 - группа семейных факторов;
 - группа факторов соматического здоровья;
 - группа факторов заинтересованности в собственном здоровье;
 - группа факторов наличия позитивных целей и установок;
 - группа факторов социальной динамики;
 - группа факторов скорости адаптации;
 - группа факторов зависимости от табака;
 - группа факторов зависимости от алкоголя.
- Итого – 11 групп факторов.

Разнополярные тенденции отмечались в следующих группах факторов:

- группа факторов образования;
- группа профессиональных факторов;
- группа национальных факторов;
- группа региональных факторов;
- группа факторов вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Итого – 5 групп факторов.

Из 65 учитываемых при распределении уровней психического и психологического здоровья факторов по 7-ми из них обнаружены разнополярные тенденции в распределении категорий (уровней) психического и психологического здоровья:

- фактор высшего образования (позитивная зависимость с высоким уровнем психологического здоровья и негативная с высоким уровнем психического здоровья);
 - фактор занятости в системе образования;
 - фактор занятости в госслужбе;
 - фактор корейской национальности;
 - фактор высокой степени вовлеченности в религиозное мировоззрение;
 - фактор средней степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Таким образом, рассматриваемые уровни функциональной активности психики (психическое и психологическое здоровье), в основном, однополярно реагируют на вышеприведенные системы факторов, оказывающих влияние на распределение исследуемых уровней здоровья.

В тоже время, интенсивность данной реакции весьма различна. При монополярном типе распределения уровней психологического и психического здоровья наиболее выраженные различия между сравниваемыми категориями прослеживались по следующим группам факторов, в порядке убывания степеней различий:

- наличие позитивных целей и установок;
- социальная динамика;
- скорость адаптации;
- материальное благосостояние;
- возрастной фактор.

При разнополярном распределении уровней психического и психологического здоровья основные факторы по степени различий располагались в следующем порядке:

- фактор занятости в системе образования;
- фактор корейской национальности;
- фактор высшего образования;
- фактор занятости в госслужбе;
- фактор проживания в г. Астана;
- фактор высокой степени вовлеченности в религиозное мировоззрение;
- фактор средней степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Внутрикатегориальная активность системы факторов для распределения уровней психического здоровья (в данном случае речь идет о дифферентах распределения высокого и низкого уровней) выглядела следующим образом в порядке убывания степени активности:

- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,3:1);
- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,1:1);
- фактор принадлежности к высокому уровню соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 4,16:1);
- фактор занятости в силовых ведомствах (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 3,55:1);
- фактор нисходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 3,5:1);
- фактор возрастной группы 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 2,9:1);
- фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,67:1);
- фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,39:1);

- фактор высокой заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,24:1);

- фактор наличия средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,23:1);

- фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,18:1);

- фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,15:1).

Таким образом, 12 факторов из 65 для категории психического здоровья имели дифферент активности внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровня психического здоровья в пределах 6,3-2,15. Остальные 53 фактора имели дифферент в пределах 2-1,04.

Внутрикатегориальная активность системы факторов для распределения уровней психологического здоровья (в данном случае представлены дифференты распределения высокого и низкого уровней) в порядке убывания степени активности выглядела следующим образом:

- фактор средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 66,87:1);
- фактор восходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 52:1);
- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 28:0);
- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 21,6:0);
- фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 20,4:1);
- фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 7,78:1);
- фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 7,1:1);
- фактор принадлежности к возрастной группе 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 5,78:1);

- фактор наличия выраженной степени позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 5,36:1);
- фактор высокой степени заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,9:1);
- фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 4,7:1);
- фактор принадлежности к группе с высоким уровнем соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,65:1);
- фактор принадлежности к возрастной группе 17-21 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,42:1);
- фактор низкого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 4,04:1);
- фактор принадлежности к профессиональной группе, занятой в системе образования (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 3,3:1);
- фактор принадлежности к корейской национальности (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 3,07:1);
- фактор проживания с первой (родительской) семьей (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 2,69:1);
- фактор принадлежности к украинской национальности (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 2,29:1).

Таким образом, 18 факторов из 65 для категории психологического здоровья имели дифферент активности внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья в пределах 66,87-2,29. Остальные 47 факторов располагались в зоне дифферента от 2 до 1,1.

Сравнение особенностей внутрикатегориальной активности рассматриваемой системы факторов в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья (иерархия признаков по степени регрессионной динамики, разница в показателях дифферента, общее количество признаков со значениями дифферента >2) показывает существенную разницу по всем анализируемым направлениям:

- общее количество наиболее активных, в отношении распределения высоких и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья факторов, для

психического здоровья составило - 12, для психологического – 18, что говорит о сравнительно большей степени динамичности и чувствительности к внешним воздействиям категории психологического здоровья;

- значения дифферентов для группы активных факторов в отношении распределения изучаемых уровней психологического здоровья на порядок превышали значения дифферентов для группы активных факторов категории психологического здоровья (66,87-2,29 и 6,3-2,15), что также свидетельствует о более динамичной организации данного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье);

- особенности иерархии построения системы факторов, в зависимости от степени регрессионной динамики активности в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья, показывают, что для категории психологического здоровья наиболее дифференциально-активными являются социальные и биологические факторы. Для категории психологического здоровья – социальные.

Факторная активность в отношении асимметричного (параллельного) распределения высоких, средних и низких уровней психического и психологического здоровья выглядела по степени убывания следующим образом:

- группа факторов, характеризующих позитивные цели и установки;
- группа факторов, характеризующих скорость адаптации;
- группа факторов, характеризующих социальную динамику;
- группа факторов, характеризующих уровень доходов (благосостояние);
- группа факторов, характеризующих семейный статус;
- группа факторов, характеризующих степень вовлеченности в религиозное мировоззрение;
- группа факторов, характеризующих образовательный статус;
- группа факторов, характеризующих уровень соматического здоровья;
- группа возрастных факторов;
- группа профессиональных факторов;
- группа факторов, характеризующих этническую принадлежность;
- группа факторов, характеризующих региональную принадлежность;
- группа факторов, характеризующих степень заинтересованности собственным здоровьем;
- группа факторов табачной зависимости;
- группа факторов алкогольной зависимости.

Таким образом, из 15 групп факторов (в данной иерархии не учитывался фактор объемного распределения выборки по уровням психического и психологического здоровья) 7 первых групп представ-

ляют собой социальные факторы, обладающие наибольшей степенью активности в отношении внутренкатегориального распределения уровней психологического здоровья. Следовательно, наибольшие различия рассматриваемых категорий здоровья сосредоточены в скорости и особенностях реагирования на социальную ситуацию.

В отношении социально-значимых факторов (материальное благосостояние, вовлеченность в религиозное мировоззрение, зависимость от психоактивных веществ, наличие позитивных целей и установок, социальная динамика, самоорганизующая активность личности по отношению к собственному здоровью), являющихся предикторами социальных эпидемий бедности, религиозного фанатизма и экстремизма, наркозависимости и т.д., а также основой современного направления психогигиены и психопрофилактики, отмечается значительно более выраженная вовлеченность категории психологического здоровья, чем психического. Следовательно, основной акцент в соответствующих профилактических стратегиях должен делаться на форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья.

Результаты исследования по данному разделу показывают, что в био-психо-социальной модели и функциональной активности психики категория психологического здоровья, в большей степени, представляет вектор био-социальной функциональной активности. Категория психологического здоровья представляет вектор психо-социальной активности. Категория психологического здоровья, как более подвижный и динамичный уровень функциональной активности личности, является наиболее действенной сферой приложения специальных и общих психогигиенических и психопрофилактических стратегий и программ.

Проведенное нами кроссекционное исследование в региональной выборке ($n=2216$), позволило установить, что уровень распространения субклинических форм психических и поведенческих расстройств в группе населения с возрастом от 12 до 55 лет составил 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель распространенности психических и поведенческих расстройств по Республике Казахстан в целом (по данным на 2003 год). Данный показатель приближается к выявленному значению интенсивности распределения низкого уровня психологического здоровья среди исследуемой группы населения (9,9%) – соотношение 1,13.

Основной нозологический спектр подгруппы лиц с выявленными субклиническими формами психических и поведенческих расстройств (клиническая подгруппа $n=249$) представлен следующими классами состояний, соответствующих рубрикации МКБ-10:

- органические психические расстройства (F00 – F09) – 70 респондентов;

- шизофрения, шизотипические и бредовые состояния (F20 – F29) – 11 респондентов;
- аффективные расстройства (F30 – F39) – 49 респондентов;
- расстройства личности и поведения (F60 – F69) – 25 респондентов;
- невротические, связанные со стрессом, и somatoформные расстройства (F40 – F48) – 56 респондентов;
- прочие психические и поведенческие расстройства (F5; F8; F99) – 39 респондентов.

При этом по классу органических психических расстройств оказалась возможной дальнейшая дифференциация психических и поведенческих расстройств, проводимая с учётом диагностических критерииев МКБ-10:

- органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.61) – 22 респондента;
- легкое когнитивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.71) – 17 респондентов;
- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.361) – 10 респондентов;
- органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.60) – 7 респондентов;
- легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.70) – 6 респондентов;
- органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41) – 4 респондента;
- субклинические психопатологические проявления органического круга, которые, в связи с недостаточностью информации и степенью соответствия диагностическим критериям МКБ-10 затруднительно было отнести к какой-либо определенной диагностической рубрике данного раздела (в основном, это нестабильные и клинически неоформленные астенические, неврозоподобные, аффективные и пароксизмальные (по типу вегето-сосудистых кризов) синдромы) были определены как: неуточненные психические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.998) – 4 респондента.

По классу эндогенных психических и поведенческих расстройств (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) было установлено соответствие выявленных клинико-психопатологических проявлений следующим диагнозам:

- ипохондрическая шизофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии (F20.8061) – 4 респондента;
- сенестопатическая шизофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии (F20.8062) – 2 респондента;
- латентная шизофрения (F21.1) – 2 респондента;

- псевдоневротическая шизофрения (F21.3) – 1 респондент;
- остаточная шизофрения с дефектом (F20.5) – 1 респондент;
- постшизофреническая депрессия (F20.4) – 1 респондент.

По классу аффективных расстройств было установлено соответствие следующим диагнозам:

- легкий депрессивный эпизод (F32.0) – 22 респондента;
- дистимия (F34.1) – 15 респондентов;
- умеренный депрессивный эпизод (F32.1) – 8 респондентов;
- циклотимия (F34.0) – 3 респондента;
- биполярное аффективное расстройство без соматизации (F31.30) – 1 респондент.

По классу расстройств личности и поведения было установлено соответствие следующим диагнозам:

- тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности (F60.6(1-3)) – 5 респондентов;
- смешанное расстройство личности (F61.0(1-3)) – 5 респондентов;
- расстройство типа зависимой личности (F60.7(1-3)) – 4 респондента;
- патологическое влечение к азартным играм (F63.03) – 4 респондента;
- стойкие изменения личности после пережитого стресса (катастроф) (F62.0(1-3)) – 2 респондента;
- анакастное расстройство личности (F60.53) – 2 респондента;
- шизоидное расстройство личности (F60.11) – 1 респондент;
- расстройство психосексуального созревания (развития) (F66.03) – 1 респондент;
- параноидное развитие личности (F60.03) – 1 респондент.

По классу невротических, связанных со стрессом, и соматизированных расстройств было установлено соответствие следующим диагнозам:

- кратковременная депрессивная реакция на ситуацию (F43.20) – 17 респондентов;
- расстройство адаптации с преобладанием других эмоций (F43.23) – 10 респондентов;
- пролонгированная депрессивная реакция на ситуацию (F43.21) – 6 респондентов;
- смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – 5 респондентов;
- посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – 4 респондента;
- соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3) – 3 респондента;
- недифференцированное соматизированное расстройство (F45.1) – 3 респондента;
- ипохондрическое расстройство (F45.2) – 3 респондента;
- неврастения (F48.0) – 3 респондента;
- генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 1 респондент.

По классу прочих психических и поведенческих расстройств критерии диагностического соответствия были установлены для следующих нозологических единиц:

- бессонница неорганической этиологии (F51.0) – 16 респондентов;
- первая булимия (F50.1) – 4 респондента;
- снохождение (сомнамбулизм) (F51.3) – 4 респондента;
- сексуальная дисфункция (потеря сексуально-влечения) (F52.0) – 3 респондента;
- расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91) – 2 респондента;
- несоциализированное расстройство поведения (у подростков) (F91) – 2 респондента.

Для других случаев, входящих в данную клиническую подгруппу, оказалась возможной диагностика лишь на синдромальном уровне без дальнейшей дифференциации по нозологической принадлежности. Таким образом, были идентифицированы следующие психопатологические синдромы:

- синдром деперсонализации – дереализации (3 респондента);
- психовегетативный синдром с вегетативными кризами, возникающими по типу неочерченных пароксизмов (3 респондента);
- дистимический синдром (с неустойчивыми и кратковременными состояниями, которые можно квалифицировать как дистимия) (2 респондента).

Обобщенные данные по нозологической спецификации выявленной в подгруппе лиц с субклиническими формами психических и поведенческих расстройств представлены в таблице 7.

Анализ соотношения сведений о распространенности отдельных классов психических и поведенческих расстройств в сравнение с данными официальной статистики показал следующее.

По профилю психических и поведенческих расстройств органического генеза эпидемиологический показатель распространенности (3,16%) существенно превышает показатель официальной статистики (0,61%) – соотношение 5,15 ($p<0,01$).

По профилю шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств получены следующие данные. Эпидемиологический показатель (0,49%) превышает официально зарегистрированный (0,28%) в 1,41 ($p<0,01$).

По профилю аффективных расстройств – эпидемиологический показатель распространенности (2,21%) превышает официальный (0,026%) в 85,66 ($p<0,01$).

По профилю расстройств личности и поведения эпидемиологический показатель (1,13%) превышает официальный статистический показатель (0,066%) в 17,17.

По профилю невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств эпидемиологический показатель (2,53%) превышает официальный статистический (0,13%) в 19,32.

Таблица 7

Основной нозологический спектр подгруппы субклинических форм психических и поведенческих расстройств ($n=249$) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года среди населения РК с возрастом 12–55 лет (выборка ($n=221$))

органические психические расстройства		шизофрения, шизотипич- сные и бредовые состояния	аффективные рас- стройства	расстройства личности и поведения	невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	прочие психические и пове- дениеческие расстройства
органическое эмоционально-табильное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.61)	22	ипохондрическая ши- зофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии (F20.80/61)	4	легкий депрес- сивный эпизод (F32.0)	тревожное (указываю- щееся, избегающее) расстройство личности (F60.6/1-3)	бессонница неограничен- ской этиологии (F51.0)
легкое когнитивное расстройство в связи с сосуди- стым заболеванием головного мозга (F06.71)	17	шизофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии (F20.80/62)	2	дистимия (F34.1)	смешанное расстрой- ство личности (F60.0/1-3))	кратковременная депре- сивная реакция на ситуа- цию (F43.20)
непсихотическое депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.361)	10	латентная шизофрения (F21.1)	2	умеренный дей- зод (F32.1)	расстройство типа зависимой личности (F60.7/1-3))	нервная булимия (F50.1)
органическое эмоционально-табильное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.60)	7	псевдоневротическая шизофрения (F21.3)	1	цикlothимия (F34.0)	пролонгированная дей- зодивая реакция на ситуацию (F43.21)	снохождение (сомнамбу- лизм) (F51.3)
легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.70)	6	остаточная шизофрения с дефицитом (F20.5)	1	биполярное аффек- тивное расстройство без соматизации (F31.30)	умышленное тревожно- депрессивное расстрой- ство (F41.2)	сексуальная дисфункция (потеря сексуального влечения) (F52.0)
органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41)	4	постшизофреническая депрессия (F20.4)	1	акнеастное расстрой- ство личности (F60.53)	посттравматическое личности после пере- житого стресса (ката- строф) (F62.0/1-2))	расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91)
субклинические психологические проявления органического крауза, которые, в связи с недоста- точностью информации и степенью соответствия диагностическим критериям МКБ-10 затрудни- тельно было отнести к какой-либо определенной диагностической рубрике данного раздела (в ос- новном, это нестабильные и клинически необфор- мленные астенические, неврозоподобные, аффек- тивные и пароксизматические (по типу вегето- сосудистых кризов) синдромы) были определены как неутонченные психические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.998)	4			шизоидное рас- стройство личности (F60.11)	1	3
				шизоидное расстрой- ство личности (F60.11)		3
				паранoidное развитие личности (F60.03)	навязчивости (F48.0)	3
				расстройство психо- сексуального созрева- ния (развития) (F66.03)	шизоидное рас- стройство (F45.2)	3
				паранoidное развитие личности (F60.03)	навязчивости (F45.2)	3
					психовегетативный син- дром с вегетативными кризисами, возникающими по типу неограниченных периодов	3
					дистимический синдром (с неустойчивыми и кратковременными со- стояниями, которые можно квалифицировать как дистимия)	2
					генерализованное тре- вожное расстройство (F41.1)	1

По профилю прочих психических и поведенческих расстройств эпидемиологический показатель (1,76%) превышает официальный статистический, высчитываемый без учета умственной отсталости (0,15%) в 11,73.

Обобщенные данные, показывающие соотношение эпидемиологических и официальных статистических показателей по отдельным нозологическим профилям, представленным в таблице 8.

Таблица 8

Соотношение официальных статистических и эпидемиологических (данные 2003 года) показателей распространенности основных классов психических и поведенческих расстройств среди населения РК

№ группы	Обозначение исследуемых групп	Абсолютные зна- чения	Эпидемиологи- ческие данные	Значения довери- тельного интерва- ла	Данные офици- альной статистики	Соотношение по- казателей
1	Общая клиническая группа	637	28,74%	±3,5%	-	-
2	Общая подгруппа с клинико- психопатологическими проявлениями субкли- нического уровня	249	11,24%	±3,9%	2%	5,62
3	Подгруппа с проявлениями органического ре- гистра	70	3,16%	1<>9%	0,61%	5,15
4	Подгруппа с проявлениями эндогенного ре- гистра (шизофрения, шизотипические бредовые состояния)	11	0,49%	0<>29%	0,28%	1,41
5	Подгруппа с проявлениями аффективного ре- гистра	49	2,21%	0<>10%	0,026%	85,66
6	Подгруппа с расстройствами личности и пове- дения	25	1,13%	0<>15%	0,066%	17,7
7	Подгруппа с невротическими, связанными со стрессами и соматоформными проявлениями	56	2,53%	0<>11%	0,13%	19,32
8	Подгруппа с прочими клинико- психопатологическими проявлениями	39	1,76%	0<>12%	0,15%	11,73
9	Подгруппа с психологическим дискомфортом	388	17,5%	±3,7%	-	-

Полученные результаты показывают, что наиболее распространенными классами психических и поведенческих расстройств по данным эпидемиологического исследования являются компенсированные субклинические формы психических и поведенческих расстройств органического регистра. На втором месте идут невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. На третьем – аффективные расстройства. И на четвертом – расстройства личности и поведения. Группа психических расстройств эндогенного регистра (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) занимают пятое место. В то же время показатель соотношения полученных эпидемиологических данных и данных официальной статистики по анализируемым нозологическим группам демонстрируют, что наиболее сложной и неохваченной диагностической активностью служб психического здоровья в РК является группа аффективных расстройств (дифферент – 85,66). Далее – группа невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (дифферент – 19,31), а также

группа расстройств личности и поведения (дифферент – 17,17). Следом идет класс прочих психических расстройств с дифферентом 11,73. Соответственно, класс органических расстройств здесь занимает пятое место (дифферент – 5,15). А класс шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – соответственно шестое место с дифферентом 1,412.

Такое расхождение в показателях истинной распространенности и потенциала выявляемости среди отдельных классов психических и поведенческих расстройств указывает на то, что наиболее сложными в плане ранней и дифференцированной диагностики являются субклинические проявления аффективных (депрессивных) и невротических расстройств.

Основные клинико-психопатологические характеристики дифференцируемых по нозологическому принципу клинических подгрупп представлены следующим образом.

По профилю органических психических расстройств:

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.61 (Органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга) выражались в постоянной эмоциональной несдержанности, лабильности, продолжающейся свыше полугода; физической и психической утомляемости, препятствующей выполнению работы, требующей высоких и постоянных нагрузок; часто отмечались головные боли, головокружение, а также неприятные ощущения по типу «вегетативной волны». При этом имели значения сведения о повышении артериального давления, в также данные инструментального обследования, свидетельствующие о склеротическом поражении сосудистой системы.

Соответствие диагностическим критериям вышеуказанной рубрике (F06.61) было установлено для 22 респондентов. Для которых длительность выявленного расстройства определялась от 0,5 года до 4-х лет (то есть, относительно небольшие сроки). При этом диагноз психического заболевания респондентам данной, клинической подгруппы, в соответствие с условиями эксперимента, официально не выставлялся. Респонденты, обратившиеся в клиническую группу эксперимента, получали: дополнительное диагностическое обследование при необходимости; консультацию в отношение имеющихся у них расстройств; рекомендации по лечению и профилактике обострений.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.71 (Легкое когнитивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга), выражались: в жалобах и объективных признаках снижения оперативной памяти и скорости процессов запоминания; трудности в усвоении новой информации, в частности, в обучении; в снижении способности концентрации на актуальных задачах на длительное время; ощущении психологической усталости при попытках решения умственных задач; субъективном ощущении трудностей, возникающих при обучении какому-либо новому процессу. При этом также имели значения: сведения о повышении артериального давления и проявлениях атеросклероза в течение достаточно длительного времени; данные объективного (инструментального) обследования, свидетельствующие о заинтересованности сосудистой системы. А также сама по себе стабильность и длительность отмечаемых расстройств (свыше 0,5 года). Стандартная процедура в отношение отказа от официальной регистрации диагноза, консультирования и обоснованных рекомендаций выдерживались и в отношение данной категории респондентов. Соответствие диагностическим критериям вышеуказанной рубрики (F06.71) было установлено для 17 респондентов. Сроки длительности имеющихся расстройств по данной нозологической группе определялись от 0,5 года до 5 лет.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.361 (Непсихотическое депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга) выражались, в основном, в достаточно очерченных эпизодах сниженного настроения; утрате интересов и способности получать удовольствие от тех занятий и вещей, которые ранее такое удовольствие доставляли; повышенной утомляемости. Следует отметить, что принималась во внимание продолжительность такого рода эпизодов от 3-х недель и выше. В квалификации данного состояния под соответствующей рубрикой сосудистого заболевания мозга имели значения: сведения о предшествующем сосудистом неблагополучии – транзиторной или стойкой гипертензии, атеросклерозе, соответствующие объективные, инструментальные данные и т.д. Диагностические критерии по вышеуказанной рубрике (F06.361) были установлены для 10 респондентов. Сроки длительности фиксируемых расстройств колебались от 0,5 до 3-х лет. Стандартная процедура обследования, консультирования и выдачи рекомендаций выдерживались полностью.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.70 (Легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга), выражались: в нерезком снижении оперативной памяти и процессов запоминания на фоне эпизодических (или более стойких) головных болей; трудностях в учебе и овладевании новыми навыками, трудностях в умственной концентрации на достаточно длительное время; чувство психологической усталости при умственной работе. Имели значения: сведения о полученных однократных или многократных черепно-мозговых травмах; данные объективного и инструментального исследования, подтверждающие наличие микроочаговой неврологической симптоматики. Соответствие диагностическим критериям по рубрике F06.70 были установлены для 6 респондентов. Сроки длительности предшествующих расстройств колебались от 0,5 до 4 лет. Стандартная процедура обследования, консультирования и выдачи рекомендаций соблюдалась в полном объеме.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.60 (Органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с травмой головного мозга) выражались в достаточно стойких (свыше 0,5 года) изменениях в аффективной сфере: выраженной эмоциональной несдержанности и лабильности; повышенной утомляемости, фиксируемой как субъективно, так и объективно; часто возникающих головных болях, головокружениях, состояниях общего дискомфорта. Имели значения сведения о полученных черепно-мозговых травмах (однократных или многократных). А также данные объективного и инструментального исследования. Соответствие диагностическим критериям по рубрике F 06.60 было установлено для 7

респондентов. Длительность имеющихся субклинических проявлений составляла от 0,5 до 3 лет. Стандартная процедура диагностики, консультирования и выдачи рекомендации для данной нозологической группы выдерживалась в полном объеме.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.41 (Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга) выражались: в эпизодических головных болях, головокружении; вегетативной симптоматики – потливости, тахикардии, сухости во рту; выраженных опасениях и чувстве тревоги за свое состояние, перспективы, за состояние близких людей; моторном напряжении, суетливости. Здесь также имели значения анамнестические сведения о сосудистых заболеваниях – гипертонической болезни, атеросклерозе, данные инструментальных исследований, свидетельствующие о гипертензии и патологических изменениях в сосудистой системе. Соответствие диагностическим критериям по рубрике F06.41 было установлено для 4 респондентов, в отношении которых выдерживалась стандартная процедура прохождения в клинической группе проекта. Длительность отмеченных субклинических проявлений варьировалась в значениях от 0,5 до 1,5 года.

Клинико-психопатологические проявления, смешанного характера: (нестабильные и неочерченные астенические неврозоподобные, аффективные синдромы с признаками вегетативного дисбаланса (потливости, тахикардии) на фоне головокружения, головных болей; трудности концентрации внимания, сложности усвоения нового материала), в совокупности с данными о наличии в прошлом травм, сосудистой патологии, перенесенных тяжелых инфекциях, были отмечены у 4-х респондентов. При этом диагностическое соответствие устанавливалось по рубрике F06.998 (Неуточненные психические расстройства в связи со смешанными заболеваниями). Средняя длительность данных состояний варьировалась в пределах 0,5-2,5 года. Респонденты данной нозологической группы проходили стандартную процедуру диагностики, консультирования и выдачи рекомендации.

Практически все пациенты исследуемой клинической подгруппы обращались по поводу имеющихся у них расстройств к врачам терапевтам и другим специалистам общесоматического профиля. А также (до 25% по данной подгруппе) к народным целителям. Получали однократные или двукратные кратковременные курсы медикаментозной терапии, после чего, обычно, отмечалось кратковременное улучшение состояния (от 0,5 до 1,5 месяцев). При этом ни от пациентов, ни от врачей интернистов какой-либо инициативы по поводу лечения у специалистов-психиатров не исходило.

Полученные результаты показывают, что начальные и субклинические проявления органичес-

ких психических расстройств чаще всего фиксируются в эмоциональной и когнитивно-мнестической сферах, дифференцированная оценка которых требует специального навыка и подготовки.

Пациенты с начальными и компенсированными проявлениями органических психических расстройств предпочитают получать квалифицированную врачебную помощь на уровне первичного поликлинического звена.

По профилю эндогенных (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния):

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F20.8 (061) – Ипохондрическая шизофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии - (без дифференциации данной рубрики по четвертому, пятому и шестому знаку данный тип шизофрении в МКБ-10 квалифицируется как «Другой тип шизофрении» - F20.8), в виде ипохондрического синдрома с характерными для эндогенного процесса особенностями был выявлен у 4-х респондентов данной клинической подгруппы. При этом фиксировались: специфические неприятные ощущения, которые можно было квалифицировать как психалгии и сенестоалгии; наличие некорrigируемых идей, относящихся к телесной патологии без достаточных на то оснований, но отстаиваемых с помощью специфической болезненной логики (охваченность данными идеями, снижение внимания к каким-либо другим жизненным проявлениям; изменение настроения от дистимии с элементами тревоги, до достаточно очерченных эпизодов тревоги, беспокойства по поводу возможных последствий «имеющегося» заболевания). При этом объективно исключалось наличие какого-либо соматического или неврологического заболевания. А данные психологического исследования указывали на специфические для шизофренического процесса расстройства мышления. Следует отметить, что в других отношениях, не касающихся сферы ипохондрических идей, респонденты демонстрировали достаточный уровень состоятельности, помогающий им адаптироваться в социуме. Длительность болезненных проявлений в данном случае установить было достаточно сложно, поскольку на сверхценном уровне ипохондрические идеи в 3-х из 4-х рассматриваемых случаев присутствовали в течение нескольких лет. Однако, если считать началом заболевания манифестиацию специфической активности, то общая длительность патологических проявлений варьировалась от 1 года до 3 лет.

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

F20.8) были установлены для 2-х респондентов рассматриваемой подгруппы.

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

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

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F21.3 (Псевдоневротическая шизофрения) – 1 случай, в целом соответствовали предыдущему описанию. Однако компонент навязчивых мыслей неприятного содержания здесь был представлен существенно более акцентировано. А ритуалы противодействия носили, с одной стороны более разработанный, а с другой – более вычурный характер. Респондент с вышеописанными субклиническими проявлениями продолжал работать, проживал в родительской семье, где получал помощь и поддержку.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F20.5 (Остаточная шизоф-

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

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F20.4 (Постшизофреническая депрессия) – 1 случай, были представлены неглубокими проявлениями депрессивного синдрома (сниженное настроение без признаков тяжелой тоски, витальности, суицидальных мыслей и т.д. с наличием заниженной самооценки, трудностей в концентрации, снижения продуктивности). При этом отмечались характерные для шизофренического процесса расстройства мыслительной деятельности в виде аморфности, расплывчатости, опоры на слабые признаки. Описанное состояние у единственного респондента отмечалось в течение 5 месяцев после кратковременного психотического приступа с преимущественной депрессивно-бредовой симптоматикой. Перенесенное острое состояние было расценено самим респондентом и его родственниками как реакция на разрыв с близким человеком, случившийся незадолго до психотического эпизода. В данной связи к врачам не обращались и стремились обходиться домашними средствами и имеющимися транквилизаторами. Беспокойство вызывали лишь непроходящие сниженное настроение с полной оторванностью от предшествующей и, практически, забытой ситуации.

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

По профилю аффективных расстройств:

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F32.0 (Легкий депрессивный эпизод) отмечались у 22 респондентов данной подгруппы. В частности, они выражались: в достаточно длительных эпизодах сниженного настроения (более, чем 2-х недельного); утрате на этот период интереса к обычным жизненным стимулам и возможности получения удовольствия; повышенной утомляемости и трудности в концентрации внимания на чём-либо; появлении заниженной самооценки и неуверенности в себе; пессимистической оценке будущего; снижении сна; снижении аппетита. Отмеченные признаки легкого депрессивного эпизода в той или иной степени были присущи всем 22 респондентам данной нозологической группы. Длительность депрессивного эпизода колебалась от 2,5 недель до 5 месяцев. У 10 из 22 респондентов (45,5%) данный депрессивный эпизод был не первым. Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F34.1 (Дистимия) отмечались у 15 респондентов рассматриваемой клинической подгруппы. В частности, проявления, соответствующие данному диагнозу выражались в эпизодах сниженного настроения, которые по длительности и по степени тяжести не соответствовали другим рубрикам рассматриваемого аффективного кластера. Респонденты предъявляли жалобы: на чувство усталости, субъективной сложности и трудности выполнения любой физической и умственной работы (трудно заставить себя начать делать что-либо, но и сам процесс также сложен); ничего не доставляет удовольствия; отмечаются нарушения сна, общий дискомфорт; действительность представляется мрачной и бесперспективной. Вышеописанные признаки достаточно стабильно отмечались у респондентов данной нозологической группы от 1 года до 3 лет с незначительными улучшениями состояния в отдельные периоды (на 2-3 недели).

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F32.1 (Умеренный депрессивный эпизод) отмечались у 8 респондентов рассматриваемой клинической подгруппы. При этом основные диагностические признаки соответствовали описанию, данному по рубрике F32.1 и дополнительно включали такие симптомы как идеи вины (более или менее значимые), а также суицидальные мысли и намерения (без попыток их реализации). В целом можно отметить, что длительность депрессивных эпизодов в данном случае была более продолжительной (от 4-х недель и выше), а степень снижения аффекта – более выраженной. Лишь у 3-х респондентов из 22-х данный эпизод был первым.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F34.0 (Циклотимия) отмечались в 3-х случаях. При этом имел значение соответствующий анамнез и все признаки циклоид-

ной личности. Основными жалобами были – хроническая нестабильность настроения с многочисленными периодами легкой депрессии и легкой приподнятости (при том, что их длительность и степень выраженности не соответствовали критериям биполярного аффективного расстройства).

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F32.30 (Биполярное аффективное расстройство без соматизации), отмечались у 1 респондента. При этом основные диагностические признаки повторяли описание умеренного депрессивного эпизода (F32.1). Однако в анамнезе, помимо предшествующего субдепрессивного эпизода, прослеживался четко очерченный смешанный эпизод с субдепрессивной и гипоманиакальной fazой.

Полученные результаты подтверждают тот факт, что наиболее распространенными и наименее диагностируемыми являются аффективные (депрессивные) расстройства с легкой или средней степенью выраженности. Звенья первичной медицинской (поликлинической) помощи, куда лица с депрессивными нарушениями обращаются в первую очередь, оказываются неготовыми к дифференцированной и профессиональной оценке психических и поведенческих расстройств аффективного уровня.

По профилю расстройств личности и поведения:

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.6 (1-3) (Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности), отмечались у 5 респондентов данной подгруппы. При этом, наряду с уже перечисленными общедиагностическими критериями, имели место: постоянное общее чувство напряжения и «плохого» предчувствия; постоянные представления и мысли о своей социальной неприспособленности, личной непривлекательности; повышенная озабоченность реальной и возможной критикой в свой адрес, сочетающаяся с неприятием многих, достаточно обыденных социальных ситуаций; неумение и нежелание вступать в контакты с новыми людьми без гарантии нравится; ограничение жизненной активности во благо физической безопасности; уклонение от социальной и профессиональной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами из-за страха критики, неодобрения, отверждения. Все вышеперечисленные признаки в большей или меньшей степени были отмечены у респондентов рассматриваемой нозологической группы. Соответствующие признаки объективно фиксировались по шкалам: психопатия, тревога, депрессия при патопсихологическом обследовании.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F61.0 (1-3) (Смешанное расстройство личности), отмечалось у 5 респондентов. При этом имело место сочетание нескольких типов расстройств личности (тормозимого круга) с отсутствием возможности определения доминирующих личностных аномалий.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.7 (1-3) (Расстройство типа зависимой личности), отмечалось у 4-х респондентов. Наряду с общепринятыми для данного кластера общедиагностическими критериями здесь отмечались: постоянное стремление переложить на других ответственность за важные решения; подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей; нежелание предъявлять какие-либо требования людям, от которых зависит что-либо в жизни респондента; неспособность переносить одиночество из-за чувства неудобства и беспомощности, неспособность к самостоятельной жизни; постоянный страх быть покинутым; чувство дискомфорта и ограничение способности в принятии повседневных решений. Респонденты данной подгруппы обращались в клиническую группу эксперимента в основном с запросом «помочь им сделаться самостоятельными».

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F63.03 (Патологические влечения к азартным играм), были отмечено у 4-х респондентов. В данном случае отмечалось достаточно быстрое (в течение от нескольких месяцев до года) развитие следующих признаков: стойкого (порой непреодолимого) влечения к каким-либо азартным играм (карты, рулетка, игровые автоматы и т.д.); отсутствие возможности какой-либо корректировки патологического поведения, несмотря на очевидные вредные социальные последствия – долги, конфликты в семье, на работе, ухудшение физического и психического самочувствия вследствие нарушений режима сна, питания; полная охваченность респондента данным видом деятельности «вся жизнь – там»; усиление влечения и еще более глубокое погружение в игровую деятельность после каких-либо стрессовых ситуаций или насилистических попыток «отвадить» от игры. Трое из четырёх респондентов в клиническую группу эксперимента были приведены их родственниками, обеспокоенными «ненормальным» увлечением игрой, которые слышали, что «от этого можно вылечить».

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F62.0 (1-3) (Стойкие изменения личности после пережитого стресса), были отмечены у 2-х респондентов рассматриваемой клинической подгруппы. В данном случае особое внимание обращалось на: сведения о пережитом стрессе (утрата близкого человека в совместно пережитой автомобильной катастрофе в одном случае, и эпизод с ограблением и изнасилованием - в другом); последующее формирование и фиксация патологических реакций, которые можно квалифицировать как посттравматическое стрессовое расстройство; наличие имеющихся психопатологических проявлений в одном случае 2,5 года, в другом – неполных 4 года. А также на такие обязательные диагностические критерии как: чувство враждеб-

ности и недоверия к миру; социальная отгороженность; постоянное ощущение опустошенности и безнадежности; хроническое ощущение угрозы извне; «надрывное» существование; отчужденность. И в том и другом случае респонденты понимали «ненормальность» данного состояния. Обращение в клиническую группу эксперимента было очередной попыткой что-либо изменить.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.53 (Аранкастное расстройство личности), были отмечены у 2-х респондентов. Наряду с общепринятыми для класса расстройств личности диагностическими критериями, в психическом статусе и анамнезе фиксировались следующие обязательные для данного вида расстройств признаки: чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности; озабоченность правилами, порядками, разнообразными «обязательными» деталями и т.д.; постоянное стремление всё делать лучше, чем это требуют обстоятельства, и, в силу этого, оставлять многие, действительно важные дела без внимания; подчеркнутая и чрезмерная добросовестность, скрупулезность в ущерб удовольствию; педантичность и приверженность социальным условиям; ригидность и упрямство; повышенные требования в этом же духе к окружающим; периодическое появление «нелегальных» нежелательных мыслей и влечений, и борьба с ними. В клиническую группу проекта оба респондента с вышеописанными проявлениями обратились самостоятельно, желая «конструктивных» изменений в собственном характере.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.11 (Шизоидное расстройство личности), отмечались у 1-го респондента. Помимо общих диагностических признаков, в данном случае в анамнезе и психическом статусе, при соответствующем клиническом исследовании, были зафиксированы следующие признаки: почти полное отсутствие чувства удовольствия от каких-либо жизненных проявлений; эмоциональная холодность и отчуждение; «почти полное отсутствие эмпатии, участия к другим»; недостаточная реакция на похвалу и критику; незначительный интерес к сексуальным контактам; погруженность в себя и свой внутренний мир; уединение (отсутствие близких друзей и доверительных связей); недостаточная реакция на социальную ситуацию и нормы. В то же время у единственного респондента, отнесённого к данной диагностической рубрике, отмечалась достаточно высокая работоспособность в сфере разработки компьютерных технологий (основной род деятельности). Поводом для обращения в клиническую группу проекта явилось «возрастная необходимость обзаводится собственной семьей» и трудности в соответствующих контактах.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.03 (Параноидное раз-

вите личности), были отмечены у 1-го респондента. В данном случае было отмечено многолетнее развитие таких черт, как; чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; постоянное недовольство, подозрительность и общая тенденция к искажению фактов; переоценка значения и агрессивная позиция по вопросам, связанным с правами личности, тенденция к отнесению на свой счет всех событий и поступков окружающих, которые респондент склонен толковать особым образом. Вместе с тем, было отмечено и присутствие элементов осознания того, что «такого рода характер затрудняет взаимодействие с людьми и доставляет массу неприятностей». По поводу чего респондент и обратился в клиническую группу проекта.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F66.03 (Расстройство психосексуального развития) были отмечены у 1 респондента – подростка, который обратился в клиническую группу проекта в связи с более, чем 1,5 летними и достаточно тягостными переживаниями по поводу сексуальной идентификации (гомосексуал - гетеросексуал). В отсутствие других психопатологических проявлений мы сочли возможным квалификацию данного вида расстройств по рубрикации F66.03.

Полученные результаты свидетельствуют, во-первых, о том, что не охваченными активностью официально-действующих служб психического здоровья являются, в основном, лица с расстройствами личности тормозного круга. Кроме того, нельзя не учитывать то обстоятельство, что индивиды с повышенной агрессией и возбудимыми чертами вообще не склонны признавать у себя наличие каких-либо характерологических проблем, занимая внешнеобвиняющую позицию. Обращает на себя внимание существенное представительство в данной клинической подгруппе лиц с расстройствами по типу зависимой личности и с патологическим влечением к азартным играм. И те и другие по своим характеристикам входят в группу риска по профилю вовлечения в зависимость от психоактивных веществ. Очевидно, что лица с расстройствами личности тормозного круга легче идут на контакт при условиях полной конфиденциальности.

По профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств:

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F43.20 (Кратковременная депрессивная реакция на ситуацию), отмечались у 17 респондентов данной клинической подгруппы. При этом, наряду с анамнестическими сведениями, подтверждающими наличие психотравмирующей ситуации, имели значения проявления легкого депрессивного состояния, развивающегося непосредственно в ходе или сразу после перенесенного стресса. Отмечалось достаточно устойчивое снижение настроения, некоторая идеомоторная затор-

моженность (трудно концентрироваться, не хочется двигаться); пессимистическая оценка событий и перспектив их развития; идеи малоценностей; общее снижение работоспособности; повышенная утомляемость; эпизодические нарушения сна. Все вышеописанные расстройства имели место у обратившихся лиц в продолжение от 10 дней по 1 месяца с незначительными колебаниями в сторону улучшения (но не полного выхода из депрессивного статуса). В абсолютном большинстве случаев (16 из 17) данное обращение за профессиональной помощью было первым. В одном случае респондент обращался к частнопрактикующему терапевту и принимал назначенные транквилизаторы.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F43.23 (Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций), отмечались у 10 респондентов. При этом, наряду с анамнестическими сведениями, подтверждающими наличие психотравмирующей ситуации, фиксировались такие, достаточно стойкие, эмоциональные реакции как тревога, беспокойство, депрессия, общая напряженность, гнев. При этом ни одна аффективная реакция не была преобладающей. Развитие описанных проявлений отмечалось в ходе переживания стрессовых обстоятельств. При этом смешанная аффективная реакция держалась от 12 дней до 1 месяца. Все респонденты данной диагностической подгруппы обращались по поводу имеющихся у них расстройств с целью получения профессиональной медицинской помощи впервые.

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

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 41.2 (Смешанное тревожное и депрессивное расстройство), отмечались у 5 респондентов. В данном случае у респондентов наблюдались симптомы депрессии и симптомы тревоги, в сочетании с достаточно выраженным вегетативным компонентом (тремор, сухость во рту, тахикардия). Отмеченные признаки тревожно-депрессивного состояния имели место, по описаниям

респондентов, от 3-4 недель до 6 месяцев. В целом, данные проявления достаточно «удачно» маскировались от окружающих. Однако, сказывались на общей продуктивности и работоспособности респондентов. Также как и в других случаях, респонденты данной нозологической подгруппы в 4-х случаях из 5 обращались к специалистам и парaproфессионалам с целью получения помощи.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство), были отмечены у 4-х респондентов. При этом обращалось внимание на связь появившихся расстройств с массированным психотравмирующим фактором (в нашем случае: разрыв семейных отношений – 2; измена любимого человека – 1; потеря близких – 1; нападение с угрозой для жизни - 1). А также наличие таких диагностических признаков, как «неотвязные» воспоминания и представления о психотравмирующем событии; эмоциональная отгороженность от окружающих; физическая, но больше психическая «оцепенелость»; наличие вегетативных расстройств; сниженное или тревожно-сниженное настроение; усиление тревоги и вегетативных проявлений при воспоминании или проговаривании психотравмирующей ситуации; эпизодические нарушения сна. Отмеченные проявления имели место на протяжении от 4-х недель до 5 месяцев. Поводом для обращения в клиническую группу проекта явились желание респондентов и их родных каких-то более существенных изменений в состоянии, чем те кратковременные улучшения, отмечаемые после приема транквилизаторов.

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

надеждой «наконец-то разобраться что происходит с организмом».

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

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F 45.2 (Ипохондрическое расстройство) отмечались у 3-х респондентов. При этом имели значение как собственно признаки фиксируемого ипохондрического расстройства: наличие стойких идей о существовании достаточно тяжелого соматического заболевания (более важных чем непосредственные проявления патологии) при отсутствии каких-либо доказательств действительной заинтересованности соответствующей системы органов; неверие каким-либо попыткам разубеждения; снижено-тревожный аффект, сопутствующий убежденности в серьезном заболевании; снижение уровня социального функционирования, которое, в нашем случае, не носило выраженный и отражающийся на социальном статусе респондентов, характер. Имели значение также и дифференциально-диагностические критерии, позволяющие ограничить данные состояния от соматизированных и депрессивных расстройств с одной стороны и бредовых расстройств – с другой. Тщательное изучение динамики формирования основных клинико-психопатологических проявлений, а также дополнительное диагностическое (психопатологическое) исследование позволили, в результате, квалифицировать описанные случаи под соответствующей рубрикой ипохондрического расстройства. В клиническую группу проекта респонденты данной нозологической подгруппы обращались с целью «выяснить, наконец, все обстоятельства их болезни», в то время как в других местах «их не понимали».

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

работы или учебы (2 случая), или хроническая конфликтная ситуация в семье (1 случай).

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

По профилю прочих психических и поведенческих расстройств:

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F51.0 (Бессонница неорганической этиологии), отмечались у 16 респондентов. При этом имели место следующие признаки принадлежности к вышеназванной нозологической рубрике: плохое засыпание, трудности сохранения сна, низкое качество состояния сна; частота нарушений, как минимум, 3 раза в неделю; озабоченность и беспокойство в связи с бессонницей; снижение способности к работе и учебе. Длительность отмеченных нарушений сна колебалась от 3 недель до 4,5 месяцев. Каких-либо других сопутствующих нарушений не выявились. Некоторые сомнения, применительно части респондентов, имели место в отношении возможности употребления ими психостимуляторов типа экстази и других. В пользу данного предпочтения говорил возраст (10 из 16 респондентов рассматриваемой нозологической подгруппы имели возраст от 17 до 26 лет), пол (8 респондентов из данной обособленной возрастной группы были мужского пола), и повышенная озабоченность близких (в тех случаях, когда была возможность с ними встретиться) в отношении времязпрровождения респондентов. При этом каких-либо других данных, говорящих за употребление психоактивных веществ (объективных или субъективных) не отмечалось. В связи с чем их состояние квалифицировалось как изолированное нарушение сна.

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

вниманием данному вопросу – регулярным изменением объема талии, взвешиванием и др.

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

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

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

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

Для других случаев, представляющих комбинированную нозологическую подгруппу, диагностика оказалась возможной лишь на синдромальном уровне в связи с недостаточностью выявленных критериев для отнесения к какой-либо определенной диагностической рубрике. Таким образом сюда были включены 3 респондента с эпизодически возникающими состояниями деперсонализации – де реализаций, при отсутствии данных за пароксизмальный, эндогенный или невротический механизм

фиксируемых расстройств; 3 респондента с психовегетативным синдромом при отсутствии дополнительных данных о возможной этиологии имеющихся расстройств; 2 респондента с неустойчивыми и относительно неглубокими дистимическими проявлениями, которые не подходили ни под одну рубрику МКБ-10. При этом у всех 8 респондентов длительность имеющихся расстройств ограничивалась сроками от 2-х до 6 месяцев, а настоящее обращение за медицинской помощью в 6 случаях из 8 было первичным.

По результатам нашего исследования выявились достоверная разница по социальным и социально-психологическим параметрам, указывающая на различный уровень адаптации по отдельным нозологическим подгруппам. Более предпочтительно в данном отношении выглядят подгруппы с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, расстройствами личности, а также прочими психическими расстройствами. Менее предпочтительно – подгруппа с органическими психическими расстройствами. Подгруппа с аффективными расстройствами в плане социальных и социально-психологических параметров адаптации занимает промежуточное место. В силу малочисленности подгруппы с эндогенными расстройствами достоверных данных, позиционирующих адаптационные характеристики по данной подгруппе получить не удалось.

Проведенное нами кроссекционное исследование в региональной выборке ($n=2216$) позволило установить, что уровень распространения гипертрофированных реакций психологической адаптации в группе населения с возрастом от 12 до 55 лет, составляет – 17,5%. Данный показатель приближается к значению интенсивности распределения низкого уровня психологического здоровья среди населения Республики Казахстана (13,9%) – соотношение 1,25.

У респондентов данной подгруппы ($n = 388$), как уже было отмечено, каких-либо клинико-психопатологических проявлений на уровне соответствия нозологическим рубрикам МКБ-10 или очерченным синдромам психических и поведенческих расстройств не наблюдалось. Особенности психологических реакций, как правило, наблюдающихся в стрессовых ситуациях или сразу после их мицнования, проявлялись в виде: общего чувства психологического дискомфорта; мимолетных дистимических проявлений; легких депрессивных реакций (по несколько часов в день); эпизодических (функциональных) головных болей; эпизодических нарушений сна; стремлении ограничить нагрузку в учебе и на работе; стремлений ограничить психологические контакты; фиксировании на эмоциях и переживаниях отрицательного характера; поиска возможностей для изменения состояния, воспринимаемого как «нежелательное», но и «неболезнен-

ное». Длительность фиксируемых проявлений, как правило, не превышала 1,5-2-х месяцев, при этом отмечались и улучшения, так же связанные с изменениями ситуации в зоне основного конфликта. Основная часть респондентов (до 75%) отмечали, что такого рода реакции на жизненные трудности достаточно характерны для них, наблюдались и в прошлом, исчезали по мере разрешения жизненных сложностей.

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

При проведении анализа по учитываемым социальным и социально-психологическим параметрам отмечался существенно более высокий уровень адаптации респондентов подгруппы психологического дискомфорта в сравнение с другими клиническими подгруппами, фиксируемый по социальным параметрам. И менее значительная разница в пользу респондентов рассматриваемой подгруппы, фиксируемая по социально-психологическим параметрам.

Выводы

1. Анализ динамики официальных статистических показателей первичной и общей болезненности по основным нозологическим профилям психической патологии среди населения Республики Казахстан в целом, детского и подросткового населения показывает общую тенденцию к неравновесной динамике данного показателя по профилю общих психозов, в том числе аффективных психозов и шизофrenии. Отмечается стабильный рост распространенности органических психических расстройств среди всех групп населения, рост умственной отсталости, а также отчетливая динамика роста по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, нарушений психологического развития. Наиболее распространенными классами расстройств психики являются умственная отсталость и органические психические расстройства. В общей сложности они составляют до 50% сектора психиатрической патологии в РК. До 30% составляют эндогенные психозы (шизофrenия, ши-

зотические и бредовые расстройства; аффективные расстройства). Остальные 20% приходятся на функциональные психические расстройства (в том числе, невротические), расстройства личности, нарушения развития.

Структура и значение данных показателей свидетельствует о том, что службы психического здоровья, действующие в Республике Казахстан, в основном ориентированы на выявление дифицитарных, тяжелых органических, психотические форм психических и поведенческих расстройств, а не дают реального представления об истинной распространенности психической патологии субклинического и функционального уровня.

2. По материалам эпидемиологического исследования 2003 года высокий уровень психического здоровья определен у 28,7%, средний – у 61,4%, низкий – у 9,9% населения Республики в возрасте 12-55 лет. Группы населения с идентифицированными уровнями психического здоровья имеют существенные различия по основным исследуемым параметрам (клиническим, социальным, социально-психологическим), которые следует учитывать при разработке и реализации психопрофилактических, организационных и лечебно-реабилитационных программ в сфере психического здоровья.

3. По материалам эпидемиологического исследования 2003 года высокий уровень психологического здоровья определен у 4,7%, средний – у 81,4%, низкий – у 13,9% населения Республики Казахстан в возрасте 12-55 лет. Группы населения с идентифицированными уровнями психологического здоровья имеют существенные различия по основным исследуемым параметрам (клинико-психологическим, социальным, социально-психологическим), которые следует учитывать при разработке и реализации психогигиенических, организационных и консультативных программ, в сфере психологического здоровья.

4. Идентифицированные в ходе эпидемиологического исследования 2003 года группы с высоким, средним, низким уровнями психического и психологического здоровья при сравнительном анализе обнаруживают достоверные и существенные различия в общих механизмах и степени адаптации. При этом категория психического здоровья представляет, в основном, био-социальный вектор адап-

тации, а категория психологического здоровья – социально-психологический уровень адаптации индивида. Что также следует учитывать в соответствующих психопрофилактических и психогигиенических программах.

5. По данным эпидемиологического исследования 2003 года уровень распространности субклинических форм психических и поведенческих расстройств в группе населения с возрастом 12-55 лет составил 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель аналогичного порядка. При этом выявилось следующее соотношение анализируемых показателей по основным нозологическим группам:

- по профилю органических психических расстройств эпидемиологический показатель распространности (3,16%) превышает официальный (0,61%) в 5,15 раза;

- по профилю шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств эпидемиологический показатель (0,49%) превышает официальный (0,28%) в 1,41 раза;

- по профилю аффективных расстройств эпидемиологический показатель (2,21%) превышает официальный (0,026%) в 85,66 раза;

- по профилю расстройств личности и поведения эпидемиологический показатель (1,13%) превышает официальный (0,066%) в 17,7 раза;

- по профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств эпидемиологический показатель (2,53%) превышает официальный (0,13%) в 19,32 раза;

- по профилю прочих психических и поведенческих расстройств (без учета умственной отсталости) эпидемиологический показатель (1,76%) превышает официальный (0,15%) в 11,73 раза.

6. По данным эпидемиологического исследования 2003 года уровень распространения гипертропированных реакций психологической адаптации в группе населения с возрастом 12-55 лет составляет 17,5%. При этом в качестве основного стрессогенного фактора выступают: межличностные конфликты (47%), внутриличностные конфликты (20%), социальные конфликты (12%) и сложные конфликты (21%), что также следует учитывать в соответствующих психопрофилактических и консультативных программах.

Литература:

1. Абзалова Р. А. Концептуальные основы и методологические аспекты внедрения интегрированной модели медико-санитарной помощи населению на первичном уровне здравоохранения. – Автореферат докт. дисс.... - Астана, 2006, 41 с.
2. Александровский Ю. А. К вопросу о патогенезе психической травмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 2.- С.14-15.
3. Брундаланд Г. Х. 7 апреля 2001 года – Всемирный день здоровья: «Психическое здоровье всему миру» // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. – С. 3-5.
4. Виноградова Л. Н. 10 октября – Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. – М. - № 3, 1999. – С. 89.

-
-
5. Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. - М. - № 4, 1998. - С. 83.
 6. Всемирный день психического здоровья «Психическое здоровье и работа» / I Национальный конгресс «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // Независимый психиатрический журнал. - М. - № 3, 2000. - С. 68
 7. Доклад на I Национальном конгрессе «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // ВОЗ, 2005
 8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2001 году. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // ВОЗ, 2001. - С. 215
 9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2001 году. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // ВОЗ, 2001. - С. 215.
 10. Запускалов С. В., Плотников Б. С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25.
 11. Катков А. Л., Айбасова Г. Х. Анализ стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Москва – Павлодар. - Т. 10. - № 3, 2004. - С. 18-26.
 12. Красик Е. Д. Эпидемиологические исследования в программах охраны психического здоровья // Эпидемиолог. исследования в неврологии и психиатрии. - М., 1982. - С. 28-30.
 13. Ротштейн В. Г., Морозова В. П., Богдан А. Н. и соавт. Объективные факторы выявляемости психически больных. Эпидемиология эндогенных психозов и проблема реабилитации психически больных. - М., 1985. - С. 13-21.
 14. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. - С. 4-7.
 15. Чуркин А. А. Динамика показателей учтенной заболеваемости пограничными психическими расстройствами / Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии // Тез. докладов Всесоюз. конф. - М., 1990. - С. 144-146.
 16. Ястребов В. С., Михайлова И. И., Степанова А. Ф. Рабочее совещание ВОЗ // Психиатрия. - № 2, 2003. - С. 74-76.
 17. Kramer M. Probleme in psychiatric epidemiology. Proc. Roy. soc. med., 1976. - Vol. 63. - P. 553-562.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

О. Г. Юсопов, Ж. Ш. Аманова, Ж. К. Мусабекова

Существующая система первичной профилактики распространения наркотической зависимости основывается на информировании населения о неизбежных негативных последствиях употребления психоактивных веществ и (в меньшей степени) основах безопасного поведения, препятствующего вовлечению в потребление психоактивных веществ (ПАВ) (Катков А.Л. 2006).

В последние годы заметны усилия социальной сферы в области обеспечения активного досуга подростков (реанимация молодежных движений, клубной работы, спортивных секций). Также в Республике Казахстан ведется активная работа по ограничению потребления различных ПАВ в общественных местах, значительные успехи достигнуты в ограничении различного рода рекламы табачной и алкогольной продукции.

Следует отметить возросшую антинаркотическую активность СМИ. Государством принимаются и финансируются значительные меры по разработ-

ке и реализации медиа - планов, связанных с освещением различных вопросов, касающихся проблемы потребления ПАВ и зависимости от ПАВ. Об этом свидетельствует тот факт, что 62% населения Республики получают необходимые сведения по данной проблеме, используя ТВ - каналы и, в меньшей степени, другие источники.

В программу среднего, средне-специального и высшего образования включаются курсы профилактической антинаркотической направленности. Их реализуют педагоги - валеологи, педагоги - психологии, социальные педагоги в рамках специальных валеологических программ обучения.

Результатом такого рода усилий является тот факт, что до 70% населения РК осведомлены о вредных последствиях употребления наркотических веществ, что, безусловно, является фактором, сдерживающим распространение наркотической зависимости.

Однако другим непреложным фактом является то обстоятельство, что сама по себе информиро-

ванность о негативных последствиях потребления наркотиков способна изменить поведение человека или группы людей на более безопасное лишь при наличии у них феномена антинаркотической устойчивости. Большинство вновь вовлекаемых в потребление ПАВ молодых людей и подростков так или иначе знают о возможных последствиях данного шага, но это их не останавливает (Россинский Ю.А., 2003, Катков А.Л. 2006).

С учетом изложенного, можно предположить, что меры, обеспечивающие существенное повышение эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, должны складываться:

- из разработки новых, адекватных современному состоянию общества, концепций индивидуального и социального здоровья, где идея активного формирования, а не охраны данного важнейшего феномена, будет играть доминирующую роль;
- из разработки и реализации мероприятий, эффективно компенсирующих существующий институциональный дефицит в области активного формирования здоровья;

При этом основной характеристикой современного понимания категории здоровья в данной концепции должен выступать феномен устойчивости к вовлечению в потребление ПАВ (или феномен антинаркотической устойчивости), в широком плане выступающий как устойчивость к агрессивным воздействиям внешней (в том числе информационной) среды.

Общими моментами, формирующими современную концепцию индивидуального и социального здоровья (Катков А.Л., 2006), являются следующие:

- в условиях деградации естественных саногенных механизмов категория «здоровье» выступает уже не в качестве состояния, которое необходимо сберечь (охранять, укреплять), но как состояние, которого следует достичь;
- следовательно, наиболее адекватным термином по отношению к категории «здоровье» является «развитие», а не «охрана»;
- сущность категории здоровья в современном функционально-понятном значении данного термина представлена в качестве фундаментальной способности человека и общества к самоорганизации, саморазвитию. Различные, условно выделяемые аспекты интегрального здоровья: соматическое, психическое, психологическое (взаимообусловленные, взаимозависимые, взаимодополняющие) расшифровываются, как фундаментальные способности, следующим образом:
 - способность присутствия в реальности как активного объекта (соматическое здоровье);
 - способность взаимодействия с реальностью как полноценного субъекта (психическое здоровье);
 - способность к переработке, усвоению и генерации информации, адекватно адаптирующей

индивидуа и социум к быстро меняющейся среде (психологическое здоровье).

Отсюда следует естественный приоритет психической (в широком смысле, включая и психологическую) составляющей категории «здравье», определяющей его качество и представляющей объективную, в сущности, единственную ценность в информационном обществе.

При относительной достаточности информации, разъясняющей отрицательные последствия потребления психоактивных веществ, в обществе игнорируется необходимость активного формирования психологического здоровья.

Катков А.Л. (2002) рассматривает психологическое здоровье, как фундаментальную способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовывать их в быстро меняющейся, агрессивной среде. Психологическое здоровье является условием адекватного выполнения человеком своих возрастных, социальных и культурных ролей, а также обеспечивает человеку возможность непрерывного развития в течение всей его жизни.

Хухлаева О. В. указывает, что для психологического здоровья норма – это присутствие определенных личностных характеристик, позволяющих не только адаптироваться к обществу, но и, развиваясь самому, содействовать его развитию. Альтернатива норме в случае психологического здоровья – отнюдь не болезнь, а отсутствие возможности развития в процессе жизнедеятельности, неспособность к выполнению своей жизненной задачи.

Выделяются несколько уровней развития психологического здоровья (Хухлаева О.В., 2001).

К высшему уровню психологического здоровья – креативному – можно отнести людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности, наличием созидательной позиции. Такие люди не нуждаются в психологической помощи.

К среднему уровню – адаптивному – относятся люди, в целом адаптированные к социуму, однако имеющие ряд психологических проблем. Такие люди могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья и могут быть включены в групповую работу профилактически-развивающей направленности.

Низший уровень – это дезадаптивный, или ассимилятивно-аккомодативный. К нему можно отнести людей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется, преж-

де всего, стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Человек, избравший аккомодативный стиль поведения, наоборот, использует активно наступательную позицию, стремится подчинить окружение своим потребностям. Неконструктивность такой позиции заключается в негибкости поведенческих стереотипов, преобладании экстернального локуса контроля, недостаточной критичности.

Наши собственные исследования позволили определить наиболее существенные психологические факторы, определяющие уровни психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в подростковом возрасте.

Данные факторы несут двойственную функциональную нагрузку. Во-первых, они являются диагностическими ориентирами, позволяющими до-

статочно точно определить степени риска вовлечения в зависимость от ПАВ у подростка при соответствующем психологическом тестировании. Во-вторых, данные факторы являются основными мишениями на различных этапах групповой психотерапии, используемой в профилактических целях.

Основные свойства, характеризующие феномен антинаркотической устойчивости формируются в период 12 - 18 лет, то есть, именно в подростковом возрасте. При этом основной вектор процесса формирования названных свойств (конструктивный или деструктивный), а также его темп, в немалой степени, зависят от характера базисных приобретений индивида в предшествующий период развития.

Таким образом, по разделу базисных приобретений нами выделяются следующие психологические факторы – мишени:

<i>Конструктивный вектор</i>	<i>Деструктивный вектор</i>
<i>Фактор базисного доверия – недоверия</i>	
достаточно устойчивое ресурсное состояние субъекта с ощущением комфорта и уверенности при общении с окружающими и в сложных ситуациях	устойчивое состояние субъекта с ощущением неуверенности, ненужности, неприкаянности, выступающими на передний план при общении с окружающими и в субъективно сложных ситуациях
<i>Фактор автономности – зависимости</i>	
достаточно выраженная самостоятельность субъекта, стремление все делать и доходить до всего самому, испытывая при сложных обстоятельствах и заданиях чувство подъема и уверенности в своих силах	типичные состояния дискомфорта, беспомощности и растерянности при необходимости принимать самостоятельные решения или действовать самостоятельно, а также постоянный поиск жизненных условий и обстоятельств, сопровождающихся наименьшей ответственностью
<i>Фактор уверенности – сомнения (вины, стыда)</i>	
стабильная, объективно определяемая, высокая самооценка, позитивное отношение к событиям и людям, активная жизненная позиция субъекта	хроническое чувство вины, пассивная метапозиция субъекта, низкая самооценка
<i>Фактор инициативы – чувства неполноценности, скованности</i>	
высокая степень инициативной активности субъекта, хорошая коммуникабельность, лидерские качества	робость, подчиняемость, скованность в ситуациях, особенно когда требуется брать инициативу в свои руки
<i>Фактор трудолюбие – избегание нагрузок и сложностей</i>	
постоянный, устойчивый интерес к определенным видам развивающей деятельности (учебе, работе), чувство удовлетворения от достигнутых, в рамках данной деятельности, результатов	постоянное избегание каких-либо физических или интеллектуальных нагрузок, частые реакции усталости и раздражения, когда приходится заниматься какой-либо определенной деятельностью
<i>Фактор ответственность – безответственность</i>	
Естественное чувство ответственности за какое-либо дело или обстоятельства жизни, с соответствующим самовосприятием субъекта, как надежного и ответственного человека	стремление переложить ответственность на других, тяжелое чувство дискомфорта при необходимости принимать самостоятельные решения в безвыходных ситуациях
<i>Фактор общительности – замкнутости</i>	
общение с окружающими дается легко, с чувством удовольствия и деятельности удовлетворения	ощущения неловкости и скованности при необходимости общения с другими людьми, тенденции активного избегания ситуаций, связанных с необходимостью общения

Наряду с оценкой степени конструктивности или деструктивности в развитии базисных приобретений подростка, имеющей несомненную диагностическую ценность, основной акцент должен делаться на оценке центральных новообразований возраста, которая, по сути, и определяет степень риска вовлечения субъекта в зависимость от ПАВ. В частности, на оценке темпа и основного вектора (конструктивности – деструктивности) процесса

формирования базисных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. При этом понятно, что низкие темпы и деструктивный вектор формирования названных свойств будут являться главными мишенями в соответствующих профилактических программах.

Основными центральными новообразованиями подросткового возраста, имеющими непосредственное отношение к обсуждаемой теме, являются:

<i>Конструктивный вектор</i>	<i>Деструктивный вектор</i>
<i>Степень завершенности личной идентификации</i>	
определенность в отношении жизненных интересов и планов, достаточно четкое разграничение на предмет того, что из этих планов связано с собственными интересами, а что навязывается извне, четко сформированные образ и ощущение самого себя	постоянное ощущение неопределенности, потерянности и недовольства при мыслях о себе в соответствующем самоанализе
<i>Степень сформированности конструктивного жизненного (идентификационного) сценария</i>	
наличие активного поиска своего жизненного пути, устойчивого интереса, сопровождающего это занятие, наличие достаточно четких представлений о том, чего хотелось бы достичь в жизни, а также о способах реализации собственных жизненных планов	полное отсутствие каких-либо осмысливших жизненных планов, либо наличие их неэффективных эквивалентов в виде нестойких и неопределенных намерений, которые, как правило, не влекут за собой конкретных действий
<i>Степень сформированности навыков ответственного выбора</i>	
определенная склонность к самостоятельному принятию решений и ответственности за последствия собственного выбора	постоянное ощущение тревоги, дискомфорта в ситуации выбора, сомнения в правильности собственного решения, постоянное стремление делегировать это право другим, как и ответственность за последствия сделанного выбора
<i>Степень сформированности внутреннего локуса контроля</i>	
позитивное отношение к возможности управлять собственной судьбой и постоянное желание развиваться в данном направлении, принятие ответственности за обстоятельства и события в своей жизни, умение отстаивать собственную позицию и защищать свои интересы перед другими людьми, в том числе в кругу родных и близких	постоянное ощущение зависимости от окружения и отсутствие каких-либо тенденций или реальных шагов в сторону изменения ситуации, а также вполне естественное для данных лиц стремление перекладывать ответственность за все происходящее с ними на значимых других
<i>Полноценная информированность о негативных последствиях потребления наркотиков</i>	
полноценная информированность о ПАВ, о формировании психической и физической зависимости при их потреблении, рисках заражения ВИЧ/СПИДом, других проблемах, связанных со здоровьем, возникающих у потребителей; возможном уголовном преследовании в связи с хранением и распространением наркотиков и т.д.	отсутствие, либо наличие ложной, искаженной информации о ПАВ, о формировании психической и физической зависимости при их потреблении, рисках заражения ВИЧ/СПИДом, других проблемах, связанных со здоровьем, возникающих у потребителей; возможном уголовном преследовании в связи с хранением и распространением наркотиков и т.д.

Другим значимым фактором, определяющим уровень развития психологического здоровья, является *степень сформированности личностных ресурсов*. Данная группа ресурсов, достаточно объемная, имеет чрезвычайно важное значение в общем спектре свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости подростка к вовлечению в зависимость от ПАВ. В связи с чем, необходимо более подробно рассмотреть варианты дефицитарного

или деструктивного формирования всех основных составляющих данной группы, которые, в свою очередь, являются основными мишенями в соответствующих коррекционных программах:

а) *интеллектуальные ресурсы* – дефицитарность в формировании интеллектуальных способностей сравнительно легко определяется соответствующими психологическими методиками, и, обычно, хорошо идентифицируется и самими под-

ростками (испытывающими трудности в усвоении обычного объема школьной или какой-либо иной информации), и их окружением;

б) *дифференцированная сензитивность* – деструктивный вектор формирования данной группы личностных ресурсов сопровождается отсутствием адекватного чувственного резонанса на соответствующие эмоциональные состояния окружающих; неумением или трудностями в проявлении сочувствия, сопереживания;

в) *навыки коммуникативности* – деструктивный вектор формирования рассматриваемой группы личностных ресурсов сопровождается постоянными сложностями в общении с окружающими, особенно старшими по возрасту, и значимыми лицами; укоренением такой коммуникативной самооценки, как «неловкий, неуклюжий, скованный в контактах»;

г) *навыки ассертивности* – для подростков с деструктивным вектором формирования данного свойства характерны либо неумение защищать себя или свою точку зрения, либо, наоборот, чрезмерно агрессивное отстаивание своей точки зрения, закономерно ведущее к ответной агрессии и утере конструктивного контакта с окружающими;

д) *креативность* – деструктивный вектор формирования данной ресурсной характеристики предполагает трудность в генерации какой-либо новой информации, склонность к использованию штампов и стереотипов в интеллектуальной деятельности, поведении, общении, быту;

е) *продуктивные копинг-стратегии* – подростки с деструктивным вектором развития данного свойства, в основном, используют непродуктивные эмоциональные, интеллектуальные и поведенческие копинг-стратегии, фиксируемые при соответствующем экспериментально-психологическом исследовании, с закономерным результатом в виде постоянного дискомфорта, ощущения разочарования и неудовлетворенности от собственной деятельности, особенно в сложных ситуациях;

ж) *доминирование синергетической стратегии поведения* с метапозицией открытых, доверительных и конструктивных отношений подростка с основными значимыми агентами со-бытия – деструктивный вектор формирования данного свойства предполагает, наоборот, закрытую, конфронтационную метапозицию, конфликтную систему отношений в значимом окружении и соответствующую стратегию поведения, оставляющую мало шансов по полноценное развитие свойств психологического здоровья, – устойчивости к агрессивным факторам среды;

з) *навыки самоорганизации и структурирования (планирования) времени* – деструктивный вектор формирования данного ресурсного свойства предполагает либо отсутствие соответствующих навыков, либо большие сложности в самостоятель-

ной организации какой-либо достаточно продолжительной конструктивной деятельности, наличие постоянного ощущения дискомфорта (растерянность, суетливость, «все валится из рук») при необходимости инициативного планирования;

Все поименованные варианты дефицитарного или деструктивного формирования центральных возрастных новообразований в подростковом возрасте представляют собой основные мишени воздействия, используемой в профилактических антинаркотических программах.

Все вышеизложенные компоненты психологического здоровья могут быть определены с помощью специально разработанных диагностических технологий. Коллектив казахстанских ученых, при поддержке Института управления кризисом (г. Павлодар), разработал оригинальный способ (опросник) определения уровня психологического здоровья - антинаркотической устойчивости. Данный опросник позволяет определять не только наличие или отсутствие рисков вовлечения в потребление ПАВ среди различных возрастных групп, но и на основе полученных данных определять мишени профилактической и коррекционной работы с группами риска.

Для обоснования того, насколько влияет уровень развития психологического здоровья на риски вовлечения в зависимость от ПАВ, а также на социальную адаптацию мы воспользовались данными проведенного исследования распространенности случаев и особенностей потребления ПАВ среди учащихся городских школ в трех городах Республики Казахстан. Исследование проводилось на базе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» в рамках научно-технической программы 2008 - 2010 гг. «Комплексные исследования в сфере разработки и реализации механизмов противодействия распространению наркозависимости в РК».

В исследовании был использован ряд шкал (поименованные и описанные выше) и утверждений из вышеуказанного опросника, с согласия авторов и при непосредственной их консультации. Утверждения, которые включены в анкету при проведении исследования, носили скорее скрининговый характер и позволяли определить наличие или отсутствие проблем в тех или иных областях. Для настоящего исследования было отобрано по два вопроса из каждой шкалы, которые бы в совокупности определяли уровень развития психологического здоровья учащихся.

В общем, в исследовании приняли участие 623 респондента в возрасте 14 - 17 лет, которые являются учащимися средних общеобразовательных учреждений.

Для сравнительного анализа были выбраны две группы: группа с низким уровнем развития психологического здоровья (n=88) и группа с высоким уровнем развития психологического здоровья (n=74).

Группы отбирались путем вычисления средних значений по шкалам. В данном разделе учащимся на каждое утверждение предлагалось три варианта ответов, соответственно каждому из ответов присваивался балл: 1 балл, указывал на низкий уровень развития, 2 балла – на средний и 3 балла на высокий уровень развития исследуемых компонентов психологического здоровья. Таким образом, было определено, что в группу с низким уровнем развития войдут учащиеся, чей средний балл составил от 1,0 до 2,2 баллов (n=88), а группу с высо-

ким уровнем развития психологического здоровья вошли респонденты, у которых средний балл имел значение от 2,6 до 3,0 (n=74). Соответственно, в группу со средним уровнем (набравшие от 2,3 до 2,5 баллов) развития психологического здоровья вошли 157 учащихся и 304 не ответили или ответили частично на вопросы рассматриваемого раздела. Эти группы не были включены в сравнительный анализ.

В целом можно сказать, что отобранные группы сопоставимы по полу и по возрасту (см. таблицу №1).

Таблица №1

Характеристики исследуемых групп по полу и возрасту

Характеристики	Низкий уровень психологического здоровья (n=88)			Высокий уровень психологического здоровья (n=74)			P
	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	
Мужчины	48	54,5%	±10,4%	41	55,4%	±11,3%	
Женщины	40	45,5%	±10,4%	33	44,6%	±11,3%	
Возраст		15,3	±0,3		15,6	±0,3	

На рисунке 1 представлен профиль двух исследуемых групп (группа 1 – учащиеся с низким уровнем развития психологического здоровья (n=88) и группа 2 - учащиеся с высоким уровнем развития психологического здоровья (n=74)), который

наглядно показывает уровень развития тех или иных компонентов психологического здоровья в каждой из групп. При этом, практически по всем шкалам, между группами отмечается значительные различия.

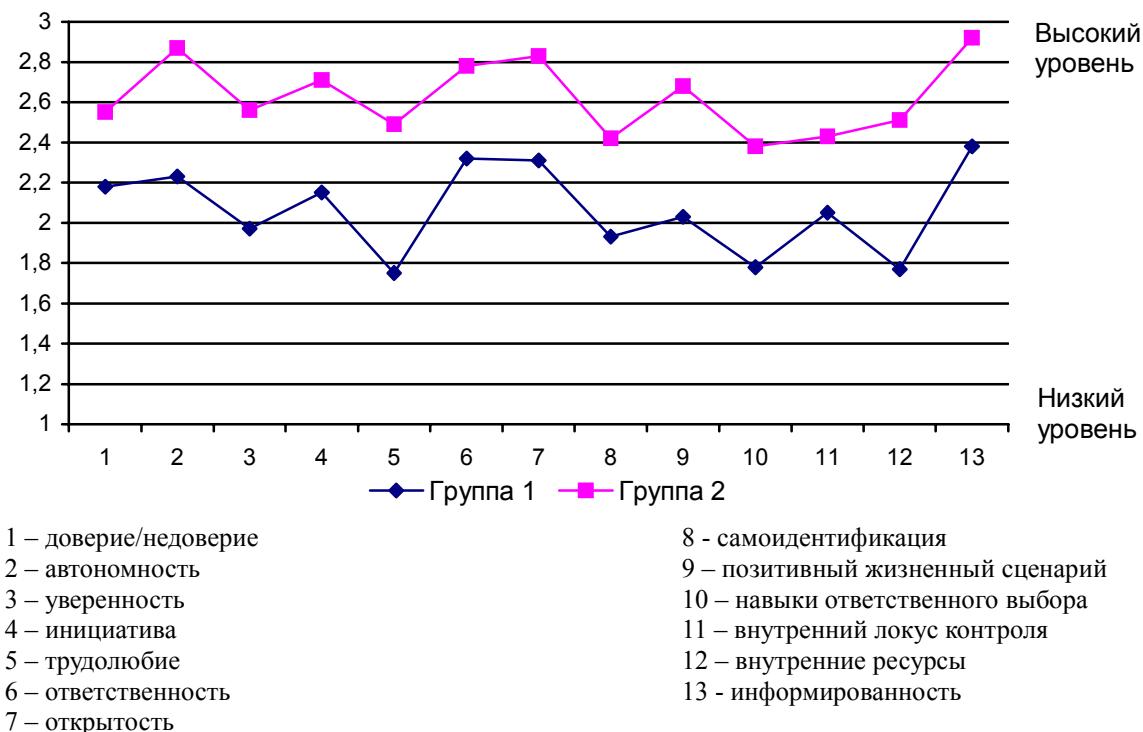


Рисунок 1. Уровень психологического здоровья среди учащихся 14 - 17 лет

В отношении потребления алкоголя между группами получены следующие отличия. В группе учащихся с низким уровнем развития психологического здоровья значительно чаще отмечалось потребление каких-либо алкогольных напитков. Возраст первых проб алкоголя в группе

1 (12,4 года) ниже, по сравнению с группой учащихся с высоким уровнем психологического здоровья (13,5 года). Регулярное потребление алкоголя отметили 43,2% учащихся в первой группе и 31,1% учащихся во второй группе (см. таблицу №2).

Таблица №2

Потребление алкоголя в исследуемых группах

Исследуемые характеристики	Низкий уровень психологического здоровья (n=88)			Высокий уровень психологического здоровья (n=74)			P
	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	
Отсутствие потребления алкоголя	16	18,2%	±8,1%	30	40,5%	±11,2%	<0,01
Возраст первой пробы алкоголя		12,4	±1,0		13,5	±0,8	
Регулярное потребление алкоголя	38	43,2%	±10,3%	23	31,1%	±10,5%	

Таким образом, можно сделать вывод, что учащиеся с высоким уровнем психологического здоровья реже вовлекаются в потребление алкоголя, и инициация потребления алкогольных напитков у них происходит в более позднем возрасте, по сравнению с группой учащихся с низким уровнем психологического здоровья.

В отношении потребления наркотических и токсических веществ между группами обнаружены следующие различия. В группе 1 (учащиеся с низким уровнем развития психологического здоровья) чаще встречается потребление каких-либо нарко-

тических или токсических веществ, указали на регулярное потребление наркотиков 8% учащихся этой группы. При этом возраст первой пробы наркотических веществ в данной группе составил 11,3 года. В свою очередь, в группе 2 (учащиеся с высоким уровнем развития психологического здоровья) реже встречается потребление каких-либо наркотических или токсических веществ, указали на регулярное потребление наркотиков 1,4% учащихся этой группы. Возраст первой пробы наркотических веществ во второй группе составил 14,2 года (см. таблицу №3).

Таблица №3

Потребление наркотических или токсических веществ в исследуемых группах

Исследуемые характеристики	Низкий уровень психологического здоровья (n=88)			Высокий уровень психологического здоровья (n=74)			P
	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	
Отсутствие потребления наркотических веществ	65	73,9%	±9,2%	64	86,5%	±7,8%	
Возраст первой пробы наркотических веществ		11,3	±3,8		14,2	±1,5	
Регулярное потребление наркотических веществ	7	8%	±5,7%	1	1,4%	0,5<7,5%	

Таким образом, из представленных выше данных можно сделать вывод. Учащиеся с высоким уровнем психологического здоровья реже вовлекаются в потребление наркотических или токсических веществ, и инициация потребления наркотиков у них происходит в более позднем возрасте, по сравнению с группой учащихся с низким уровнем психологического здоровья.

Также для сравнительного анализа был использован ряд социальных характеристик.

Определяется, что учащиеся в группе 2 (высокий уровень развития психологического здоровья) чаще отмечали, что им есть, чем занять свое

бодное время, и они также чаще высказывали удовлетворенность проведением свободного времени. Среди основных занятий в этой группе можно отметить спорт, просмотр ТВ, прослушивание музыки, увлечения, а также компьютерные игры и интернет (см. таблицу №4).

В группе 1 (низкий уровень развития психологического здоровья) чаще отмечали отсутствие занятости в свое свободное время, и они также реже высказывали удовлетворенность проведением свободного времени. Среди основных занятий в этой группе можно отметить просмотр ТВ, прослушивание музыки, компьютерные игры и интернет, а также спорт.

Таблица №4

Особенности проведения свободного времени в исследуемых группах

Исследуемые особенности проведения свободного времени	Низкий уровень психологического здоровья (n=88)			Высокий уровень психологического здоровья (n=74)			P
	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	
Наличие каких-либо занятий в свободное время	35	39,8%	±10,2%	52	70,3%	±10,4%	<0,01
Просмотр ТВ, прослушивание музыки	34	38,6%	±10,2%	27	36,5%	±11%	
Компьютерные игры	27	30,7%	±9,6%	15	20,3%	±9,2%	
Интернет	15	17%	±7,9%	14	18,9%	±8,9%	
Спорт	18	20,5%	±8,4%	35	47,3%	±11,4%	<0,01
Подработка	8	9,1%	±6%	3	4,1%	1,6-11,4%	
Чтение книг	9	10,2%	±6,3%	9	12,2%	±7,4%	
Посещение дискотек, клубов	9	10,2%	±6,3%	12	16,2%	±8,4%	
Занятия хобби	13	14,8%	±7,4%	20	27%	±10,1%	
Удовлетворенность проведением свободного времени	53	60,2%	±10,2%	65	87,8%	±7,4%	<0,01

В отношении социальной адаптации и социального благополучия можно отметить следующие достоверные различия между группами. Так, в группе учащихся с высоким уровнем развития психологического здоровья ученики значительно чаще указывали на наличие хороших взаимоотношений с учителями и сверстниками, а также на ощущение безопасности и уюта в семье. Они достоверно чаще, по сравнению с группой учащихся с низким уровнем психологического здоровья, отметили обсуждение своих проблем с родителями (см. таблицу №5).

Таким образом, подводя итог по данному разделу, можно сказать, что у учащихся с высоким уровнем развития психологического здоровья значительно чаще отмечаются признаки социальной адаптации/благополучия, по сравнению с группой учащихся с низким уровнем развития психологического здоровья.

В заключении, обобщая полученные данные, следует отметить следующее. Полученные данные позволяют утверждать, что чем выше уровень развития психологического здоровья у отдельного уч-

Таблица №5

Признаки социальной адаптации в исследуемых группах

Признаки социальной адаптации	Низкий уровень психологического здоровья (n=88)			Высокий уровень психологического здоровья (n=74)			P
	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал средний	
Хорошие отношения с учителями	41	46,6%	±10,4%	57	77%	±9,6%	<0,01
Хорошие отношения с одноклассниками	59	67%	±9,8%	63	85,1%	±8,1%	<0,05
Ощущение безопасности и уюта дома	55	62,5%	±10,1%	64	86,5%	±7,8%	<0,01
Обсуждение проблем с родителями	40	45,5%	±10,4%	54	73%	±10,1%	<0,01

щегося, тем ниже вероятность того, что он/она начнет употреблять алкоголь или наркотики. То есть учащиеся с низким уровнем развития психологического здоровья чаще вовлекаются в потребление ПАВ.

Необходимо выделить положительную взаимосвязь между уровнем социального благополучия/адаптации и уровнем развития психологического здоровья, однако проведенное исследование не позволяет утверждать какой из указанных факторов является ведущим. То есть можно сказать, что чем выше уровень социального благополучия/адаптации, тем выше уровень развития психологического здоровья, и наоборот. Однако следует помнить, что динамика изменений уровня развития психологического здоровья выше, чем у ряда социальных факторов, соответственно это должно учитывать-

ся при разработке и реализации профилактических программ среди учащихся.

В отношении повышения эффективности первичной профилактики и перспективы локализации распространения потребления ПАВ среди населения можно сказать, что успешность и эффективность профилактических мероприятий в определенной степени связаны с возможностью и необходимостью активного формирования феномена антинаркотической устойчивости (развитие психологического здоровья) среди населения страны. Обязательным же условием для реализации этих мероприятий является ликвидация имеющегося институционального дефицита в области активного формирования психоактивной устойчивости населения к агрессивным влияниям внешней (в том числе информационной) среды.

Литература

1. Катков А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан./ Вопросы наркологии Казахстан. Том 2, №1, 2002, с.34 - 37.
2. Катков А.Л., Нургазина А.З. Психологические факторы, определяющие уровни психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в подростковом возрасте./ Вопросы наркологии Казахстан. Том VI, №3, 2006, с.7 - 11.
3. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности./ Наркология. №8, 2003, с. 2 - 4.
4. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. 208 с.

ПСИХОТЕРАПИЯ

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

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

г. Москва, г. Павлодар

В постсоветских государствах психотерапия развивается по-разному. Наибольшее сходство имеют модели развития психотерапии четырёх стран: Белоруссии, Казахстана, России и Украины. В данной публикации мы рассмотрим психотерапию Российской Федерации и Казахстана. Психотерапия этих двух республик традиционно связана между собой, имеет общие корни, общие традиции, в том числе и совместный журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии», издающийся с 1995 года.

Психотерапия молодая и бурно развивающая область. Её история приближается к двум столетиям. И это объяснимо, ведь для общества психотерапия необходима в эпохи индустриального и постиндустриального развития. Когда традиционные социальные институты, на протяжении столетий и тысячелетий регулирующие психическую, душевную и духовную жизнь человека, группы и общества в целом, часто оказываются не достаточно эффективными. В отличие от них психотерапия готова быстро реагировать на социальные перемены, а иногда даже предвосхищать эти перемены и способствовать адаптации человека, семьи, группы и общества в целом в постоянно изменяющемся мире.

Важно учесть, что сама психотерапия длительное время была растворена в философских и психологических концепциях, духовных практиках, религиозных обрядах, медицине, педагогике, произведениях искусства. Нам важно открыть психотерапию. И исследователи и практики в области психотерапии уже выделили и накопили множество технологий воздействия на человека и группу. Сложились и теории отдельных модальностей. Необходимо учитывать и незначительную продолжительность активной жизни многих методов. Поэтому особо важной задачей является сохранение достижений и открытый каждой модальности после того, как она прекратила своё существование. Важно сохранять и обобщать достижения и создавать психотерапию.

В истории психотерапии можно обнаружить, что до Революции 1917 года психотерапия в России развивалась вместе с психотерапией развитых стран Европы. Российская психотерапия живо интересовалась всем тем новым, что появлялось за рубежом. Новые подходы проходили апробацию и внедрялись в практику. Кроме того, уже тогда российская психотерапия отличалась клиническим. Специалисты были подготовлены в области клини-

ческой медицины. Свои психотерапевтические знания и умения применяли в работе с больными в медицинских учреждениях различного профиля. В советский период, в тоталитарном обществе, психотерапия развивалась в весьма усечённом, фрагментарном варианте. Сформировалось две школы: московская и ленинградская. Московская школа испытывала значительно большее влияние медицины в целом и психиатрии - в частности. А в течение последнего десятилетия официальная психотерапия в России во многом вошла в структуру психиатрии, как одна из её составляющих. Ранее соединение психиатрии с психотерапией и дало развитие специальному направлению – клинической психотерапии. По нашему определению - это такая врачебная психотерапия, которая использует парадигмы психотерапии, психиатрии и той клинической дисциплины, где она применяется. Важно отметить, что практическая психология во времена становления клинической психотерапии в нашей стране не была развита. Поэтому её влияние в клинической психотерапии оказалось весьма незначительным. Клиническая психотерапия получила наибольшее развитие в психиатрии для лечения пограничных состояний и в наркологии при терапии некоторых форм зависимостей. Кроме того клиническая психотерапия развивается в психосоматической медицине, онкологии, гинекологии, других разделах медицины. Самостоятельными разделами клинической психотерапии являются психотерапия детей и подростков и семейная психотерапия. Клиническая психотерапия традиционно использует свой сложившийся набор модальностей. Их всего три: гипноз, аутогенная тренировка и рациональная психотерапия. Впрочем, запрета на использование других модальностей не было, и нет. И каждый специалист волен привлекать знания и умения из других. Ведь клиническая психотерапия с самого начала складывалась как эклектическая система

В дальнейшем всё увеличивается число специалистов, занятых клинической психотерапией. Так по данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой, численность врачей психотерапевтов в Российской Федерации постоянно возрастает. И за два последних десятилетия увеличилось с 755 человек на всю федерацию в 1990 году до 1822 человек в 1998 году. Увеличился и коэффициент совместительства – с 1,3 в 1990 году до 1,8 в 1998 году. А это значит, что рабочие места психотерапевтов занимают врачи

других специальностей, зачастую мало подготовленные в области психотерапии. По нашим же расчётом (1) в ближайшие годы число врачей-психотерапевтов из выпускников медицинских вузов должно увеличиваться по 80 человек ежегодно на всю Российскую Федерацию. Всё это при условии, что законодательная база психотерапии не изменится. Это при условии, что специалисты будут покидать ставки врачей - психиатров, а ведь эти ставки так же не полностью заняты. И вакансий там не меньше, чем в клинической психотерапии.

Вместе с тем, постоянно растёт численность психологов – консультантов, реально занимающихся психотерапией. Число врачей по отношению к психологам в нашей специальности, по экспертным оценкам составляет от 8% до 10%.

Клиническая психотерапия является нашим национальным достоянием. Сохранение и развитие данной модальности представляется важной задачей. Вместе с тем отождествление клинической психотерапии со всей психотерапией вообще представляется ошибочным. Эта вредная и пагубная ошибка широко распространена в медицине нашей страны. В результате всю психотерапию считают принадлежащей психиатрии, и готовить психотерапевтов возможно только из числа врачей-психиатров со стажем практической работы не менее трёх лет. Такое заблуждение вредно оказывается как на дальнейшем развитие клинической психотерапии, так и всей психотерапии постсоветского пространства.

Вместе с тем, в последние три десятилетия клинические психотерапевты начали интересоваться психологическими подходами в психотерапии, а таких подходов открылось перед нами множество. И они обеспечивают не только концептуальное понимание расстройств, но и объяснение методов воздействия – техник. Отличие этой психотерапии в её технологичности, когда методы воздействия можно разложить на их составляющие. Клиническая психотерапия начала обогащаться практической психологией.

Новое движение в психотерапии началось далеко за пределами профессионального сообщества – в среде, критиковавшей советский строй и ставящей своей целью его свержение, в среде диссидентов. Это еще раз подчеркивает антагонизм современной психотерапии и тоталитарного государственного устройства. Из-за железного занавеса, разделявшего нашу страну и развитые страны, к нам начали попадать отдельные психотерапевтические издания. Они переводились и распространялись в ксерокопиях, а когда этот занавес лишь немногого приподнялся – таких изданий стало больше. В большей степени они касались психотерапии западного мира. Впрочем, не обходили стороной и концепции Востока, чаще опять же через призму западного опыта. Этими изданиями интересовались научные сотрудники, представители творческой интел-

лигенции, некоторые врачи и отдельные психологи. Переводились книги. И каждая такая книга становилась событием, открывающим новые горизонты. Ксерокопии книг распространялись по стране. Сложились группы людей, специализирующиеся на распространении ксерокопий переводов книг. В последующем часть этих переводов была издана типографским способом. Появились сторонники тех или иных направлений психотерапии, проповедующие эти учения. Вслед за ними появились те, кто проповедовал свои авторские подходы, основанные на зарубежных концепциях. И те и другие – самучки почти всегда были талантливы и мало образованы как профессионалы психотерапии.

Собрания интересующихся новыми подходами проходили негласно в малых неформальных группах. Проповедники зарубежной психотерапии сосредоточились на пропаганде новых психотерапевтических подходов и образовании своих сторонников. И в меньшей степени, точнее даже лишь единицы из них, занимались психотерапевтической практикой. Обученные ими специалисты сразу приступали к обучению новых желающих, благо недостатка в таких желающих не было. Так осуществлялось наше первое открытие зарубежной психотерапии.

Начиная с конца восьмидесятых годов, психотерапия была занята освоением новых методов и технологий. В этой области открывались всё новые захватывающие возможности. Именно в это время психотерапией в России начали заниматься психологи, ранее сосредоточенные на теоретических, часто оторванных от жизни изысканиях и психологической диагностике.

Наиболее интенсивно освоение новых методов началось далеко от столиц – в Сибири, затем в Казахстане. Там отсутствовали сложившиеся школы «советской психотерапии», да и административные ограничения по идеологическим мотивам были менее последовательны. Этот своеобразный взрыв на востоке страны характеризовался: демократичностью, экспансией во внеклиническую среду и интересом передовой интеллигенции к психотерапии; убеждением, что концепции являются порождением своего времени, но многие техники психотерапии с ними не связаны и даже прослеживаются с древних времен; резким опережением практики по отношению к теории. Наряду с психотерапией Запада изучались духовные практики Востока и народная медицина и духовные практики России.

Складывающееся новое направление в психотерапии основывалось на медицине, как клиническая психотерапия, на психотерапевтических модальностях Запада, духовных практиках и народной медицины Востока и России.

Так широкую известность и популярность приобрели декадники по психотерапии. С 1987 по настоящее время они собирают психотерапевтов,

представляющих разные модальности, психологов, представителей смежных профессий. В течение десяти дней читаются лекции, проводятся дискуссии, тренинги, круглые столы, семинары по различным направлениям психотерапии. В результате складывается новое направление психотерапии - мультимодальная психотерапия. Современная клиническая, эклектическая психотерапия в наших странах постепенно трансформируется в мульти-модальную психотерапию. После 1990 года психотерапевтические декадники начали широко проводиться в ряде городов России и Казахстане, а с начала нового тысячелетия и в дальнем зарубежье.

Декадники являлись частью образовательного процесса. В последующем оказалось, что это образование близко к предлагаемому Европейской Ассоциацией психотерапии образованию, когда профессиональное образование психотерапевта осуществляется на базе завершённого (высшего) образования и состоит из: теории, практики и эксклюзивного раздела личной терапии. Уровень профессиональной подготовки психотерапевта подтверждается национальным сертификатом психотерапевта, а его соответствие международному уровню подтверждается Европейским сертификатом психотерапевта и внесением в Европейский реестр профессиональных психотерапевтов.

Как известно, сама психотерапия традиционно складывается из отдельных методов или модальностей. Число их с каждым годом постоянно множится и уже исчисляется несколькими сотнями или даже тысячами. Модальности могут конкурировать между собой, относиться друг к другу терпимо или безразлично. Причём сравнение модальностей друг с другом обычно проводится сторонниками конкретной модальности и всегда в пользу данной модальности. Этим же грешат и исследования эффективности психотерапии. Вместе с тем, отдельные модальности часто близки друг другу и даже повторяют друг друга, независимо приходя к близким теоретическим построениям и практическим результатам.

Так мультимодальная психотерапия начала своё развитие в Советском Союзе в конце восьмидесятых годов минувшего столетия. После длительной дискуссии Европейская Ассоциация психотерапии признала за российской психотерапией право называться мультимодальной. В последующем выяснилось, что похожие варианты терапии развиваются не только в России, Казахстане, других постсоветских республиках - Украине, Белоруссии, Литве, Латвии, а так же в Германии, Италии, Польше и ряде других стран Европы. Кроме того, возникли терминологические трудности.

Ведь понятие - мультимодальная психотерапия предложена группой авторов, специалистов в различных областях психотерапии, во главе с А. Лазарусом (Lazarus A. 1989, 1992, 2001). Основой метода является положение о том, что любое психи-

ческое расстройство проявляется в нескольких взаимосвязанных измерениях или модальностях – BASIC - ID: поведение (B - behavior), эмоции (A - affect), ощущения (S - sensibility), представления (I - images), когниции (C - cognitions), взаимоотношения с другими людьми (I - interrelations), медикаментозная и другие зависимости (D - drugs), вызывая специфические для данных модальностей нарушения.

В связи с тем, понятие мультимодальная психотерапия, пусть совершенно в другом смысле, уже используется А. Лазарусом и сотрудниками, мы изменяем принятое ранее наименование Мультимодальная российская психотерапия на новое название Полимодальная психотерапия (Polymodal Psychotherapy).

Полимодальная психотерапия (ПМП) – метод психотерапии, в котором объединены теоретические, концептуальные и методологические построения, подходы и технологии выбранных модальностей психотерапии, что образует на основе их достижений новую систему психотерапии. Плюрализм выделенных методов ограничивается личным опытом (образовательным, практическим) специалиста, а также общеорефтической подготовкой и корпоративной этикой психотерапевтов. Кроме того, целостность созданной системы помощи поддерживается каким-либо одним из трёх вариантов «сборки»: эклектическим, интегративным и системным. В ближайшее время психотерапевтической общественности будут представлены критерии для выделения каждого из указанных вариантов ПМП. В кратком изложении выделим следующее:

- Эклектический вариант - специалисты используют всё, что могут реально использовать при решении своих профессиональных задач; всё, что «работает», но так, что не приводит к профессиональным искажениям и злоупотреблениям (например, используют суггестии так, чтобы не злоупотреблять доверием клиента и не вводить его в заблуждение относительно природы человека и социума);

- Интегративный вариант - специалисты используют одну базовую в их образовании модальность, которая становится «доминирующим» подходом, который, тем не менее, не отменяет интерес к другим методам психотерапии независимо от того, являются ли они «родственными» или «антагонистическими». В основе интеграции методов должна лежать личная ответственность специалиста, его индивидуальные способности к интеграции различных взглядов на человека и мир, либо интегрирующая методология. На сегодняшний день складывается ряд подвариантов, которые можно обозначать как полимодальная клиническая психотерапия, полимодальная суггестивная психотерапия, полимодальная транзактная терапия, полимодальная терапия творческим самовыражением и т.д..

- Системный вариант - специалисты используют целую систему различных приёмов и мето-

дов работы с другим человеком, которые объединяются единой целью, т.е. системообразующим принципом является цель помочь. Например, цель может быть выражена как помочь в выработке полноценной адаптации человека к современному обществу. При этом болезнь или иное расстройство понимается как «опасный вариант адаптации». Помощь заключается в более тонком и полезном для клиента приспособлении. Такая система психотерапевтической помощи будет включать в себя различные разделы, совокупный смысл которых можно выразить как «культурная деятельность», что соответствует новому пониманию психотерапии как отдельной, независимой профессии: собственно психотерапия, консультирование, коучинг, медиация.

Любой вариант полимодальной терапии предполагает здравомыслие и зрелость личности психотерапевта, его независимость от какой-либо одной «модальности» психотерапии, гибкость, широту взглядов и реалистичность. Психотерапевт ПМП обязан пройти «личную терапию» и супervизию со стороны уполномоченного на это наставника.

С нашей точки зрения, полимодальность, интегративность является основным, магистральным путем развития психотерапии XXI века. Ведь стремление максимально полно использовать потенциал психотерапии, по сути дела, не оставляет нам других столь же перспективных возможностей.

Можно сказать, что выделение отдельных модальностей и интегративный подход в психотерапии сегодня представляются главным в понимании будущего. История развития психотерапии часто шла путём трагического разрыва учителей со своими учениками, изменявшими чистоте метода или даже предлагавшими свой метод. Творчество внутри школ было возможно только в освоении содержания данных школ. Интерес к другим школам психотерапии расценивался как нелояльность. Ещё и сегодня есть множество профессионалов глубоко знающих модальность, в которой они работают и ничего другого. Лидеры отдельных модальностей заняты охраной своих границ и чистоты рядов. Тогда как мультимодальный подход предполагает полную реализацию творческого потенциала на всех этапах освоения и применения психотерапии. Впрочем, далеко не все распространённые модальности сегодня настроены на кооперацию с другими методами. Многие остаются закрытыми. Становлению мультиодальной российской психотерапии способствовало и формирование профессионального сообщества психотерапевтов.

В 1996 году создана Профессиональная Психотерапевтическая Лига (Лига). Она объединяет различных специалистов в области психотерапии. Членом лиги может стать профессиональный психотерапевт или обучающийся психотерапии. Лига входит в Европейскую Ассоциацию психотерапии

(ЕАП). Она является зонтичной организацией ЕАП на территории России.

Сама ЕАП является молодой, динамично развивающейся, включающей в себя 42 страны Европы и самым крупным объединением профессионалов по принципу принадлежности к профессии психотерапевта.

Лига разделяет созданные ЕАП положения Страсбургской декларации по психотерапии. А значит - признает психотерапию отдельной, самостоятельной профессией.

Профессиональная психотерапевтическая лига представляет Россию и в Азиатской Федерации психотерапии. Эта молодая организация объединяет психотерапевтов Индии, Ирана, Китая, Малайзии, Японии.

Лига представляет российскую психотерапию и во Всемирном Совете по психотерапии. Это также молодая организация, возникшая по инициативе ЕАП. Сегодня она объединяет крупнейшие национальные психотерапевтические ассоциации со всех континентов из более 90 стран мира.

Профессиональная психотерапевтическая лига в настоящее время:

- занимается образовательной деятельностью в области психотерапии и смежных областей. Реализует большие образовательные проекты с сертификатами Лига, сертификатами Европейской Ассоциации психотерапии, сертификатами супервизоров Лига. Проводит обучение специалистов в регионах, в Москве, за рубежом. Европейские сертификаты психотерапевта в Российской Федерации выдаются Лигой;

- объединяет усилия ведущих российских и зарубежных специалистов в области образования. Публикует перечень школ и отдельных профессионалов, признаваемых Лигой компетентными для реализации образовательных программ Лиги;

- содействует развитию и поддержанию творческих и деловых отношений внутри Лиги, с другими лицами и организациями, с зарубежными партнерами и международными организациями;

- занимается научными исследованиями в области психотерапии. Собирает и обобщает опыт научно-практических разработок в области психотерапии, в том числе полученный членами Лиги;

- организует съезды, конференции, семинары в России и за рубежом;

- занимается психотерапевтической практикой. Создает психотерапевтические подразделения, где внедряет новые подходы терапии;

- защищает профессиональные интересы членов Лиги. Прилагает усилия по распространению цивилизованной психотерапии;

- пропагандирует психотерапию, в том числе в средствах массовой информации;

- содействует формированию в обществе цивилизованного рынка услуг в области психотерапии;

- создает рабочие места для психотерапевтов;
- занимается издательской деятельностью и распространением профессиональных изданий. Издает библиотеку психологии, психоанализа и психотерапии;
- объединяет специалистов, профессиональные группы и общественные организации в области психотерапии. Внутри Лиги её члены объединяются по интересам к отдельным направлениям психотерапии и в секции по профессиям;
- оценивает вклад организаций и отдельных деятелей в развитие психотерапии, в сохранение и развитие психологического здоровья и награждает их медалями и дипломами Лиги. По данным направлениям вводятся номинации: "Специалист года", "Организация года", "Достижение года".

Сегодня Профессиональная психотерапевтическая лига объединяет более 3000 тысяч психотерапевтов из России, Белоруссии, Германии, Израиля, Казахстана, Киргизии, Италии, Латвии, Узбекистана, Украины, Эстонии и ряда других стран. Данные профессионалы принадлежат к различным модальностям психотерапии, интересуются мультиmodalной психотерапией и говорят на русском языке.

Теперь о будущем психотерапии и психологического консультирования в наших странах. Философы, футурологи, фантасты, прогнозирующие будущее человека и земли, приходят к разным, возможно, диаметрально противоположным выводам. Различные представления о будущем рисуют перед нами перспективы, как прогресса, так и регресса цивилизации. Скорее нас ожидают разнонаправленные процессы в одной и той же цивилизации. И в том, и в другом случае есть место для психотерапии. В одном случае - мы будем больше заниматься лечением, в другом - развитием. Исходя из вышезложенного, какого бы представления на будущее нашего мира мы не придерживались - у нас есть время и перспективы развития психотерапии. 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 неодинарных ситуаций. Сама профессия психотерапевта предполагает деятельность в постоянно изменяющихся условиях, приспособление людей к этим условиям, создание более благоприятных условий жизни. Ведь потребности людей в психотерапевтической помощи во многом связаны с всё больше изменяющимися условиями их жизни, а люди всё больше отрываются от привычных условий жизни в природе и живут в специально созданных искусственных условиях

Психотерапия известна с незапамятных времён. Современный этап психотерапии продолжается

около двух веков. Важно обратить внимание на преобладающую закономерность всё ускоряющегося развития. Если предыстория современной психотерапии продолжалась тысячелетия, история раннего гипноза - столетие, история доминирования психоанализа - уже менее столетия, то история бурного развития разнообразных модальностей, превращения психотерапии во множество психотерапий измеряется десятилетиями. Важно отметить, что в истории психотерапии все предыдущие этапы развития существуют параллельно с последующими этапами. Новейший этап характеризует основную зону роста, оставляя возможность развития предшествующим этапам истории психотерапии. Такое ускорение развития психотерапии позволяет нам прогнозировать её будущее лишь на десятилетия вперёд, тогда как прогноз на столетия уже затруднён.

Возникнув в Европе, психотерапия сегодня распространилась на все континенты, и продолжает своё интенсивное развитие. И если ещё совсем недавно одни страны и континенты являлись донорами психотерапии, тогда как другие реципиентами, то в последние годы эти страны, ранее заимствовавшие, начинают распространять свои методы психотерапии за пределы своих границ. Психотерапия уже не имеет границ, а стала всемирным явлением. Таким образом, создаются условия для обогащения психотерапии в каждой стране и интенсивном обмене идеями, подходами, целыми модальностями между странами и континентами.

Своё развитие, свою эволюцию продолжат модальности, уже получившие признание. В разных странах и на разных континентах будут возникать всё новые модальности и школы психотерапии. Они будут оставаться либо в рамках одной страны, либо получать международное распространение. Будут проделывать свой жизненный цикл, и уходить в историю. С нашей точки зрения, интегративность уже является основным, магистральным путём развития психотерапии XXI века. Ведь стремление максимально полно использовать потенциал психотерапии, по сути дела, не оставляет нам других столь же перспективных возможностей. Сегодня уже можно создавать психотерапевтические поликлиники, по типу медицинских, где будут работать специалисты различных модальностей психотерапии. А такого всё нарастающего разнообразия методов, как в психотерапии, не знает ни одна помогающая специальность, ни одна профессия. Огромное, практически необозримое число методов и школ терапии приводит к необходимости заимствования в каждом направлении и школе самого важного и эффективного. Школы, методы или, как теперь принято говорить, модальности, зарождаются, проделывают свой жизненный путь и уходят в историю? А что же остается? На этот вопрос можно уверенно отвечать, что оригинальное и лучшее

каждой модальностью может быть передано и усвоено интегративными, мультимодальными, полимодальными, и другими системами психотерапии. И ещё одно важное обстоятельство, важная зона роста психотерапии. Современная психотерапия занята уже не только эмоциональными проблемами человека и его неуспешностью. Во множестве стран психотерапия становится более духовной. Она обслуживает духовные потребности человека новой эпохи, тем самым становясь вариантом светской духовности, светского гуманизма, и развивается наряду с религиями, параллельно им. В отличие от традиционных религий, мало изменяющихся в течение столетий и даже тысячелетий, психотерапия изменяется очень быстро согласно потребностям сегодняшнего дня. Более того, пытаясь предугадать духовные потребности завтрашнего дня. И если психотерапия ещё недавно была доступна для богатых слоёв населения и развивалась в богатых странах западного мира, то сегодня она интенсивно распространяется на средний класс и всё менее богатые страны. Важно отметить, что полноценное развитие психотерапии возможно только в демократических государствах.

С другой стороны, за свою историю психотерапия накопила множество технологий взаимодействия профессионала с человеком, семьёй, группой. Психотерапия заимствовала и обобщила эти технологии и разработала свой технологический аппарат. Сегодня он может использоваться во всех семи моделях психотерапии: медицинской, психологической, педагогической, социальной, философской, эзотерической и эклектической.

Мы живём в постиндустриальную эру технического прогресса. Всё новые технологические

возможности входят в нашу жизнь, делая её комфортнее. Политика в области новых технических разработок строится таким образом, чтобы технические устройства были всё более просты в управлении. Весь технический прогресс осуществляется за счёт экстрапсихических технологий, внешних по отношению к нашим психологическим возможностям, нашей психике. Исходя из идей технологической сингулярности, технический прогресс получит новый качественный скачок в своём развитие, когда начнётся широкое применение и использование внутренних психологических, психических возможностей человека, на основе которых будут создаваться интрапсихические технологии.

Таким образом, в обозримом будущем потребность в психотерапии будет постоянно расти как в развитых странах, так и развивающихся демократических государствах. Сама психотерапия будет развиваться всё быстрее, стремясь удовлетворить постоянно изменяющиеся потребности общества. Будет два основных варианта развития психотерапии. В одном случае - это будет набор технологий, используемых специалистами других профессий: психологами, социальными работниками, врачами, в другом - это будет отдельная профессия – психотерапия.

Сегодня у нас новая главная задача. Нам важно создать на основе отечественного опыта, достижений мировой психотерапии эффективную отечественную психотерапию и консультирование для человека новой России и Казахстана с целью сохранения и развития его здоровья, повышения продолжительности, уровня и качества жизни и полной самореализации.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Л. Л. Мациевская

Введение

Общепризнанным является факт интенсивности и сложности обучения в системе высшего дипломного образования, что зачастую приводит к срывам адаптации студентов и развитию пограничных нервно-психических расстройств, причём частые и выраженные декомпенсации характерны для более напряжённого режима обучения в медицинском образовании [3, 16, 21, 22, 25, 26]. Понятие психической дезадаптации как единого ведущего синдрома невротических расстройств разрабаты-

валось в науке, прежде всего, представителями пограничной психиатрии - Семке В.Я., Александровским Ю.А., Приленским Ю.Ф., Красиком Е.Д., Положим В.С. и другими. Также дебатируются вопросы психиатрической дефиниции пограничных психических расстройств и различные модели психогигиенических мероприятий, направленных на психологическое сопровождение и психотерапию выявленных нарушений в различных группах населения, в том числе - и студенчества [1, 2, 3, 14, 18, 24]. Однако исследования в этой области имеют преимущественно психофизиологический или

клинико-психопатологический характер, соотносящийся с традиционной её квалификацией МКБ - 10 в рубрике F4 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» [1, 2, 7, 15, 19]. Подобный подход представляется не вполне целостным и адекватным в отношении предполагаемых расстройств адаптации, что явно требует расширения поля исследования, в том числе и с целью изучения эмоционально-аффективных и социально-психологических свойств личности в рамках клинико-психологического метода [10, 16, 17, 18]. Так, «более адекватные варианты оценки психического здоровья населения предлагается проводить с позиций «социально-психологического» исследования. При таком подходе условно опускаются генетически обусловленные психические качества, структура личности, а уровень психического здоровья здесь определяют социальную значимость формой деятельности» [7]. Не менее актуальным является вопрос статистического учёта вышеуказанных расстройств и организации психиатрической и психотерапевтической помощи, высвечающий возможные проблемы социальных ограничений пограничных пациентов [27, 28, 29, 30]. Несмотря на рекомендации рубрификатора МКБ - 10 в литературе редко встречаются указания на дополнительное использование для психиатрической квалификации расстройств дезадаптации рубрики Z «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» МКБ - 10, хотя многие разделы этой рубрики, на наш взгляд, могут быть востребованными для совершенствования организации психиатрической помощи. Также недостаточно пока разработан и аспект адекватного личностного функционирования студентов медицинских ВУЗов, важного для профессионального становления личности будущего специалиста в области медицины. Современные исследования Россинского Ю. А., Семкe В.Я., Асланбековой Н.В. (2008), изучающие качество жизни и психическое здоровье врачей северо-восточного региона Республики Казахстан, показывают, что в результате хронического профессионального стресса возможно появление не только профессиональной деформации, которая «возникает у медиков и психологов в процессе обучения и сохраняется как устойчивый феномен», но и пограничных нервно-психических и аддиктивных расстройств [19]. Таким образом, в период обучения будущих специалистов в области медицины существует необходимость в разработке психогигиенических и психопрофилактических программ, включающих современные психотерапевтические подходы [8, 14, 24, 25, 26].

Эти направления развития психотерапии ориентированы на краткосрочность, интеграцию и эклектичность, что повышает интенсивность психотерапии, уменьшая сроки лечения и материальные затраты без снижения эффективности [8, 9, 13, 29].

Подобные подходы коррелируют с современными тенденциями оптимизации лечебного процесса в здравоохранении и совершенствования системы медицинского образования. Этим направлениям развития отвечают в полной мере различные модели (в том числе и интегративные) краткосрочной личностно-ориентированной групповой психотерапии [18, 24]. Представляется актуальным поиск и выбор конкретных психотехник для краткосрочной групповой психотерапии, который может быть достаточно эклектичным и определяться клиническими симптомами или ведущими личностными проблемами индивида и психотерапевтической группы, а также профессиональными возможностями терапевта. Также в современной психотерапевтической практике до конца не решена и вызывает много дискуссий проблема разработки адекватных критериев и методов оценки эффективности психотерапии, как индивидуальной, так и групповой, что отмечалось Blaser A., Lambert M.J., Bergin A.E., Айзенком Г. Дж., Лаутербахом В., Маслоу А., Карвасарским Б.Д. Целостный подход к оценке эффективности в групповой психотерапии представлен критериями школы Б.Д. Карвасарского (1999), которые включают следующие параметры: наличие репрезентативной выборки, анализ терапевтических факторов группового процесса, психодиагностическое исследование в динамике и ближнем или дальнем катамнезе, субъективное мнение пациентов и мнение независимого исследователя эффективности (супервизора). В последнее время в качестве эффективных психоdiagностических методов сопровождения группового процесса широко применяются как известные ранее тесты Кэттелла, Q-сортировки, так и методики ISTA, опросник «Большая пятёрка», тест «URICA», SCL - 90, русские версии некоторых из них адаптированы в НИИ ПНИ им. В.М. Бехтерева [5, 10]. Опыт применения иных методик, предполагающих оценку динамики, определение задач и прогноза психотерапии лиц с невротическими расстройствами, а также возможность психоdiagностики интрапсихических конфликтов личности и типов поведенческой активности, составляющих предмет работы группового терапевта, представляется интересным и необходимым для расширения возможностей групповой терапии.

Наше исследование, находясь в контексте с вышеуказанными проблемами и изучая психическую дезадаптацию студентов медицинского ВУЗа, с точки зрения психиатрической дефиниции, а также в рамках личностно-ориентированного краткосрочного группового психотерапевтического подхода, подчёркивает актуальность совершенствования превентивного направления развития психиатрии и психогигиенического направления в психотерапевтической науке и практике.

Целью исследования явилось изучение динамики клинических и субклинических проявлений

невротических расстройств в результате терапевтического эффекта интегративной модели краткосрочной групповой личностно-ориентированной психотерапии.

Материал, процедура и методы исследования. Выборка исследования была сформирована из студентов III - VII курсов пяти факультетов Карагандинской государственной медицинской академии. Было выбрано 40 групп (22 терапевтические и 18 контрольных) с общим числом в 280 человек (145 человек основной группы, 135 человек - контрольной). Возраст участников – от 20 до 36 лет, гендерный состав: 54 юношей, 118 девушек. Проведение исследования одобрено комиссией по этике клинических исследований КГМА, согласно предъявляемым требованиям не отмечено известных и предполагаемых рисков для участников исследования.

Исследование состояло из трёх этапов.

На первом этапе в нескольких параллельных студенческих группах со студентами проводилось клинико-психопатологическое обследование, целью которого явилось выявление проблем, жалоб на психическое здоровье с последующей квалификацией психопатологических расстройств, учитывающей результаты психоdiagностического обследования в первом срезе. Психическое состояние участников исследования подлежало анализу и квалификации согласно рубрикам F-4 («Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства») и Z55 - 65, 73 («Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами», «Проблемы, связанные с трудностями организации нормального образа жизни») из МКБ - 10. На этом же этапе производилось разделение участников исследования на основную и контрольную группы исключительно согласно желанию участников.

На втором этапе с основными группами проводилась краткосрочная групповая психотерапия в виде восьми - девяти 4-часовых сессий с использованием интеграции психотерапевтических приёмов и техник.

На третьем этапе проводилось повторное экспериментально - психологическое исследование в ближнем и дальнем (3 - 4 месяца) катамнезе.

При формировании психотерапевтических групп учитывались показания и противопоказания к групповой работе, а также использовались следующие принципы:

- первичная диагностика, основанная на результатах экспериментально - психологического исследования;
- введение ограничения во времени как терапевтический фактор;
- ограничение терапевтических целей;
- концентрация во времени, основанная на гештальт-принципе «здесь и сейчас»;

- гибкость со стороны психотерапевта и использование недирективной роли руководства группой;
- акцент на возможности:
 - а) эмоционального отреагирования как основной части психотерапевтического процесса;
 - б) осознания внутри- и межличностных конфликтов;
- моделирование интерперсональных отношений, ведущих к конструктивным изменениям.

Интегративная модификация метода краткосрочной групповой психотерапии направлена на улучшение эмоционального состояния студентов; улучшение их социального функционирования; понимание имеющихся у них проблем и повышение способности самостоятельного разрешения трудностей в будущем. Целью предлагаемого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Данные изменения достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку интерперсональных проблем, коррекцию неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия [6, 9, 18].

На первом этапе работы группового психотерапевта с группой его основной задачей являлось выявление межличностных и внутриличностных конфликтов, являющихся патогенетической основой преневротических и невротических расстройств, а также сущности психотравмирующих событий, являющихся причиной психической дезадаптации (даные были получены в ходе клинического интервью). В развитии краткосрочного группового процесса были выделены следующие фазы:

- 1) фаза зависимого и поискового поведения;
- 2) фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов;
- 3) фаза формирования групповой сплоченности;
- 4) фаза «эрелой группы» с автономной работой [5, 6, 11, 12, 20].

В первой фазе с целью быстрого формирования групповой сплоченности, создания благоприятного эмоционального климата, способствующего самораскрытию, применялся ряд верbalных и неверbalных приёмов (психогимнастика, как неверbalное межличностное взаимодействие, функциональная тренировка поведения, групповая социометрия, гештальт - техники, танцевальная терапия). Активно использовались индивидуальные и групповые приёмы гештальт - терапии с принципами «здесь и сейчас», «Я и Ты», «Субъективизация высказываний», «Континуум осознавания». Также давались игры и упражнения: «Рондо» («Я хочу, чтобы ты сказал мне...»), «Я боюсь, что ты скажешь мне...»), «Разыгрывание проекций», «Реверсия», «Репетиция», «Преувеличение», «Горячий стул», «Прикосновение», «Аплодисменты».

Для второй фазы с характерным высоким уровнем напряжения применялись специальные технические приемы - упражнения «Эхо», «Стенка на стенку», психодраматическое разыгрывание конфликтных ситуаций из социальной и профессиональной жизни студентов.

В третьей фазе группового процесса, развивающейся на второй неделе работы группы, сделан акцент когнитивной составляющей самопознания и личностного роста. Традиционным приёмом здесь являлась групповая дискуссия:

- 1) с темами доверия – недоверия;
- 2) с темами симпатии – антипатии участников группы, вскрытия их глубинных причин;
- 3) с исследованиями рассогласований между представлениями относительно потребностей друг друга;
- 4) с анализом ожиданий одного по отношению к другому.

Также использовалась проективная методика «Тройка». Темы групповой дискуссии касались обсуждения психологических защит личности, самопознания, личностного и профессионального роста, разыгрывались ролевые ситуации взаимодействия с пациентами, с коллегами - медиками. В сочетании с гештальт - техниками использовались элементы теории транзакционного анализа Эрика Берна. На завершающем этапе работы группы использовались ролевые игры «Тerrorисты и заложники», «От сумы да от тюрьмы...», «Птица-тройка», «Ватикан», «Детский сад», во время которых определялись ролевые позиции участников группы, оценивался характер интеракций. Также применены техники медитации - визуализации и психосинтеза: «Китайская легенда», «Мудрец из храма», «Старый замок», использовались методологические основы и принципы позитивной психотерапии с изучением разработанной Н. Пезешкианом модели личностного конфликта. Применялись техники эриксонианского гипноза, включающие модели наведения транса, использованием трюизмов, косвенных и вставленных сообщений, использованием метафор и историй. Также представлялась модель биографического транса с последовательным возвращением в основные этапы жизни человека, доходящие до уровня внутриутробного состояния. Из техник нейролингвистического программирования применялись техники 6-шагового рефрейминга, «Метафоры здоровья», «Создание образа желаемого будущего», «Воображаемый человек».

В четвёртой фазе работы группы в групповой процесс некоторых терапевтических групп был привнесён автономный принцип работы, либо ролевое проигрывание фасилитаторской функции участниками групп.

Аспекты определения ролевой позиции группового психотерапевта были определены целями и задачами групповой работы, особенностями метода групповой терапии. Применялась недиректив-

ная фасилитаторская модель роли терапевта как участника группы, выполняющего ряд следующих функций: эмоциональная стимуляция, опека, разъяснятельная (интерпретативная) и исполнительная (распорядительная, ориентирующая). Директивная манера ведения группы использовалась в нескольких группах, где было отмечено нарушение групповых норм и правил в связи экспансивным оттенком эмоционального поведения у большинства участников группы.

В исследовании также применялись экспериментально - психологический метод, метод анкетирования, метод супервизии, клинический метод оценки терапевтических факторов группового процесса. Экспериментально-психологический метод включал следующие психодиагностические методики:

Многошкальный опросник невротических черт личности (НЧЛ), разработанный в Санкт – Петербургском НИПНИ им. В.М. Бехтерева (РФ) (Вассерман Л.И. и др., 2003), является психоdiagностическим инструментом для оценки структуры и степени выраженности невротических и неврозоподобных состояний, а также особенностей личности, потенциально значимых для генеза неврозов и психосоматических расстройств. Методика предназначена для использования в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств в целях патогенетической и дифференциальной диагностики, а также для определения задач, методов и эффективности психотерапии и социальной реабилитации. В психопрофилактических, скрининговых исследованиях методика может использоваться в батарее с другими экспресс-диагностическими методиками для выявления лиц с повышенным риском психической дезадаптации. Опросник «Невротические черты личности» (НЧЛ) содержит 119 пунктов – утверждений. Эти утверждения образуют 9 шкал (7 основных – личностных шкал и 2 контрольные шкалы). Личностные шкалы: 1) «Неуверенность в себе»; 2) «Познавательная и социальная пассивность»; 3) «Невротический “сверхконтроль” поведения»; 4) «Аффективная неустойчивость»; 5) «Инровертированная направленность личности»; 6) «Ипохондричность»; 7) «Социальная неадаптивность». Контрольные шкалы: 8) «Симуляция» и 9) «Диссимуляция» [17].

Опросник «Тип поведенческой активности» (ТПА). Данный опросник предназначен для скрининговых исследований при выделении групп риска психической дезадаптации, предболезненных расстройств со стороны психической сферы или начальных проявлений нервно-психических, психосоматических расстройств, тенденции к саморазрушающему поведению. Опросник выделяет из возможных пяти типов (А, А 1, АБ, Б 1, Б) поведенческой активности два неблагоприятных (А и Б), характеризующих личность с низкой устойчивостью к стрессу [10].

Опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания. Опросник помогает оценить эффективность психотерапевтического воздействия через анализ степени осознания психологических механизмов болезни в катамнестическом исследовании. Опросник содержит 14 утверждений, касающихся различных проблем и трудностей, с которыми могут сталкиваться люди [10].

Анкета оценки эффективности группы. В исследовании использован вариант анкеты Р. Ко-чюнаса, состоящей из 12 вопросов [12].

Супервизия. Отчёт супервизора создан по модели из книги Э. Уильямса «Вы - супервизор... Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии» [23].

Клинико-статистический метод исследования. Для сравнительного анализа, направленного на обнаружение достоверности различий, использован t - критерий Стьюдента, при вычислении использовалась программа Statistica V.6, для расчета достоверности различия между параметрами зависимых групп применялся непараметрический Т - критерий Вилкоксона [4].

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам клинико - психопатологического и

экспериментально-психологического методов обследования участники основной и контрольной групп исследования были разделены каждая на три части, две из которых были представлены невротическими и преневротическими психическими расстройствами, третью часть составили практически психически здоровые лица. Разделение контингента участников по 3-м группам отражено на рисунке 1.

В первой подгруппе жалобы на ухудшение состояния здоровья (слабость, периодические головные боли, снижение настроения, неуверенность, волнение, усталость, раздражительность, снижение умственной и физической работоспособности, различные расстройства сна) предъявили 14 ($9,7 \pm 4,8\%$) участников основной и 10 ($7,4 \pm 4,4\%$) участников контрольной частей выборки. Подобные патологические радикалы были квалифицированы как невротическое расстройство (F48.0 - Неврастения). Основными невротическими симптомокомплексами (нередко сочетаемыми) в этой подгруппе явились аффективный (45%), вегетативный (53%), астенический (74%), реже встречался диссомнический (7%), отсутствовали же такие возможные проявления болезни, как ипохондрические, обсессивные, диссоциативные, депрессивные и фобические.

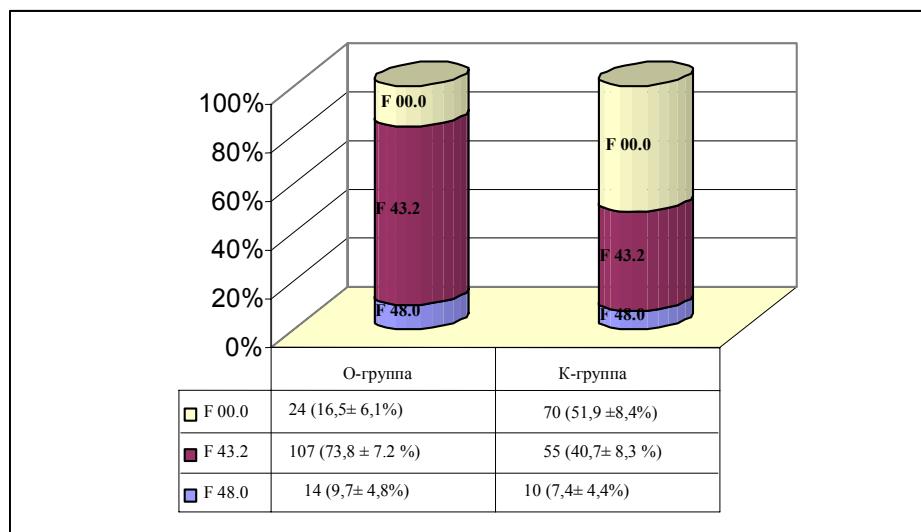


Рисунок 1. Соотношение представленности пограничных психических расстройств в основной (O) и контрольной (K) частях выборки

Во второй подгруппе большинство студентов основной части выборки (107 человек – ($73,8\% \pm 7,2\%$)) в качестве острых или хронических проблем называли внутриличностные конфликты, нарушение межличностных отношений, проблемы с учёбой, жилищные проблемы, желая их психотерапевтического разрешения. В контрольной части выборки такие жалобы предъявили 55 человек ($40,7\% \pm 8,3\%$). Расстройства адаптации в этой подгруппе были распределены следующим образом (см. таблицу №1).

Переживания проблем, по заверениям студентов, не сопровождались нарушением жизнедеятельности и физиологических функций. В жалобах преобладали эмоциональные нарушения в виде кратковременных эпизодов вспышчивости, пессимистической оценки будущего, неопределенной подавленности, некоторого чувства страха. Психопатологическая симптоматика была мало выражена, и в оценке психического статуса в этой подгруппе преобладали описания неуверенности в себе и соб-

Таблица №1

Распределение вариантов расстройств адаптации у студентов основной и контрольной подгрупп

Варианты расстройств адаптации	Основная подгруппа		Контрольная подгруппа	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
F43.0 Острая реакция на стресс	2	1,9	0	0
F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство	2	1,9	5	9,1
F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации	11	10,3	15	27,3
F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации	78	72,9	26	47,3
F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации	9	8,4	3	5,5
F 43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций	7	6,5	6	10,1
F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения	0	0	0	0
F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации	0	0	0	0
ВСЕГО	107	100	55	100

ственных силах, экстра- и интрапунитивная оценка ситуации, пассивность, снижение мотивации к обучению, некоторое ограничение социальных контактов и отсутствие стремления к ним, ощущение когнитивного снижения. Третья подгруппа, в которой студенты основной группы (24 человека - 16,5%) отрицали наличие каких-либо психологических проблем, но согласились на участие в предлагаемой краткосрочной групповой психотерапии из интереса или заявляя о мотиве личностного роста. В контрольной группе психически здоровых лиц было 70 человек (8,4%).

С целью уточнения и более полной формулировки клинического диагноза пограничного психического расстройства, что декларируется «Клиническими описаниями и указаниями по диагностике» МКБ - 10 в исследовании был применён классификатор рубрики Z МКБ - 10 (Класс XXI – «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращение в органы здравоохранения). Шифр Z использовался параллельно с основным шифром F (см. таблицу №2). В исследовании среди стрессовых этиологических факторов наиболее часто были представлены (по степени убывания) – «Недостаток отдыха и расслабления» (Z73.2), «Низкий доход» (Z59,6), «Переутомление» (Z73.0), «Напряжённое рабочее расписание» (Z56.3) (см. таблицу №2). Зачастую студенты называли несколько стрессовых факторов, являющихся, по их мнению, причиной дезадаптивного состояния. В 2-х случаях мы применили констатации любовных проблем Z73.3 - «Стressовое состояние, не классифицированное в других рубриках». Стоит отметить достаточно распространенную причину дезадаптации, связанную с проблемами самоопределения и становления про-

фессионального статуса студентов старших курсов, обозначенную нами в Z73.5 - «Конфликт, связанный с социальным статусом, не классифицированный в других рубриках». Два шифра - Z73.8 2 «Другие проблемы, связанные с трудностями организации нормального образа жизни» и Z73.9 «Проблема, связанная с трудностями организации нормального образа жизни, неуточненная» были использованы в случаях декларации студентами проблем проживания, например, в общежитии, на съёмной квартире, а иногда в той ситуации, когда студент не мог конкретизировать суть своего недовольства. И, наконец, та группа студентов, которая отрицала наличие психологических проблем и участвовала в групповой психотерапии с мотивацией интереса и личностного роста, была отнесена нами к Z50.4 – «Психотерапия, не классифицированная в других рубриках». Результаты классификации стрессоров в контрольной части выборки в целом не имеют значительных различий с основной частью выборки.

Однако можно отметить большее количество проблем, связанных с понятием личностного самоопределения и социального статуса. Так, например, в контрольной группе чаще встречались Z55.4 «Плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с учителями и соучениками» (48,1% против 39,3% в основной группе), Z73,5 «Конфликт, связанный с социальным статусом, не классифицированный в других рубриках» (44,4% против 24,1% в основной подгруппе).

Результаты исследования по опроснику НЧЛ. Средние показатели первичных шкальных оценок по всем семи личностным шкалам в основной и контрольной группах выявили пониженную и среднюю степень выраженности невротических

Таблица №2

Квалификация по МКБ-10 видов психосоциальных стрессоров у обследуемых студентов

	Основная группа	Контрольная группа			
		Абсолютное число (чел.)	%	ДИ пропорции	%
F 4 – Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства					ДИ пропорции
Z55 - Z65 – Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами	2	1,4	± 1,6%	0	0
Z70-Z76 – Обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами	14	9,7	± 4,8%	25	1,9 ±2,4%
F 43.2. Z55.2 Провал на экзаменах	57	39,3	± 8%	65	48,1 ± 8,4%
F 43.21. Z55.4 Плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с учителями и соучениками	92	63,4	± 7,8%	70	51,9 ± 8,4%
F 43.20. Z56.4 Конфликт с начальником и сослуживцами	5	3,4	± 3%	5	3,7 ± 3,2%
F 43.21. Z56.6 Другое физическое и психическое напряжение в работе	7	4,8	± 3,5%	0	0
F 43.21. Z59.1 Неудовлетворительные жилищные условия	21	14,5	± 5,7%	10	7,4 ± 4,4%
F 43.21. Z59.6 Низкий доход	112	77,2	± 6,8%	90	66,7 ± 8%
F 43.20. Z60.0 Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни	4	2,8	± 2,3%	10	7,4 ± 4,4%
F 43.21. Z60.3 Грудиности, связанные с принятием другой культуры	1	0,7	± 1%	0	0
F 43.21. Z60.8 Другие проблемы, связанные с факторами социального окружения	55	3,4	± 3%	10	7,4 ± 4,4%
F 43.21. Z63.0 Проблемы, связанные с взаимоотношениями супругов или партнеров	8	5,6	± 3,7%	5	3,7 ± 3,2%
F 43.21.Z63.1 Проблемы взаимоотношений с собственными родителями жены или мужа	1	0,7	± 1%	0	0
F 43.21. Z63.2 Недостаточная семейная поддержка	3	2,1	± 2,2%	0	0
F 43.0. Z63.4 Испечивание или смерть члена семьи	2	1,4	± 1,6%	0	0
F 48. 0. Z73.0 Переутомление	102	70,3	± 7,4%	105	77,8 ± 7%
F 48.0. Z73.2 Недостаток отдыха и расслабления	124	85,5	± 5,7%	100	74,1 ± 7,7%
F 43.1. Z73.3 Стресовое состояние, не классифицированное в других рубриках	2	1,4	± 1,6%	5	3,7 ± 3,2%
F 43.22. Z73.5 Конфликт, связанный с социальным статусом, не классифицированный в других рубриках	35	24,1	± 7%	12	44,4 ± 3,4%
F43.22.Z73.8 Другие проблемы, связанные с трудностями организации нормального образа жизни	12	8,4	± 4,5%	15	11,1 ± 5,3%
F43.22. Z73.9 Проблема, связанная с трудностями организации нормального образа жизни, неуточненная	3	2,1	± 2,2%	5	3,7 ± 3,2%
F 00.0 Z50.4 Психотерапия, не классифицированная в других рубриках	24	16,5	± 6,1%	0	0

* Примечание - полужирным шрифтом выделены наиболее часто встречающиеся психосоциальные стрессоры

личностных свойств, то есть общий результат исследования не выявил у студентов обеих групп выборки наличия невротического профиля личности, что демонстрируют данные таблицы №3. Показатели шкал 1, 2, 5, 6, 7 - «Неуверенность в себе», «Познавательная и социальная пассивность», «Интратавертированная направленность личности», «Ипохондричность», «Социальная неадаптивность» находятся в обеих группах выборки на уровне низкой нормы или пониженной степени выраженности, а показатели аффективной неустойчивости (4 шкала) и интравертированной направленности личности (5 шкала) - на уровне средней нормы признака. Однако выявлены 80 студентов (55,1%) основной части выборки с повышенными значениями шкал теста НЧЛ по 3 шкале «Невротический сверхконтроль поведения» - 54 человека (37,2%) и по 4 шкале «Аффективная неустойчивость» - 26 человек (17,9%). Также можно отметить, что при достаточно большом диапазоне цифровых значений для средних степеней выраженности личностных свойств (например, 18 - 31 - для 3 шкалы, 27 - 50 - для 1 шкалы) результаты по 3 шкале «Невротический сверхконтроль поведения» и в основной (29,4), и в контрольной группах (28,3) приближаются к границе между нормой и патологией. Повышенное значение оценки данной шкалы описывает личность с проблемами свободной самореализации, превалированием мотивации избегания

неуспеха над мотивацией высоких достижений, а именно эти проблемы заявлялись в числе основных при собеседовании перед началом групповой психотерапии.

По окончании краткосрочной групповой психотерапии отмечено статистически достоверное снижение показателей опросника НЧЛ по всем шкалам невротических свойств личности за исключением седьмой - «Социальная неадаптивность» и восьмой - «Симуляция», причём различия в динамике по всем изменившимся шкалам статистически значимые, а положительные изменения доказываются положительными значениями t - критерия Стьюдента. Тем не менее можно заметить тенденцию к снижению показателей 7 и 8 шкал, хотя эта разница и не достигла степени статистической достоверности. Динамику средних групповых результатов теста НЧЛ в основной группе исследования можно считать успешной и зависимой от проведённой групповой психотерапии. Среднегрупповой результат в трёх группах улучшился, прийдя к нормативным показателям, хотя и сохранился на прежнем уровне в группе V курса педиатрического и IV курса лечебного факультета, что может свидетельствовать и об отсутствии эффекта групповой терапии и о возможном влиянии на этот показатель средовых факторов, а в контрольной части выборки фиксировались изменения в негативную сторону (см. таблицу № 3).

Таблица №3

Средние показатели шкал опросника НЧЛ в основной и контрольной группах исследования до (1 срез) и после (2 срез) групповой психотерапии

Шкалы невротических черт личности	1.Неуверенность в себе	2.Познавательная и социальная пассивность	3.Невротический «сверхконтроль» поведения	4.Аффективная неустойчивость	5.Интровертированная направленность	6.Ипохондричность	7.Социальная неадаптивность	8.Симуляция	9.Диссимуляция
Средняя выраженность свойств личности	27-50	49-70	18-31	11-24	5-16	30-40	11-24	6-27	6-40
O – 1 срез	25,7±3,6	48,6±6,0	29,4±3,9	15,2±2,6	9,6±2,3	28,1±3,8	9,6±2,3	18,7±2,9	30,1±3,5
O - 2 срез	24,5±3,5	46,3±5,7	24,3±3,4	11,3±2,4	9,0 ± 2,2	27,0±3,7	9,3±2,2	18,4±2,9	28,2±3,8
K - 1 срез	23,5±3,4	51,1±6,4	28,3±3,9	15,4±2,7	10,2±2,3	29,1±4,0	8,0±2,2	20,1±3,1	30,1±4,1
K - 2 срез	27,4±3,8	47,7±6,0	27,8±3,9	20,4±3,1	10,3±2,3	20,0±3,1	8,6±2,2	20,0±3,1	29,0±4,0

Так, выявлены статистически значимые ($p<0,05$) изменения показателей шкал 1, 2, 4, 6, 9 - «Неуверенность в себе», «Познавательная и социальная пассивность», «Аффективная неустойчивость», «Ипохондричность» и «Диссимуляция», с повышением значений оценок по шкалам 1 - «Неуверен-

ность в себе» и 4 - «Аффективная неустойчивость», причём по 4 шкале повышение было значительным, приблизившись к верхней границе нормы (от 15,4 до 20,4). Этот результат указывает на ухудшение личностных характеристик с тенденцией к некоей пассивности личности, отсутствию стремления к

личностному росту, самосовершенствованию, возможность раздражительных и гневливых реакций, снижения регуляторных возможностей психики в целом. Статистически недостоверное, но, всё же, некоторое повышение показателей шкал 5 - «Интуивированная направленность личности» и 7 - «Социальная неадаптивность» также может свидетельствовать об ухудшении личностного функционирования. Таким образом, оставив контрольные группы исследования без психотерапевтического воздействия, мы получили ситуацию спонтанного ухудшения в личностной сфере.

Результаты исследования по опроснику ТПА. Из 22 групп основной части и 18 групп контрольной части выборки в двух группах (VI курс МПФ и V курс педиатрического факультета), фиксировался неблагоприятный ТПА А1 с повышенной деловой активностью, целеустремлённостью, но и неустойчивостью настроения и поведения в стрессово-насыщенных ситуациях, лёгкостью возникновения тревоги, снижением уровня контроля личности, преодолеваемым волевыми усилиями. В остальных случаях у студентов диагностирован адекватный ТПА

АБ с целенаправленной деловитостью, умением сбалансировать деловую активность, эмоциональной стабильностью и предсказуемостью в поведении, относительной устойчивостью к действию стрессогенных факторов. В основной части выборки выявлено 6 студентов, имеющих ТПА А1, и 8 студентов с ТПА Б1, для которых характерны неумение или нежелание быстро менять стереотипы деятельности, что вызывает трудности в приспособлении к ситуациям, относительная устойчивость к фрустрирующим и стрессогенным ситуациям и обстоятельствам, однако при длительном действии этих факторов – возможность депрессивных реакций, потеря интереса к работе и общению. По данным катамнеза после проведения групповых занятий имелись позитивные изменения у восьми студентов, и в результате А - тип поведенческой активности зафиксирован только у одного студента, тип Б - у шести студентов. Данные таблицы № 4 отражают позитивную динамику в отношении двух терапевтических групп с переходом ТПА А 1 в АБ и отрицательную динамику перехода одной группы контрольной части выборки от АБ к А 1.

Таблица №4

*Средние показатели опросника ТПА в основной (О) и контрольной (К) группах исследования
в 1 и 2 срезах исследования*

группы	ДИ средних групповых значений теста ТПА в О - группе				ДИ средних групповых значений теста ТПА в К - группе			
	1 срез		2 срез		1 срез		2 срез	
VII курс ВОП	365±43	АБ	411±47	АБ	420±50	АБ	404±48	АБ
VII курс ПЕД	378±44	АБ	381±44	АБ	398±48	АБ	394±47	АБ
VI курс СТОМ	374±43	АБ	393±45	АБ	415±50	АБ	402±48	АБ
VI курс НПЭ	418±48	АБ	418±48	АБ	-	-	-	-
VI курс ЛЕЧ	377±44	АБ	391±68	АБ	408±49	АБ	394±47	АБ
VI курс ПЕД	431±50	АБ	431±50	АБ	368±44	АБ	386±46	АБ
V курс СТОМ	410±47	АБ	382±44	АБ	402±48	АБ	396±47	АБ
VI курс МБФ	403±47	АБ	388±45	АБ	411±49	АБ	403±48	АБ
VI курс МПФ	330±38	А 1	385±44	АБ	391±47	АБ	388±46	АБ
V курс ЛЕЧ НПЭ	451±52	АБ	451±52	АБ	-	-	-	-
V курс ЛЕЧ	416±48	АБ	419±48	АБ	401±48	АБ	396±47	АБ
V курс ПЕД	322±37	А 1	337±39	АБ	392±47	АБ	380±46	АБ
IV курс СТОМ	368±43	АБ	359±41	АБ	377±45	АБ	378±45	АБ
V курс МБФ	452±52	АБ	422±49	АБ	386±46	АБ	387±46	АБ
V курс МПФ	400±46	АБ	378±44	АБ	394±47	АБ	397±48	АБ
IV курс ПЕД НПЭ	376±43	АБ	364±42	АБ	-	-	-	-
IV курс ЛЕЧ	415±48	АБ	395±46	АБ	358±43	АБ	309±37	А 1
IV курс ПЕД	391±45	АБ	382±44	АБ	390±47	АБ	408±49	АБ
III курс СТОМ	399±46	АБ	396±46	АБ	374±45	АБ	379±46	АБ
IV курс МБФ	399±46	АБ	381±44	АБ	400±48	АБ	401±48	АБ
IV курс МПФ	436±50	АБ	429±50	АБ	451±54	АБ	412±49	АБ
III курс ЛЕЧ НПЭ	383±44	АБ	390±45	АБ	-	-	-	-

Примечание - Полужирным шрифтом выделена динамика типов поведенческой активности до и после проведения групповой психотерапии

Результаты исследования по опроснику для изучения степени осознания психологических механизмов своего заболевания. Выявлена низкая степень осознания всех интрапсихических конфликтов в обеих частях выборки, показатели осознания конфликта превышали средний нормативный критерий 2,0, причём в контрольной группе осознание некоторых конфликтов

было несколько выше, чем в основной. Повторное выполнение опросника после проведенной психотерапии в основной части выборки выявило яркую динамику показателей осознания конфликта - обнаружены достоверные различия показателей 1 и 2 срезов исследования, подтверждающие улучшение осознания 1, 2, 3, 4, 6, 11, 12, 13 конфликтов (см. таблицу №5).

Таблица №5

Средние значения показателей осознания конфликтов в основной (O) и контрольной (K) группах до и после групповой психотерапии

Интрапсихические конфликты	O - 1 срез	O - 2 срез	Разница в баллах	K - 1 срез	K - 2 срез	Разница в баллах
1. между потребностью к независимости и получению помощи	2,31	1,81	-0,5	1,14	1,74	+0,6
2. между потребностями к доминированию и подчинению.	2,03	1,90	-0,13	1,30	2,01	+0,71
3. между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости	2,21	1,99	-0,22	2,07	2,41	+0,33
4. между потребностью в достижениях и страхом неудачи.	2,17	1,85	-0,32	2,15	2,44	+0,29
5. между уровнем притязаний и уровнем достижений	1,54	1,57	+0,03	1,15	1,59	+0,44
6. между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды	1,94	1,72	-0,22	0,96	1,81	-0,15
7. между нормами и сексуальными потребностями	1,88	1,83	-0,05	2,14	2,04	-0,1
8. между собственными поступками и нормами	1,64	1,71	+0,07	1,41	1,44	+0,03
9. между нормами и агрессивными тенденциями.	1,73	1,64	-0,09	1,67	1,96	+0,33
10. между уровнем доверенных задач и своими возможностями	2,33	2,35	+0,02	2,26	2,15	-0,09
11. между стремлением к достижению во всех областях жизни и невозможностью совместить требования различных ролей.	2,23	2,13	-0,1	2,04	2,26	+0,22
12. между уровнем притязания и возможностями.	2,15	1,96	-0,19	1,67	1,89	+0,22
13. между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий	2,30	2,11	-0,09	2,04	2,07	+0,03
14. между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (женщиной) и эмоционально-сексуальных неудач.	2,13	2,16	+0,03	2,19	2,18	-0,01
Примечание						
1 Полужирным шрифтом выделены показатели низкого осознания конфликта (>2,0)						
2 Курсивом и цветом выделен прирост показателя осознания конфликта						

Тенденция к ухудшению осознания отмечена в отношении конфликтов 5, 8, 10, 14, но статистически достоверных различий в этих корреляциях не обнаружено (t - критерий имеет отрицательные

значения, $p>0,05$). Тогда как в контрольной группе, наоборот, произошли негативные изменения в сторону ухудшения осознания конфликтов 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14 (отрицательные значения t -

критерия), а в отношении 1, 2, 6, 9 конфликтов обнаружены статистически значимые различия. Ухудшение осознания конфликтов в основной группе исследования наблюдалось лишь в отношении 3, 8 и 10 конфликтов - конфликт между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости; конфликт между нормами и сексуальными потребностями; конфликт между уровнем доверенных задач и собственными возможностями. Прирост практически всех показателей конфликтов у участников контрольной части выборки свидетельствует о большей степени неосознанности своей психической жизни и вероятном формировании психологических защит личности в проблемных для неё ситуациях, а также необходимости психотерапевтического воздействия.

Оценка терапевтических факторов группового процесса, анкетирования студентов и супервизии. Следует признать в качестве позитивных результатов исследования действие практически во всех психотерапевтических группах терапевтических факторов группового процесса – сообщения информации, внушения надежды, универсальности страданий, альтруизма, развития техники межличностного общения, имитационного поведения, интерперсонального влияния, групповой сплоченности. Не удалось проследить действие двух терапевтических факторов – корrigирующей рекапитуляции первичной семейной группы и катарсиса, что вполне можно объяснить лимитом времени при краткосрочной форме групповой работы. Наиболее ярко проявился и был отмечен по окончании терапии в анкетах участников групп фактор сообщения информации. Менее выраженными в ходе работы были факторы внушения надежды, альтруизма и универсальности страданий. Фактор имитационного поведения лучше проявился в группах III - IV курсов, что, вероятно, обусловлено лучшей включаемостью более молодых людей в игровой компонент групповой терапии. Тем не менее, практически во всех группах отмечались те или иные групповые феномены психологической защиты - «групповое бегство», «групповое нарушение норм и правил» (особенно характерное для групп с участниками более молодого возраста), защитный феномен интеллектуализации. В ходе групповой работы было использовано проигрывание ролевых ситуаций из медицинской жизни, что способствовало профессиональному становлению личности будущего специалиста. Подобные элементы были использованы в работе с группами врачей-интернов и групп старших курсов лечебного факультета, занимающихся по программе научно-педагогического эксперимента. Предпочитаемыми и успешными психотерапевтическими техниками и приёмами у студентов III - IV курсов были методики психогимнастики, функциональной тренировки поведения, танцевальная терапия. Напротив, у студентов

старших курсов отмечен тропизм к методикам, составляющим поведенческое и опытное направление психотерапии. Позитивно воспринимались приёмы гештальтерапии, обучение принципам трансакционного анализа Э. Берна. Особенно эффективным можно считать трансактный анализ при разборе профессиональных ситуаций (взаимоотношения студентов со старшими коллегами, пациентами), где группы сообща вырабатывали навыки поведения «Взрослого», принимая ответственность за ситуацию на себя. Меньшим успехом пользовался метод биографического транса, в связи с чем, по мере накопления негативного опыта методика использовалась реже. Во многих группах старших курсов стал возможным разбор модели базового психосоматического конфликта в рамках позитивной психотерапии.

При сравнении групповой работы студентов различных факультетов наиболее активными в работе и продемонстрировавшими лучшие терапевтические групповые эффекты стали студенты медико-биологического и педиатрического факультетов. Терапевтическая эффективность метода краткосрочной групповой психотерапии в исследовании явно зависела от возраста и степени личностной зрелости участников. Если студенты средних курсов предпочитали разогревающие и игровые техники, то студентов старших курсов преимущественно интересовали методики, способствующие самопознанию, осознанию и коррекции межличностных проблем, о чём студенты заявляли в ходе групповой психотерапии и оценивали свои предпочтения в анкетах. Позитивным влиянием на их жизнь называли участие в группе 137 студентов выборки (94, 5%). Таким образом, классические составляющие групповой психотерапии – интеракционно-коммуникативные, поведенческие методы – более предпочтительны и для краткосрочной формы ведения группы, отмечены определённые корреляции между предпочтениями студентов в отношении определённых методов и техник и их возрастом и личностной зрелостью.

Помимо констатации произошедших со студентами психотерапевтических изменений с позиции психотерапевта и самих участников эффективность используемого метода оценивалась независимым наблюдателем (супервизором). Работа терапевта была оценена положительно с замечанием о желательности видеонаблюдений за работой групп. Модель отчёта о супервизии содержит 5 разделов, подробно анализирующих стиль и эффективность работы, личностные и профессиональные качества терапевта.

Согласно результатам анкеты из 12 вопросов, касающихся участия в групповой работе, 95% студентов позитивно оценили как своё участие в группе, так и форму, и стиль работы терапевта. Наиболее востребованной моделью поведения психотерапевта явилась роль фасilitатора, то есть направляющая роль инициатора взаимодействия, но не

директивная, не интерпретирующая. Таким образом, в настоящем исследовании при комплексной оценке эффективности метода краткосрочной групповой личностно - ориентированной терапии доказана его действенность для коррекции нарушенных при невротических расстройствах личностных характеристик.

Заключение. Психическое здоровье личности - одна из наиболее актуальных проблем гуманистического направления современной психологии и социальной психиатрии. Значимость понятий психического здоровья и профессиональной компетентности для будущего специалиста в области общественного здравоохранения велика на настоящем этапе совершенствования системы дипломного медицинского образования. В этой связи цели нашего исследования, изучающего личностные характеристики будущих специалистов в сфере медицины, невротические проблемы студентов и перспективы их коррекции и психотерапии, представляются достаточно актуальными, так как затрагивают не только проблемы индивидуального личностного становления и роста, но и успешной профессиональной деятельности, являющейся перспективной целью обучения в медицинском ВУЗе. Мы подошли к решению этой проблемы с позиций личностно-ориентированной психотерапии, отмечая, что одним из наиболее эффективных подходов внутри этого направления является групповой. При этом модель краткосрочной групповой психотерапии выбрана как наиболее экономичная и рентабельная, позволяющая в короткие сроки получить терапевтический эффект. Также апробация метода привлекательна и с психологических позиций - как возможность предоставления студенческой популяции потенциала позитивного роста, развития личностного Я, уверенности в себе.

Проверка эффективности метода проводилась согласно известным в литературе принципам и стандартам и включала катамнестическое психодиагностическое обследование, оценку терапевтических факторов группового процесса, результаты анкетирования и супervизии независимым наблюдателем. Чрезвычайно важными представляются рассматриваемые в исследовании вопросы дефиниции преневротических и невротических расстройств с опытом «кодирования более одного диагноза» по МКБ - 10, позволяет расширить представление о личности психически больного человека, возможно, приближаясь к реализации модели личностно-центрированного интегративного диагноза, а также прогрессировать в актуальном превентивном направлении развития психиатрии.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-психопатологическая оценка психического состояния участников исследования выя-

вила у 9,7% основной части выборки студентов наличие патологического уровня психической дезадаптации, соответствующего критериям невротического расстройства в форме F48.0 - «Неврастении», у 73,8% студентов - непатологический уровень психической дезадаптации, квалифицируемый как F43 - «Расстройства адаптации» (различные формы). Оставшиеся 16,5% студентов составили группу практически психически здоровых. В контрольной части выборки эти показатели составили 7,4%, 40,7% и 51,9%, соответственно. Комбинация двух шифров F и Z для квалификации психического состояния участников позволяет не только уточнить и расширить клинический диагноз, но и указать на мишени и цели психотерапевтического воздействия.

2. Экспериментально-психологическое исследование выявило у 67,6% студентов основной части и 40,7% - контрольной части выборки повышенное значение большинства показателей теста НЧЛ, что свидетельствует о высоком риске психической дезадаптации. Малая степень осознания интрапсихических конфликтов, лежащая в основе патогенетического механизма невротических расстройств, обнаружена и в основной части выборки (9 конфликтов из 14), и в контрольной части (7 конфликтов). Типы поведенческой активности в контрольной части выборки исследования соответствуют адекватным и компенсированным формам без риска психической дезадаптации, но у 10,3% студентов основной части выявлены краевые типы А и Б, характерные для лиц с низкой устойчивостью к стрессу. В целом результаты ЭПИ подтверждают клинические диагнозы выявленных в выборке пограничных психических расстройств.

3. Катамнестическое психодиагностическое исследование констатирует улучшение личностных характеристик студентов в основной части выборки после проведения групповых терапевтических сессий, тогда как в контрольной группе без психотерапевтического воздействия отмечено их ухудшение с риском формирования невротических черт личности и состояний психической дезадаптации.

4. Психодиагностический комплекс методов исследования личности, включающий многошкольный опросник невротических черт личности, опросник «Тип поведенческой активности» и опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания, достаточно информативен и как инструмент диагностики свойств личности, и как способ оценки эффективности групповой психотерапии.

5. Интегративная модель краткосрочной групповой психотерапии достаточно эффективна и целесообразна в условиях дефицита времени и интенсивного режима обучения для коррекции психической дезадаптации студентов медицинского ВУЗа. Эффективность метода подтверждена комп-

лексной оценкой результатов исследования, учитываяющей катамнестическое психоdiagностическое обследование, терапевтические факторы групповой динамики, позитивную субъективную оценку результата терапии её участниками и положительные отзывы супервизора.

6. В интегративной модели групповой личностно-ориентированной психотерапии наибольшим терапевтическим эффектом обладают психогимнастика, методы функциональной тренировки поведения, психодрама, гештальтприёмы и трансактный анализ.

Литература:

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. — М., Медицина, 2000. — 495 с.
2. Алтынбеков С. А., Бултачеев Ж. Ж. *Клинические особенности рас-стройств адаптации* // «Вопросы ментальной медицины и экологии». — 2007.— Т. XIII. — № 1. — С. 67 – 70.
3. Брагина К.Р. *Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения* // Вісник Вінницького державного медичного університету. — 2003. — Т.7, вип. 2/2. — С.849 – 851.
4. Гланц С. *Медико-биологическая статистика*. М: Практика, 1999. — 459 с.
5. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д.Карвасарского, С. Ледера. — М.: Медицина, 1990. — 384 с.
6. Групповая психотерапия: Теория и практика / И.Ялом. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. — 576 с.
7. Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. *Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года)*. — Павлодар, 2006. — 400 с.
8. Катков А.Л. *Интегративная психотерапия - новые подходы* // Вопросы ментальной медицины и экологии. — 2004. — Том 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии». — С. 37– 46.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. *Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией*. Павлодар, 2003. —267 с.
10. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб, 2002. — 541 с.
11. Кори Д. *Теория и практика группового консультирования*. М., 2003. — 640 с.
12. Кочюнас Р. *Психотерапевтические группы: теория и практика*. М.: «Академический Проект», 2000. — 238 с.
13. Кулаков С.А. *Интегративные тенденции в психотерапии эпохи постмодерна* // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2004. — Том 01/N 3. — С. 37 – 40.
14. Маринич В.В., Косенкова Т.В., Жукова Н.Б. Здоровье сберегающие технологии в высшем учебном заведении // Будущее клинической психологии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (27 марта 2008 года) / Под редакцией Е.В. Левченко, А.Ю.Бергфельд. — Пермь, 2008. — С. 177 – 179.
15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Россия, СПб.: Изд-во «АДИС». — 1994. — 248 с.
16. Невельсон Е.Ю., Копинг-поведение социальных работников в стрессовых ситуациях: теоретические подходы и диагностический инструментарий // Будущее клинической психологии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (27 марта 2008 года) / Под редакцией Е.В. Левченко, А.Ю.Бергфельд. — Пермь, 2008. — С.43 – 48.
17. Психологическая диагностика невротических черт личности. Методические рекомендации. СПб, 2003. — 29 с.
18. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка её эффективности: Методические рекомендации / В.А. Абабков, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская и др.— СПб, 2004. — 49 с.
19. Россинский Ю. А., Семке В.Я., Асланбекова Н.В. *Качество жизни и психическое здоровье врачей стационарного профиля*. - Павлодар. – 2008. – 319 с.
20. Рудестам К. *Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика*. М.: Прогресс, 1993. — 368 с.
21. Семичов С.Б. *Предболезненные психические расстройства*. — Л.: Медицина, 1987. — 182 с.
22. Стукалова Л.А. *Доболезненные проявления психической дезадаптации у студентов в процессе обучения* / Л. А. Стукалова, П. Л. Стукалов // ЦНИЛ - вчера, сегодня, завтра: Сб. науч. тр. — Воронеж, 2003. — С.276 – 280
23. Уильямс Э. *Вы-супervизор... шестифокусная модель, роли и техники терапии*. — М., Независимая фирма «Класс», 2001. — 288с.
24. Фролова О.П., Юркова М.Г. *Психологический тренинг как средство адаптации студентов к обучению в вузе* // Вопросы профориентации, адаптации и профессиональной подготовки / Под ред. В.Г. Асеева. — Иркутск, 1994. — С. 55 – 64.

-
-
25. Чехлатьй Е.И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2006. — № 2. — С. 23 – 24.
26. Яницкий М.С. Состояния психической дезадаптации у студентов и пути оптимизации адаптационного процесса в вузе // Вопросы общей и дифференциальной психологии. Кемерово, 1998. — С. 58 – 67.
27. Barlow D. H. Psychotherapy and Psychological Treatments: The Future // Clinical Psychology: Science and Practice. — 2006. — Vol.13. — P. 216 – 220.
28. Foy D. Group therapy / Foy D., Glynn S., Schnurr P., et al // In: Foa E, Keane T (eds): Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, NY, Guilford Press. — 2000. — P. 155 – 175.
29. Southam-Gerow M. A. Integrating Interventions and Services Research: Progress and Prospects / M.A. Southam-Gerow, H. L. Ringeisen, J. T. Sherrill // Clinical Psychology: Science and Practice. — 2006. — Vol.13. — P. 1 – 8.
30. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category // BMJ. — 2001. — 322. — P. 95 – 98.

АКТУАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТЕКСТЫ И УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОГО ДВИЖЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

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

г. Павлодар, г. Москва

Введение

Психотерапия в последние годы переживает наиболее интенсивный и, возможно, драматический период своего развития.

С одной стороны, мы являемся свидетелями очевидной психотерапевтической экспансии в общем поле традиционных - помогающих и развивающих - гуманитарных практик. С другой - появляется все больше предпосылок того, что аморфный и плохо структурированный функциональный сектор психотерапии может быть перекрыт поднимающимся кластером более простых и востребованных технологий «новой волны» - консультативных, тренинговых и других. В данной ситуации выбор пути развития является основным вопросом, ответ на который будет определять будущее профессиональной психотерапии, статус специальности и специалистов - психотерапевтов на многие десятилетия.

Такого рода выбор, как минимум, должен предваряться анализом возможных вариантов развития профессиональной психотерапии, с достаточно глубокой проработкой дивидендов и издержек каждого из них. Полагаем, что всерьез можно обсуждать два основных сценария развития профессии. Первый - предполагает опору на существующие тенденции становления профессиональной психотерапии без какой-либо существенной трансформации в ближайшие годы и десятилетия. По основным позициям, такой сценарий сводится к следующему. Развитие профессиональной психотерапии продолжается за счет разработки новых психотерапевтических методов, экспансии соответствующих

психотерапевтических школ, совершенствования существующих моделей и направлений психотерапии. При этом системообразующие стержни новых психотерапевтических методов, обосновываются, как и ранее, произвольными представлениями авторов о природе и динамике психологических процессов при дефиците соответствующего базиса верифицированных знаний. В данной ситуации преобладают центробежные процессы «расползания» профессионального поля психотерапии. Что совершенно естественно, поскольку у специалистов - представителей определенных психотерапевтических школ актуальными являются лишь pragматические мотивы отстаивания концептуальных границ близких им психотерапевтических методов и подходов. В метафорическом смысле, эти границы и есть «тот сук, на котором они сидят», и никто не будет рубить его добровольно. Противоположные центростремительные тенденции - попытки объединения множества разрозненных, произвольно структурированных психотерапевтических технологий в общее профессиональное поле – в такой ситуации воспринимаются, скорее, как реакция на опасность полной утраты профессиональной идентичности, чем осмысленный поиск объединяющего, научно-обоснованного базиса. При этом значимость такого рода попыток приижается очевидной слабостью используемых методологических подходов. В отсутствие проработанной и научно-обоснованной концепции соответствующих методологических построений, апологетам интегративного движения в психотерапии просто нечего пред-

ложить своим «школьным» оппонентам. Так, при ближайшем рассмотрении, практически вся группа факторов, обозначаемых как «общетерапевтические», оказывается лишь функциональным продолжением хорошо знакомых постулатов признанных психотерапевтических методов. Например, группа факторов, обозначаемая как: познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта (Мармор Д., 1978); самоэксплорация – получение новой информации о самом себе, новая оценка окружающих; самоосвобождение – приобретение новых степеней свободы за счет расширения когнитивного репертуара (Прохазка Д., ДиКлементе К. К., Норкросс Д., 1992); прояснение и коррекция значений (Граве К., 1997), являются известными атрибутами когнитивной психотерапии А. Бека (1976). А такие факторы как: оперативная модификация поведения за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта, приобретение социальных навыков на модели психотерапевта, усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта (Мармор Д., 1978); контробуславливание, контроль стимула, процедура подкрепления желательного поведения (Прохазка Д., ДиКлементе К. К., Норкросс Д., 1992); компетентность в совладании / преодолении (Граве К., 1997), - имеет прямое отношение к поведенческой психотерапии Дж. Вольпе (1958), А. Бандура (1969). Что же касается таких общепсихотерапевтических факторов, как «личность и профессиональный опыт психотерапевта» (Nietzel M. T., Fisher S. G., 1981; Stein D. H., Lambert M. J., 1984; Margraf J., Bauman V., Bedentung W., 1986; Beutler L. E., Machado P. P. P.; Neufeldt S. A., 1994; Lambert M. J., Bergin A. E., 1994), или «тип отношения к психотерапии и характеристики ожиданий пациента от терапевтического процесса» (Wills T. A., 1982; Orlynsky D. E., Howard K. I., 1987; Sue S., Zane N., 1987; Kanfer F. H., Reinecker H., Schmelzer D., 1991; Garfield S. L., 1994), то авторами лишь констатируется положительная взаимозависимость определенных характеристик с эффективностью психотерапевтического процесса, без адекватной интерпретации имеющихся наблюдений. Следует отметить, что такое, достаточно механическое сведение вышеназванных факторов в общий список отнюдь не повлекло за собой появление универсальной терапевтической идеи, по своей глубине и эффективности заведомо превосходящей многочисленных «школьных» прародителей. При отсутствии этого результирующего свойства, выполняющего функцию генератора психотехнологической активности, интегративное направление и в технологическом плане не имеет особых преимуществ перед другими психотерапевтическими модальностями. А в аспекте общей целостности – проигрывает им.

Таким образом проясняется еще одно обстоятельство, крайне важное для всей последующей истории развития интегративного движения в психотерапии. Каждый институализированный, в рамках определенной школы, психотерапевтический метод есть более или менее удачная попытка интеграции представлений о психотерапевтической интервенции, технологических подходах и способах отслеживания результата такого воздействия. Конкуренцию существующим уровням целостности профессии могут составить лишь подлинные методологические прорывы, оформляемые, к тому же, как внятная и обоснованная возможность повышения эффективности каждого из используемых психотерапевтических методов, без какого либо конфликта или угрозы для идентичности представляющих психотерапию модальностей.

Дополнительные сложности в аргументации интегративного движения связаны с тенденцией подмены необходимости поиска и научного обоснования универсальных психотерапевтических механизмов облегченными рассуждениями о постнеклассических научных подходах применительно к психотерапевтическим реалиям. Суть данных рассуждений сводится к обоснованию необходимости существования профессиональной психотерапии в формате множества субъективных представлений и методов, принципиально несводимых в какую либо единую концепцию, основанную на объективном знании. При этом, в качестве главного аргумента приводится тот факт, что постнеклассический научный подход отрицает возможность объективного знания, как такового. На деле, приведенная позиция не имеет ничего общего с основной идеей постнеклассического подхода, отнюдь не отрицающего достижений позитивистской (объективной) науки. Элемент субъективности здесь допускается в интерпретации научных результатов, полностью воспроизводимых в стандартных условиях эксперимента, и формулировках полученных знаний. Однако для психотерапии основной вопрос как раз и заключается в том, что такового научного базиса, обосновывающего общее профессиональное ядро специальности, до настоящего времени создано не было. В данной ситуации легко-весное жонглирование терминами научного постнеоклассицизма приводит лишь к дальнейшему вытеснению профессиональной психотерапии из сферы науки, со всеми вытекающими отсюда последствиями. А именно - динамики в статус ненаучной (ремесло, искусство) профессии и функционирования в масштабах элитарного клуба. Либо - консервации на правах субспециальности психиатрии (что более вероятно для постсоветских республик) в исключительно медицинской модели психотерапии (что неадекватно для основной части нуждающихся в такого рода помощи населения). При таком варианте развития событий проигрыш пси-

хтерапии в конкурентной технологической среде неизбежен.

Второй вероятный сценарий развития профессиональной психотерапии предполагает существенное изменение доминирующих центробежных тенденций, обоснование и реализацию искомого методологического прорыва, обеспечивающего научный базис интегративного движения в психотерапии.

В случае адекватного и своевременного решения вышеупомянутых задач, наиболее вероятными, с нашей точки зрения, будут следующие тенденции в развитии профессиональной психотерапии:

- динамика в статус наиболее востребованного, уникального по своим возможностям, самостоятельного научно-практического направления деятельности с общим профессиональным базисом (медицинско-психологическая специальность);

- выигрыш в конкурентной среде и организация взаимовыгодного партнерства с институтами, представляющими консультативные, тренинговые и другие помогающие и развивающие практики;

- формирование метамодели социальной психотерапии, успешно решающей сложнейшие психологические, биологические и социальные проблемы современности.

При последнем варианте развития событий будут получены адекватные ответы и на «вечные» вопросы о миссии психотерапии. Как понятно из всего сказанного, определение миссии психотерапии - это проблема выбора пути развития профессии. Выбор в пользу последнего сценария будет означать то, что ответственное профессиональное сообщество принимает непростой вызов и сформулирует миссию психотерапии в соответствие с основными социальными запросами современности.

Актуальные социальные контексты

Главными социальными контекстами, формирующими актуальный запрос на развитие профессиональной психотерапии, с нашей точки зрения являются: 1) существенное возрастание агрессивности среды - информационной, биологической, социальной - с одновременной, частичной или полной утратой естественных саногенных механизмов; 2) стремительно возрастающий уровень распространения субклинических и пограничных форм психических и поведенческих расстройств, гипертрофированных психологических реакций, связанных с адаптационными сложностями; 3) беспрецедентные темпы и масштабы распространения основных социальных эпидемий - зависимости от психоактивных веществ, сектантства, экстремизма, вовлечения в террористические организации, криминальные сообщества; 4) кризис существующих и необходимость формирования новых доктринальных подходов в сфере охраны и развития социального здоровья; 5) кризис цивилизационных способов самоорганизации - рациональных, иррациональных.

При анализе причастности данных социальных контекстов к общему полю активности профессиональной психотерапии необходимо учитывать, их адресованность к различным аспектам такого рода активности:

- собственно терапевтическим – по оказанию помощи лицам с пограничными, субклиническими и более тяжелыми формами психических и поведенческих расстройств, включая химическую зависимость, посттравматические стрессовые расстройства и расстройства личности (контексты 2 и 3);

- к уникальным возможностям по форсированному развитию искомых уровней психологической устойчивости к агрессивному влиянию среды (контексты 1 и 3);

- к самоорганизующей и саногенной функции профессиональной психотерапии по формированию высоких уровней индивидуального и социального здоровья в условиях частичной или полной деградации естественных саногенных механизмов (контексты 2 и 4);

- к социально-стабилизирующей метафункции института профессиональной психотерапии, преодолевающей критическое расхождение рациональных и иррациональных способов ресурсной самоорганизации социума (контекст 5).

Из перечисленных аспектов функциональной психотерапевтической активности на сегодняшний день, лишь первый – собственно терапевтический – является абсолютно бесспорным. Однако, как мы надеемся показать в следующих фрагментах настоящего раздела, развивающая и социально-стабилизирующая функции профессиональной психотерапии, как минимум, имеют право на существование в общем контексте социальных практик по преодолению кризисных явлений современного общества.

К настоящему времени накоплено достаточное количество репрезентативных фактов, позволяющих расценивать вышеупомянутые социальные контексты как реальную угрозу для стабильного и устойчивого развития общества в XXI веке. Критический анализ такого рода фактов, с обозначением перспективы использования профессиональной психотерапии, приводится в отношение каждого из рассматриваемых контекстов.

1. Контекст возрастания агрессивности среды

1.1. В последние десятилетия и годы все чаще сообщается о деструктивном влиянии на общий уклад и качество жизни современного человека такого явления как массовая культура - продукта деятельности СМИ. При этом подчеркивается, что средства массовой информации, фокусируясь на деструктивных событиях - насилии, разрушениях, локальных или глобальных катастрофах, создают ложную, стрессирующую реальность, виртуальный трагический мир, насыщенный опасностью, угрозой, агрессией (Безносюк Е. В., Князева М. Л.,

2003). Достаточно «умеренная» книжная информационная цивилизация, доминирующая до середины прошлого века (Бездидько А. В., 2004), уступила место гораздо более массовым и актуальным способам подачи информации. Картина мира современного человека, в основном, стали формировать кинематограф и телевидение (Хренов Н. А., 2003; Marliere Ph., 1998). Причем содержание телевизионных программ, особенно новостных, рекламных, для которых главный проводник - телевидение, многими исследователями оценивается как агрессивное и деструктивное (Каримова Л. И., 2003; Науменко Т. В., 2003; Дорожкина Р. А., 2004). О прямом негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье населения, информационной продукции (компьютерных игр и др.) на психическое и психологическое здоровье детей и подростков, сообщают Ю. И. Полищук (2003), В. А. Шилов (2004), И. В. Кузина (2004). Сверхинтенсивная вовлеченность представителей восходящего поколения - детей, подростков, молодежи - в деятельность всемирной информационной сети ИНТЕРНЕТ порождает новый тип своеобразной психологической зависимости (так называемая интернет-зависимость) с очевидными деструктивными последствиями для формирующейся психики (Асмолов А. Г., Цветкова Н. А., Цветков А. В., 2004; Елшанский С. П., 2005; Райхман И. И., 2007; Мухаметзянова М. Р., Менделевич В. Д., 2009).

1.2. Наряду с ускорением темпов технологического прогресса, отмечаемого, практически, повсеместно в связи с распространением такого эпохального явления как глобализация, многими исследователями констатируется сопутствующее нарастание социальных противоречий и, как следствие, повышение агрессивности социальной среды. Высказываются мнения о том, что на деле процесс глобализации обостряет противоречия между экономическими и демократическими детерминантами развития социума. Глобальная экономика фактически лишает многих граждан возможности трудиться и реализовать иные гражданские права (Amin S., 2000). Глобализацию оценивают как экспансию европоцентризма в экономику и политику менее развитых стран (Pieterse J. N., 2000). В данной связи все чаще поднимается тема столкновения цивилизаций (Tiryakian E. A., 2001; Mazlish Br., 2001; Schäfer W., 2001). Цивилизационные «войны» характеризуются различными типами экспансий, разрушающими национальные и культурные уклады народов: экономическими, политическими, идеологическими, гуманитарными (миграция) информационными. К наиболее опасным типам экспансий относят: террористические, экстремистские, криминально-наркотические (Toulmin S., 1999). Отрицательные последствия глобализации и функционирования в режиме открытого или полуоткрытого общества в полной мере коснулись постсо-

ветских государств. Интеграция последних в глобальную систему обернулась резким обострением социальных противоречий вследствие криминального и номенклатурного передела собственности, проявлений экономического монополизма и доминирования рецидивов идеологического тоталитаризма - националистических и этнических идеологий, как средств поддержания порядка в ситуации социально-экономической турбулентности (Орлов А. Б., 2003; Шуленина Н. В., 2003). Ведущими западными аналитиками в числе прочих, называются следующие основные угрозы безопасности личности и гражданского общества в странах СНГ: 1) бедность, социальное расслоение и общий низкий уровень жизни, создающий возможность социальной и культурной деградации; 2) высокий уровень насилия в обществе, связанный с резкими общественными изменениями; 3) высокий уровень преступности, «неестественной» (отравления, травмы и несчастные случаи) и насильственной смерти (The National Security Strategy of the United States of America, 2002; A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy., 2003). Российские исследователи, в числе основных, называют следующие причины роста социальной напряженности: 1) потеря социальной уверенности в связи с низким уровнем жизни и негарантируемостью социальной помощи в чрезвычайных ситуациях; 2) отсутствие личной безопасности в связи с нарастающей криминализацией общества; дискриминация по половому, национальному (на бытовом уровне) и возрастному признакам; 4) проблема беженцев и мигрантов; 5) возрастающая безработица; 6) потеря стабильности, нарастание количественных изменений в единицу времени в основных экзистенциально важных сферах; 7) гиперстимуляция на информационном уровне, необходимость принятия большого количества жизненно важных решений в сравнительно короткое время. Влияние данных факторов, во-первых, приводит к состоянию эмоционального напряжения, дистресса и распространению в популяции психических нарушений - отклоняющегося поведения, личностных расстройств, нарушения адаптации, посттравматических стрессовых расстройств (Короленко Ц. П., Загоруйко Е. Н., 2002). А во-вторых, формирует особый психологический тип постоянно стрессированного человека, обладающего таким сочетанием качеств как незащищенность перед агрессивным миром и неустойчивость перед воздействием меняющихся факторов среды. С одной стороны у него исчерпан потенциал сочувствия, то есть он totally безразличен к страданиям других. С другой - он тревожен, мнителен, наполнен своими собственными страхами и агрессией. Таким человеком можно легко управлять и манипулировать с использованием тех же стрессоров, которые и формируют данный психологический тип (Безносюк Е. В., Князева М. Л., 2002).

1.3. Такие общеизвестные и общепризнаваемые характеристики социального развития, как «цивилизация», «технический прогресс», связанные с достижением социальных целей человечества, как правило антиэкологичны (Bateson G., 1972). Самый сокрушительный удар по естественным экосистемам был нанесен в XX веке. В результате хозяйственной деятельности человека были разрушены или серьезно деформированы такие важнейшие экологические системы планеты, как лесные, тропические, степные, лесо-тундровые (Данилов-Данельян В., Лосев К., Рейф И., 2005). Среди причин, формирующих экологические угрозы и катастрофы, наиболее часто называются: неконтролируемый рост численности населения и сопутствующий неконтролируемый рост потребления; техногенная деятельность человека с невосполнимой амортизацией природных ресурсов; дефицит экологических (рециклических, рекультивирующих, безотходных и утилизирующих) технологий; дефицит глобальных экологических и geopolитических стратегий; бедность и отсутствие средств на воспроизведение биоресурсов в сельском хозяйстве; дефицит экологического сознания и сопутствующей мотивации у политических и бизнесэлит (обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999; экология и нарушение прав человека, 2002). Некоторыми исследователями в качестве основного фактора, ведущего к глобальной экологической катастрофе, называется «вопиющая экологическая ущербность» современной экономической модели. В данной модели вообще не присутствует адекватный учет экологического ущерба и издержек. Не учитывается или намеренно занижается стоимостная оценка природы, ее глобальных экосистемных функций. Для таких мировых экономических моделей характерна технократическая ориентация, неэффективность и узость рыночных механизмов, экологическое и правовое невежество, милитаризация сознания человеческая жадность, халатность и цинизм (Земцова Л. В., 2002; Шуленина Н. В. 2003). Подчеркивается, что негативные экологические тенденции существенноказываются на социально-экономическом благополучии, политической стабильности целых регионов, увеличивают нищету и обостряют обстановку в странах, находящихся на грани гуманитарной катастрофы. Загрязнение среды ведет к исчезновению биологического разнообразия и ресурса устойчивости, к существенному снижению качества здоровья населения (Шуленина Н. В., 2003). Ведущими западными аналитиками в числе основных угроз безопасности для жителей стран постсоветского пространства называются следующие экологические факторы и их последствия: 1) деградация окружающей среды; 2) технические катастрофы и аварии; 3) один из самых высоких в мире уровней смертности от заболеваний, связанных с экологи-

ческими и социальными стрессами (Синдром утомления планеты, 2004).

В настоящее время нет никаких сомнений в том, что существенное повышение степени агрессивности среды – информационной, социальной, экономической – самым негативным образом отразилось на уровнях социального, прежде всего, психического и психологического здоровья населения. Основные тенденции последних десятилетий в данных важнейших сферах социального здоровья, обосновывающие необходимость форсированного развития психотерапевтической науки и практики, приводятся нами в следующих фрагментах настоящего раздела.

2. Контекст возрастающих уровней распространения субклинических и пограничных форм психических и поведенческих расстройств

2.1. Анализ динамики распространения психических и поведенческих расстройств, в частности - субклинических и пограничных психических расстройств, а также уровней психического и психологического здоровья населения, проведенный за последние десятилетия, показывает наличие следующих тенденций. В большинстве стран мира в последней четверти XX века относительно более тяжелыми (психотическими) расстройствами психики и поведения страдает 5-7% населения. Пограничные психические расстройства обнаруживаются у 15-23% населения. Таким образом общий уровень распространенности психических и поведенческих расстройств составил от 200 до 300 случаев на 1000 населения. В любое время тот или иной уровень психических и поведенческих расстройств существует у 10% населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет, обычно, хотя бы одного члена, который страдает поведенческим или психическим расстройством. Согласно проведенным экономическим исследованиям, определяющим показатели глобального бремени болезней в единицах DALI, на долю психических расстройств в 1990 г. приходилось 10% от экономических потерь, несомых обществом. В 2000 г. этот показатель равнялся 12,1%. К 2020 году предполагается рост данного показателя до 15% (ВОЗ, 2001). В 15 экономически наиболее развитых странах, при растущей выявляемости психической патологии, в период с 1900 по 1995 г.г. средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических болезней увеличился в 10 раз: с 30,4 до 303,7 на 1000 населения. По отдельным нозологическим профилям динамика данного показателя выглядит следующим образом: психозы - с 7,4 до 28,3 (рост в 3,8 раза); олигофрении - с 0,9 до 27,0 (рост в 30 раз); пограничные расстройства - с 9,6 до 205,3

(рост в 21,4 раза), из них неврозов и других невротических расстройств - с 2,4 до 148,1 (рост в 61,7 раза). Собранный и проанализированный материал более 5 тысяч выборочных эпидемиологических исследований, проведенных в 125 странах за период 1950-1993 г.г., показывает, что за эти годы показатель распространенности психических расстройств вырос почти в 2,5 раза: с 116,7 до 284,0 случаев на 1000 населения. Из них по профилю пограничных психических расстройств - с 69,7 до 230,9, что составляет более 80% объема в общей структуре распространенности психических расстройств. На территории бывшего СССР, по данным выборочных эпидемиологических исследований, проводимых за период 1930-1991 г.г., показатель распространенности всех форм психических и поведенческих расстройств увеличился с 37,3 до 298,4 - в 8 раз (Петраков Б. Д., 1995). Об уровне распространения депрессивных расстройств и реакций свидетельствуют факты того, что ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством. Еще около 20 миллионов совершают суицидальные попытки (данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе»).

Таким образом, ведущей закономерностью в распространении психических и поведенческих расстройств в последние десятилетия, особенно в последней четверти XX века, является беспрецедентный рост пограничных (непсихотических) форм психических и поведенческих расстройств, возникновение которых напрямую связано с конфликтами, стрессами, неблагополучным семейным и социальным окружением, физическими заболеваниями (ВОЗ, 2001). Между тем, приведенные факты базируются, в основном, на официальной статистике распространенности основных классов психических расстройств. Эпидемиологические исследования, проводимые среди сотрудников крупных промышленных предприятий Российской Федерации, показали, что у 54,3% обнаруживаются психические отклонения пограничного уровня; у 28% - соматизированные психические расстройства (Гиндин В. Я., 1996). По данным комплексного эпидемиологического исследования, проводимого среди населения Республики Казахстан с возрастом 12-55 лет в 2003 г., было выявлено, что распространенность субклинических форм психических и поведенческих расстройств в данной возрастной группе населения составляет 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель аналогичного порядка. При этом наибольшая разница между данными официальной статистики и результатами эпидемиологического исследования прослеживалась по профилю аффективных расстройств - в 85,6 раза; невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств - в 19,3 раза; расстройств личности и по-

ведения - в 17,7. Кроме того было установлено, что уровень распространения отдельных признаков, свидетельствующих о нарушении социальной адаптации среди исследуемой группы населения, составляет 17,5% (Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б., 2006). Но, даже и эти приведенные данные выборочных эпидемиологических исследований не могут в полной мере характеризовать состояние и динамику собственно психического здоровья, оценить качественную сторону данного важнейшего социального феномена. В данной связи в последние десятилетия интенсивно разрабатываются определения категории психического и психологического здоровья, адресованные к каким-либо существенным обстоятельствам, их обеспечивающим, и критериям, по которым можно судить о представленности определенных уровней психического и психологического здоровья среди населения.

Так, в отношении категории психического здоровья чаще всего называется феномен адаптации (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1993). При этом, в отношение приспособительных реакций человека употребляют термины «адаптация», «социально-психологическая адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация». В сущности, речь идет об одном и том же феномене, под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне нервно-психической деятельности, возникающие в результате активного решения задач, связанных с проблемными ситуациями. В границах феномена психической адаптации различают состояния адаптированности и дезадаптации (Воробьев В. М., 1993), равновесные и неравновесные состояния (Прохоров А. О., 1996). Считается, что высокому уровню психического здоровья соответствуют сравнительно большие адаптационные возможности человека (Сиренко О. И., 1993). Более дифференцированные классификации уровней адаптации, по мнению С. Б. Семичова (1982, 1987), С. В. Занускалова, Б. С. Плотникова (1991), В. П. Вахова (1997), дают возможность структурирования уровней социального психического здоровья. Так, названными авторами выделяются два вида (субъективная - внутренняя социальная адаптация и внешняя социальная адаптация) и три уровня адаптации (полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация, нарушение социальной адаптации). Комбинации видов и уровней адаптации формируют 5 уровней психического здоровья - уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, до-нозологический уровень, уровень болезни. Эпидемиологические исследования, проводимые в Российской Федерации с использованием данной классификации, показали следующее распределение идентифицируемых уровней психического здоровья среди населения: уровень стабильного психического здоровья - 11,3%; уровень риска - 31,6%;

уровень предболезни - 34,6%; уровень дононозологический - 6,2%; уровень болезни - 16,3% (Запускалов С. В., Положий Б. С., 1991). Несколько иной принцип определения уровней психического здоровья применялся в ходе комплексного эпидемиологического исследования, проводимого среди населения Республики Казахстан с возрастом 12-55 лет в 2003 году. С помощью специального опросника (Павлодарский многофункциональный опросник - ПМО) по функциональным признакам дифференцировались следующие уровни психического здоровья населения: 1) высокий уровень - не требующий применения каких-либо общих или специальных мер воздействия; 2) средний уровень - имеются отдельные проявления (симптомы) психического дискомфорта, требующие консультации специалиста в области пограничной психиатрии, психотерапии, клинической психологии; 3) низкий уровень - определяются субклинические или клинические проявления психических и поведенческих расстройств, требующих активного терапевтического вмешательства. Ценность данного метода определения уровней психического здоровья заключается в том, что по результатам соответствующих эпидемиологических исследований можно обоснованно прогнозировать потребности населения в психотерапевтической, психиатрической и иных видах помощи. С использованием данного метода были получены следующие результаты: высокий уровень психического здоровья определялся у 28,7%; средний - у 61,4%; низкий - у 9,9% населения (Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б., 2006). Оценивая величину экономического и социального ущерба, привносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья, Всемирный Банк и Гарвардский университет считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья. При том, что этот кризис оказывает влияние на существующую часть населения планеты (Всемирный день психического здоровья, 2000). Проблемы психического здоровья и профилактика психических болезней в XXI веке будут в центре внимания общественности (Rafferty F. T., 1988). Главный вопрос, который сейчас встает перед учеными и практиками всего мира: что такое служба психического здоровья и кем она должна быть представлена (Сарториус Н., 1998). Такой вопрос более чем правомерен в ситуации, когда доминирующие установки психиатрического сообщества и существующая практика оказания психиатрической помощи сводятся к выявлению и лечению тяжелых психически больных (Gellner E., 1987). Между тем совершенно очевидно, что большая часть лиц с субклиническими, пограничными формами психических и поведенческих расстройств, и, тем более, с признаками нарушения адаптации, может и должна получать адекватную психотерапевтическую помощь.

2.2. Термин «психологическое здоровье» стал употребляться с начала 50-х годов прошлого столетия, как следствие неудовлетворенностью традиционными определениями и классификациями, используемыми в сфере психического здоровья. Такого рода определения отражали не полностью или вообще не отражали качественные характеристики психики человека, имеющие непосредственное отношение к вектору социализации (позитивной, негативной) и степени устойчивости к агрессивным влияниям среды (Шапиро-мл. Д., 2003). При отсутствии разработанной методологии и конвенциональных критериев, используемых при определении категории психологического здоровья, семантические границы данного термина, приводимые различными авторами, выстраиваются достаточно произвольно. Так, по мнению А. Маслоу (1993) феномен психологического здоровья связан с гармоничной, самоактуализированной личностью. С. Р. Rogers (1951) считал, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя основными признаками такой самодостаточности: 1) открытость для собственного опыта; 2) жизнь в соответствие с осознанными экзистенциальными принципами и опытом; 3) доверие своему организмическому опыту как основе собственных решений и действий. М. Jahoda (1958) выделяет уже шесть таких критериев: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия и самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности; 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. J. Brandstdtter (1982) считал, что в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепция оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытие. Р. Уайт (2003) под психологическим здоровьем понимал направленное, позитивно - самовознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой, для которого характерны компетентность, мотивация, активная способность к действиям. Ю. А. Александровский (1996) в качестве основных характеристик психологического здоровья выделял такие, как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность в преодолении жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психологические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Если во всех вышеупомянутых определениях лишь в той или иной степени отмечается способность противостоять или проявлять компетентность в совладании с требованиями среды, то по С. Мадди (1998), Д. А. Леонтьеву (2002) поня-

тие «жизнестойкость» является стержнем и наиболее адекватной характеристикой феномена психологического здоровья.

Несмотря на активную разработку проблемы психологического здоровья в конце прошлого и в начале нынешнего столетия, в методологических вопросах по определению уровней психологического здоровья и эпидемиологических вопросах по выявлению особенностей распределения данных уровней среди населения, ситуация, по выражению А. Маслоу, напоминала «партизанские вылазки», прокладывающие дорогу будущим масштабным проектам. Одно из таких масштабных исследований по определению уровней психологического здоровья среди населения Республики Казахстан в возрасте 12-55 лет было проведено в период 2001-2003 г.г. (исследовались, соответственно, случайные выборки – 7851 и 10650 респондентов – жителей РК). При этом, основные методологические задачи были решены следующим образом. Предварительно было определено, что исследоваться будут не какие-либо абстрактные феномены общей компетентности или жизнестойкости, а конкретные психологические свойства, имеющие статистически достоверную и выраженную антагонистическую взаимозависимость с индикативными признаками вовлечения или предрасположения к вовлечению в основные социальные эпидемии (химическая зависимость – алкоголизм, наркомания, токсикомания; психологическая зависимость – игромания, сектантство, криминально-экстремистские сообщества и др.). На первом этапе исследования проводилась идентификация данных психологических свойств, формировалась методология выведения результатирующих уровней психологического здоровья. На втором этапе выявлялись показатели интенсивности распределения данных уровней среди охваченной возрастной группы населения РК. Результаты завершающего этапа исследования показали, что высокий уровень психологического здоровья определялся у 4,7%; средний – у 81,4%; низкий – у 13,9% населения РК исследуемой возрастной группы (Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2005; Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б., 2006).

Таким образом, проведенный по данному актуальному контексту анализ показывает, что в профессиональной психотерапевтической помощи в каждый момент времени нуждаются: от 10 до 12% населения в связи с имеющимися у них субклиническими и пограничными формами психических расстройств; от 15 до 17% населения в связи с гипертрофированными реакциями психологической адаптации и низким уровнем психологического здоровья. В отношении первой группы населения наиболее востребованной представляется помогающая функция профессиональной психотерапии. В отношении второй – помогающие и развивающие аспекты психотерапевтической помощи.

3. Контекст беспрецедентных темпов и масштабов распространения основных социальных эпидемий

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и, в особенности, политических, военных, научных и культурных элит привлекают какие кризисные и масштабные социальные явления, как наркозависимость, терроризм, религиозный экстремизм, вовлечение в преступные сообщества и деструктивные секты. В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каждого человека эти, до поры изолированные и разрозненные явления, приобрели характер неконтролируемых социальных эпидемий. Степень деструктивного влияния упомянутых социальных эпидемий на общественное здоровье, социальную стабильность, экономику и политику в ряде стран и регионов, а в конечном итоге на мировой порядок в целом – весьма значительна. Беспрецедентные темпы распространения данных социальных явлений свидетельствуют о недостаточной эффективности противодействующих усилий, в частности – об очевидной слабости или даже об отсутствии концептуального видения способов эффективной первичной профилактики вовлечения населения в химическую и психологическую зависимость.

3.1. По оценкам новейших исследований общемировое число лиц, употребляющих наркотики, в настоящее время составляет около 200 миллионов. Это – до 3% от всего населения планеты или 4,7% населения в возрасте от 15 до 64 лет (Всемирный доклад о наркотиках, 2004; Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.). Новые оценочные данные подтверждают, что наиболее употребляемым веществом является каннабис – около 150 млн. человек; за ним следуют стимуляторы амфетаминового ряда – около 30 миллионов человек. Немногим более 13 миллионов употребляют кокаин. До 15 миллионов человек употребляют наиболее проблемные наркотики – опиаты, в том числе – около 9 миллионов употребляет героин. На долю последних приходится 67% объема пролеченных от наркозависимости в Азии, 61% - в Европе. С начала 80-х годов масштабы распространения наркозависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза (Доклад Международного Комитета по контролю за наркотиками за 2007 год). В то же время динамика роста наркопотребления в постсоветских государствах в аналогичный период времени значительно опережала общемировую. С середины 80-х до конца 90-х годов количество зарегистрированных наркопотребителей в этих странах возросло от 400 до 1000%. А темпы роста первичной заболеваемости по данному профилю увеличились от 10 до 19,5 раза. При этом отмечались следующие тревожные тенденции: 1) устойчивое увеличение использу-

зования героина и других тяжелых наркотиков; 2) распространение внутривенного способа введения наркотиков и сопутствующее распространение ВИЧ/СПИДа среди наркозависимых; 3) резкое снижение возраста вовлекаемых в наркотическую зависимость (ООН, 2002; Василенко И. В., Катков А. Л., 2005; Алтынбеков С. А., Катков А. Л., 2006). Масштабные эпидемиологические, клинические и экспериментально-организационные исследования, проводимые в Республике Казахстан (Катков А. Л., 2001, 2003; Пак Т. В., 2004; Россинский Ю. А., 2005; Марашева А. А., 2006; Нургазина А. З., 2006) показали, что одним из главных факторов, обуславливающих высокие риски вовлечения различных групп населения в зависимость от психоактивных веществ, является дефицит свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды. В том числе – к агрессивному информационному прессингу, практикуемому в рамках нелегального бизнеса по распространению наркотических и сильнодействующих веществ. В частности было показано, что население Республики, по основным векторам психологической устойчивости – высоких рисков вовлечения в химическую зависимость, распределется следующим образом: группа с высоким уровнем устойчивости – 60%; группа со средним уровнем устойчивости – 27,3%; группа с высокими рисками вовлечения в зависимость от психоактивных веществ – 11%; группа зависимых от наркотиков – 1,7% населения. При этом, группу повышенного риска составляли, в основном, дети, подростки, молодежь – т.е. представители восходящего поколения. Сопоставление данных по распределению факторов психологической устойчивости – высоких рисков в исследованиях 2001, 2003, 2006 г. выявило, в целом, незначительную, но статистически достоверную неблагоприятную динамику возрастания рисков и снижения устойчивости по профилю вовлечения в химическую зависимость в исследуемых группах населения. В серии клинических и клинико-психологических исследований (Лаврентьев О. В., 2007; Кусаинов А. А., 2008; Байкенов Е. Б., 2008) были выявлены специфические негативные психопатологические расстройства, возникающие в результате хронической интоксикации психоактивными веществами. В частности, было показано, что наличие специфических негативных расстройств в эмоциональной, волевой, интеллектуальной и мотивационной сферах у зависимых от ПАВ препятствует: 1) процессу формирования личностной зрелости, связанного с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта; 2) процессу формирования конструктивного жизненного сценария, связанного с возможностью долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития психологических ресурсов, возможностью формирования адек-

ватной жизненной позиции в отношении достижения желаемых целей; 3) процессу формирования устойчивой мотивации (как основной характеристики устойчивых ресурсных состояний) к достижению долгосрочных целей, связанных с реализацией конструктивных жизненных сценариев; 4) процессу формирования адекватных представлений о характере и особенностях болезненных проявлений химической зависимости, об адекватных действиях – программах перехода – из состояния болезни (зависимости) в состояние здоровья (устойчивости к повторному вовлечению в зависимость). Таким образом было показано, что при формировании химической зависимости имеет место крайне неблагоприятное сочетание изначального дефицита определенных свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды, и привносимых негативных психопатологических расстройств, поражающих те же, наиболее уязвимые интегративные функции развивающейся психики. Результаты вышеупомянутых исследований явились основанием для разработки новых мишеней, используемых в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, а также – новых технологий первичной профилактики вовлечения в химическую зависимость, реабилитации зависимых лиц, включая психотерапевтические технологии.

3.2. Всплеск в конце XX века такого социального явления, как массовое вовлечение населения в деятельность деструктивных религиозных сект носит характер психической эпидемии (Щиголев И. И., 1995) или психического терроризма (Сидоров П. И., 2004). На территории постсоветских республик сектантство расценивалось как следствие «магической пораженности» общества на фоне социальных трудностей, почти постоянных психогенных травмирующих ситуаций, при попустительстве или протекционизме средств массовой информации (Щиголев И. И., 1994). При этом, отмечается, что население, в основном, вовлекается в сферу влияния деструктивных, тоталитарных сект, для которых характерны нарушения прав и свобод, негативные последствия для психического и психологического здоровья участников. В силу чего данные движения представляют общественную опасность (Сериков А. Л., 2000; Сидоров П. И., 2004). Хотя точных данных о количестве лиц, вовлеченных в деятельность деструктивных сект на сегодняшний день нет, многие исследователи считают, что речь идет о нескольких десятках (от 10 до 40) миллионах жителей планеты, т.е. около 0,1-0,3% населения. Среди причин, способствующих вовлечению в деструктивные секты, по результатам более чем 200 публикаций, чаще всего называются следующие: агрессивный информационный прессинг; кризис традиционной системы ценностей; кризис в системе интерперсональных (чаще

всего – в семейных) отношений; наличие острой или хронической психической травмы; потребность в сочувствии и помощи; поисковое поведение в связи с экзистенциальным кризисом, кризисом идентичности; поиск ресурсов (осознаваемый или неосознаваемый); психопатология, особенности личности. Среди характерных признаков сект различаются следующие: 1) религиозная реклама – сектантская пропаганда обращена, зачастую, не к высшим побуждениям, а к подсознательным запросам и установкам человека; используются все виды рекламы в средствах массовой информации, уличная реклама, почтовая реклама, незатейливые приглашения посетить собрания или семинары с неопределенными названиями и т.д.; 2) агрессивный прозелитизм и психологическое давление – установка на постоянную вербовку новых сторонников (адептов); новичок всегда окружается особым вниманием, имеет место так называемая «бомбардировка любовью» и др.; 3) двойное учение – секта, как правило, имеет двойную историю своего учения – одно для рекламы и привлекательного имиджа, другое – для внутреннего пользования; 4) иерархия – организация секты почти всегда строго иерархична, что позволяет держать по строгим контролем и направлять действия членов секты на всех ее ступенях и не допускать критического отношения ни к учению секты, ни к ее лидерам; 5) непогрешимость секты и ее основателя – все существовавшие в истории человечества и существующие духовные практики, отличающиеся от «истинного слова учителя» объявляются ошибкой и недоразумением; 6) программирование сознания – люди, ищущие, но не нашедшие оснований, ясных критериев и правил жизни, легко внушаемы, готовы принять установки своих учителей и отказаться от собственной свободы; в результате человек оказывается в полной зависимости от сектантского учения; 7) духовное избранничество – членам секты внушается, что они – единственные спасенные люди, окружающие – люди «второго сорта», обреченные на гибель, так как не разделяют учения секты; 8) контроль жизнедеятельности – истинная цель сектантской организации – контроль над многими, а в идеале – над всеми сферами человеческой жизни; в конечном счете сектанты приносят в жертву секте свое время, здоровье, имущество, иногда – жизнь; 9) политические цели – многие секты, такие например, как Церковь Объединения Мира, «Свидетели Иеговы», саентология Рона Хаббарда – являются крупными финансовыми империями, стремящимися получить власть над миром. В кратком антисектантском справочнике перечислены более ста организаций с признаками деструктивных тоталитарных сект, действующих на территории постсоветских республик. Многие из них мимикируют под общественные организации, оказывающие помощь социально-язвимым группам

населения, в частности – наркозависимым (Иоффе Г., 2009; Каклюгин Н. В., 2009). Вредоносное влияние деструктивных сект на психическое и психологическое здоровье вовлекаемых лиц связывают с использование механизмов манипуляции сознанием. При этом основной целью является достижение тотального контроля над мышлением, эмоциями, поведением новообращенных лиц (Пронин И. П., 2003). В используемых технологиях установления контроля над сознанием различают три стадии: 1) процесс разрушения личности; 2) процесс идеологической обработки; 3) процесс укрепления новой личности (Хассен С., 2001). Основными техниками, используемыми на стадии разрушения личности, являются: дезориентация – замешательство, сенсорная депривация или перегрузка, физиологические манипуляции (лишение сна, изменение диеты), применение трансовых техник (возрастная регрессия, визуализация, притчи и метафоры, путаница понятий, прямая суггестия, медитация, скандирование, пение, молитвы), сомнение в собственной идентичности, негативная переоценка своего прошлого. На стадии процесса идеологической обработки используются техники: навязывания новой идентичности, техники изменения поведения (поощрение и наказание, блокировка мышления, контроль среды), мистическая манипуляция, трансовые техники, использование откровений новообращенных в групповых и индивидуальных занятиях без их согласия. На стадии укрепления новой личности используются такие приемы как: отделение от прошлого – сокращение или полное прекращение контактов с друзьями и семьей, отказ от жизненно важной собственности в пользу секты, переход к деятельности полноправного члена секты, изменение внешнего вида и норм поведения в соответствие с правилами секты, углубленные занятия по индоктринации (Хассен С., 2001; Езерский В., 1998; Ицкович М. М., 1999; Елизаров А. Н., Михайлова А. А. 2003). Можно считать установленным фактом, что многократное или даже однократное использование вышеуказанных технических приемов по установлению контроля сознания, без соответствующего экологического оформления и выведения из состояния измененного сознания (т.е. депрограммирования с возвратом контроля над поведением), приводит к достаточно серьезным психическим и психосоматическим нарушениям, а также – социальным проблемам. Среди психических нарушений чаще всего отмечаются следующие: приступы паники и тревоги; депрессия; посттравматическое стрессовое расстройство; чувство вины и страха; потеря свободы воли и контроля над жизнью; духовное насилие; регресс в инфантильность; потеря спонтанности, непосредственности, непринужденности и чувства юмора; потеря коммуникативных навыков вне группы; потеря доверия, боязнь близости и обяза-

тельств, что приводит к проблемам в отношениях с окружающими и с трудоустройством; потеря автономии, ослабление способности самостоятельно принимать решения и выносить критические суждения; замедленное психологическое развитие, потеря психической силы; диссоциирующие, «плаывающие» состояния, возвращающие по механизму триггера к воспоминаниям о жизни в секте; радикальное изменение личностной идентичности; психические расстройства, галлюцинации, нервные срывы, психопатические эпизоды, индуцированный бред, мания величия, суициdalное мышление, суициdalные попытки, расстройства сна, кошмары. К наиболее часто отмечающимся психосоматическим и соматическим расстройствам относятся следующие: пищеварительные расстройства; сексуальные проблемы; головные боли, боли в спине; астматические приступы; кожные раздражения; ухудшение физического состояния, возрастные восприимчивости к болезням и общее утомление; неполноценное питание, преждевременная смерть из-за отсутствия или неадекватного медицинского ухода. Среди социальных проблем наиболее часто отмечают преследования и угрозы со стороны последователей культа, потерю близких, разрыв социальных связей, материальный ущерб (Тобиас М. Л., Лалич Д., 2000; Дворкин А. Л., 1996; Кондратьев Ф. В., Волков Е. Н., 2001; Пронин И. П., 2003; Агишев В. Г., Бондарев Н. В., 2004; Погодин Д. А., Зражевская И. А., 2007; Портнова А. А., Серебровская О. В., Тарасов С. В., Цекин В. П., 2009). В связи со всем сказанным, особую важность приобретают принципы судебно-экспертной оценки тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства (Ткаченко А. А., Яковleva E. Ю., 2008). А также – констатация и должностная правовая оценка действий организаторов деструктивных культов и сект, нарушающих или прямо попирающих права человека на жизнь, свободу и личную неприкосновенность (Морозова О., 2004). Главную сложность представляют вопросы адекватной первичной профилактики и реабилитации лиц, попадающих под влияние деструктивных культов и сект (Елизаров А. Н., Михайлова А. А., 1998; Пронин И. П., 2004). Человеческий социум манипулятивен по своей природе и легко уязвим перед спланированными информационными атаками. И, тем не менее, главным условием развития любого варианта зависимого поведения (в том числе культового) является зависимая личность вне личностного расстройства, характеризующаяся инфантильностью, внушаемостью и подражательностью, прогностической некомпетентностью и сниженной интуицией, ригидностью и упрямством, наивностью и простодушием, чувственной непосредственностью, любопытством и высокой поисковой активностью, максимализмом и эгоцентризмом, яркостью воображения и фантазией, впечатлительностью и нетерпеливостью, склонностью к риску,

«вызову опасности», страхом быть покинутым (Сидоров П. И., 2005). Зависимые личностные расстройства, по МКБ-10, характеризуются неспособностью самостоятельно принимать решения, готовностью позволять другим принимать значимые решения, затруднениями начать какое-либо дело самостоятельно, готовностью добровольно выполнять неприятные работы с целью приобрести поддержку, плохой переносимостью одиночества, ощущением беспомощности, когда рушится близкая связь, охваченностью страхом быть отвергнутым, легкой ранимостью и податливостью любой критике. В связи со всем сказанным, основными терапевтическими мишенями по профилю вовлечения в деструктивные секты являются как последствия тоталитарного контроля сознания – психические и поведенческие расстройства разной степени выраженности, так и высокие риски вовлечения в деструктивные культуры, связанные со специфическими особенностями личности. Наиболее востребованными функциями профессиональной психотерапии, в данном случае, являются как собственно терапевтические, так и развивающие.

3.3. Одно из наиболее заметных, опасных и прогрессирующих социальных явлений конца XX - начала XXI столетия - экстремизм в различных формах его проявлений: политический, религиозный, национальный, государственный, бытовой и др. (Тулупов В., 2006). Несмотря на сложности существенной и терминологической идентификации, на сегодняшний день в научных, культурных, религиозных и политических элитах существует консенсус в отношении того, чем отличается религиозный и политический экстремизм от свободы вероисповедания и убеждения (Алиев Р., 2004). Религиозный экстремизм определяется как социальное явление, существующее в четырех следующих взаимосвязанных формах:

1) религиозное сознание (общественное, индивидуальное), которому свойственны признаки тоталитаризации и преувеличения ценности определенной совокупности религиозных идей в ущерб всем иным религиозным и светским идеям; нигилизма - отрицания всех иных идей, в том числе религиозных, кроме одной; религиозного фанатизма - безусловного верования в истинность единственной религиозной идеи (совокупность идей) и готовность следовать ей при любых обстоятельствах;

2) религиозная идеология (религиозная доктрина), характеризующаяся произвольным провозглашением истинным единственного объяснения проблем существующего мира и предложением однозначных (истинных) способов их разрешения; безусловным разделением всех социальных явлений на «добро» и «зло»; приданием исключительного доминирующего положения одному из аспектов бытия в ущерб всем остальным; отрицанием объективного господствующей иерархии общесоциаль-

ных (общечеловеческих) ценностей; игнорированием или принижением регулятивной значимости любых социальных, в том числе правовых норм, не соответствующих объявленной истиной религиозной доктрине;

3) деятельность по реализации религиозной доктрины, провозглашенной единственно истинной;

4) организационные формы осуществления религиозной доктрины, в частности, религиозные экстремистские организации (в том числе, тоталитарные секты).

В общем поле религиозного экстремизма следует различать криминальный религиозный экстремизм, который определяется как целостная совокупность (система) признанных преступлениями общественно опасных деяний, направленных на формирование и распространение любыми способами религиозных идей, произвольно объявленных истинными в ущерб всем иным религиозным либо светским идеям, а также на реализацию этих идей уголовно-наказуемыми способами (Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Баковиков А.К., 2006). Наиболее опасными с точки зрения деструктивных социальных последствий признаются формы религиозно-политического и этно-религиозного экстремизма, для которых характерны агрессивная экспансия и масштабное вовлечение маргинальных (с точки зрения неудовлетворенности существенными социальными условиями) слоев населения. Религиозно-политический экстремизм определяется как религиозно мотивированная или религиозно камуфлированная деятельность, направленная на возбуждение религиозной вражды и ненависти в целях насильтственного изменения государственного строя и захвата власти, нарушения суверенитета и территориальной целостности государства. Основу религиозно-политического экстремизма составляет приверженность в религии к крайним взглядам и действиям, насилие, жестокость, агрессивность, сочетающиеся с демагогией (Нуруллаев А.А., Нуруллаев Ал. А., 2003; Наматов Н., 2004). Для этно-религиозного экстремизма характерно сочетание и взаимопотенцирование мотивов как религиозной так и этнической исключительности. Такая комбинированная форма крайностных взглядов и действий наиболее взрывоопасна, особенно в слабо развитых странах и регионах, переживающих затяжные кризисные периоды своего развития, и масштабов деструктивных социальных последствий (Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Беловиков А.К., 2006). По данным многочисленных (свыше двухсот) публикаций, среди причин, способствующих распространению религиозного и национального экстремизма, наиболее часто называют следующие: индивидуально психологические факторы - унижение, безысходность, чувство неполноценности; агрессивный информационный прессинг; цивилизационный кризис и поляризация мира; кризис тра-

диционных религий; эскалация религиозных и ратовых конфликтов в политических целях; глобализация, миграционные процессы, экспорт идей фундаментализма и национализма; архитипический иррациональный ответ на угрозу национальной идентичности и независимости; стихийный или организационный протест на чужеродную геополитическую, информационную и экономическую экспансию, социальная маргинализация и особенности личности. Точных данных о количестве населения, вовлеченного в деятельность экстремистских организаций на сегодняшний день не существует. Такого рода статистику получить крайне сложно, и, кроме того, лица, участвующие в деятельности экстремистских организаций, неоднородны по своим социально-психологическим характеристикам. Условно, они могут быть разделены на четыре группы: 1) хулиганствующие «попутчики»; 2) непосредственные или второстепенные исполнители; 3) «идейные» исполнители и координаторы, составляющие ядро экстремистской группы; 4) лидеры, организаторы и спонсоры, использующие экстремистов в собственных целях и обеспечивающие им прикрытие от эффективного преследования. Первая и вторая группы являются «второстепенными» или «слабыми» звенями в организациях экстремистского толка. Тем не менее, в совокупности с сочувствующей маргинальной частью населения, из которой рекрутируются участники упомянутых иерархических уровней, эти группы как раз и являются необходимой социальной базой, без которой экстремизм, как масштабное социальное явление, не мог бы существовать и развиваться (Ростокинский А. В., 2007). В данной связи особый интерес представляют характеристики психологических особенностей лиц, вовлекаемых в деятельность экстремистских организаций. Как правило, для них характерны: интеллектуальная и нравственная ограниченность, нетерпимость к критике; готовность увидеть недостатки исключительно у других, обвинить окружающих в своих собственных неудачах; компенсаторная грубость, агрессия, склонность к применению насилия; готовность подчиняться силе и природным инстинктам выживания, когда все «иное» расценивается как угроза своему существованию и требует устранения; социально-психологическая неустойчивость и стремление принадлежности к какой-либо группе людей (желательно сильных и агрессивных) для обретения чувства уверенности и собственной значимости; использование упрощенных штампов и примитивной формы психологической защиты для самооправдания от собственных неудач; психическая тугоподвижность, ригидность (Баева Л.В., 2008). Вышеприведенные личностные особенности характерны также и для лиц, вовлекающихся в деятельность террористических организаций, которые часто объединяют с экстремистскими. При

в этом терроризм рассматривается в качестве «рабочего инструмента» достижения экстремистских целей и устремлений (Антонян Ю.М. и др., 2006). Это последнее обстоятельство - наличие специфической «психологической базы», способствующей вовлечению населения в деятельность экстремистских организаций, явно недооценивается или не учитывается вовсе в предлагаемых стратегиях противодействия распространению экстремизма. Последние, в основном, представлены комплексом силовых, правовых и политических мер, направленных на ограничение активности экстремистских организаций с одной стороны, и достижение удовлетворительного консенсуса по вопросам обеспечения политических и религиозных свобод - с другой (Максимова М. В., 2002; Ханьков К.В., 2006; Чуганов Е., 2006). Между тем, гуманитарные стратегии противодействия распространению экстремизма, предусматривающие, в частности, раннюю диагностику и коррекцию дефицитов психологической устойчивости к вовлечению в организации экстремистского толка, могли бы существенно сократить психологическую базу экстремизма.

3.4. В последние годы международный и региональный терроризм стал одной из главных тем, обсуждающихся мировым сообществом (Куслий П., 2005). Многие исследователи в качестве основной тенденции отмечают интенсивное изменение терроризма в направлении повышения его общественной опасности. В частности указывается на: 1) беспрецедентные темпы прироста (за последние три десятка лет в мире было совершено более 10 тыс. террористических актов - только широко известных и нашедших отражение в СМИ); 2) возросший уровень организованности (терроризм в истекшем столетии развивался от террористов - одиничек до создания террористических групп, крупных организаций, политических террористических формирований, транснациональных террористических объединений); 3) возросший уровень материально-технического и финансового обеспечения (используются все средства массового поражения при помощи мировых центров финансирования террористических организаций); 4) беспрецедентные масштабы террористической деятельности (в сферах влияния террористов оказываются города, страны, регионы); 5) утяжеление последствий и числа человеческих жертв (темперы прироста человеческих жертв в среднем на порядок опережают темпы прироста самих террористических актов, с общей тенденцией - от убийства отдельных людей к уничтожению тысяч и десятков тысяч ни в чем не повинных людей); 6) изменение характера и объема целей (от убийства отдельных лиц до свержения легитимных властей, разрушения государств, фактического уничтожения целых народов); 7) расширение социальной базы терроризма (под знамена террористов становятся не только отдельные органи-

зации и объединения - политические, националистические и религиозные, а целые слои населения, иногда - обманутые соответствующей пропагандой народы) (Михеев И. Р., 2004). По данным 190 проанализированных источников среди факторов, способствующих распространению терроризма, наиболее часто называют следующие: индивидуально-психологические факторы (унижение, безысходность, неполноценность); организационно-стратегические факторы (терроризм как общая стратегия достижения политических целей); социальные факторы (средовые, экономические, культуральные, этнические, религиозные); идеологические факторы (конфликты доминирующих идеологий и систем ценностей); глобализация (принципиальная достижимость террористических целей и средств для осуществления террористических актов). По основным видам и формам преступной деятельности терроризм подразделяют на: политический, религиозный, националистический, экономический. По территориальному признаку терроризм определяется как международный и внутригосударственный (Михеев И. Р., 2004; Яковенко И. Г., 2003; Данилова Т. Г., 2003; Sluka Jeffrey A., 2000). В базах данных спец.служб различных стран с 1968 по 2004 г.г. собраны сведения о 20389 террористических инцидентах, совершенных по вышеуказанным мотивам. Причем для различных регионов (Европа, Азия, Латинская Америка, Африка) характерны как преобладание определенных типов террористической активности, так и общих уровням такого рода активности (Доклад Российского Фонда Фундаментальных исследований, 2005). Об истинных масштабах вовлечения в населения в непосредственную деятельность террористических организаций судить трудно в силу противоречивости и непроверенности имеющихся данных. Однако несомненным является факт крайне деструктивного воздействия таких организаций на значительную часть населения планеты (Решетников М.М., 2004). На территории постсоветских республик среди условий, способствующих росту терроризма, называют: 1) глубинные противоречия в экономической сфере и отрицание частью населения новых экономических отношений и способа перехода к ним; 2) растущую социальную дифференциацию граждан, из которых, по данным отдельным социологических исследований, около 30% оказались люмпенизированы, и 40-50% находятся на перепутье; 3) усиление социальных противоречий под влиянием растущей преступности, особенно-организованной, которая сама создает систему защиты от правоохранительных органов и контроля со стороны общества; 4) низкую эффективность работы правоохранительных органов и механизмов правовой защиты населения; 5) борьба за власть политических группировок с использованием всех возможных средств; 6) снижение

эффективности функционирования защитных механизмов в сфере нравственности и морали; утрату ориентиров в воспитательной работе, в первую очередь среди молодежи, с нарастанием тенденций к разрешению возникающих противоречий и конфликтов силовым способом (Степанов Е. И., 2000; Главные угрозы национальной безопасности России начала XX века, аналитическая группа АЭБ ЮНИОН, 2002). Последний аспект в приведенном перечне представляет особенный интерес в связи с многочисленными исследованиями, описывающими психологические особенности лиц, вовлекаемых в деятельность террористических организаций. В частности, приводятся сведения о том, что среди лидеров террористических организаций (более 400 персоналий), главных идеологов и вдохновителей соответствующих политических, националистических и религиозных движений не обнаруживается ни безработных, ни бродяг, пришедших к террору в поисках денег и славы. Их можно охарактеризовать как квалифицированных профессионалов при хорошей работе. Только около 30% из них не имели специальной квалификации. Другая тенденция - их средний возраст 25-26 лет, т.е. это, в основном, молодые и достаточно обеспеченные люди. Таким образом, подтверждаются данные о неоднородности иерархических уровней террористических и экстремистских организаций, и их расслоение на лиц, вовлекаемых в первичное звено и «идейную верхушку» (Хохлов И.И., 2006). Факт вовлечения в террористическую организацию, как правило не связан ни с какой ментальной болезнью. Большинство последователей согласны с тем, что террористы, находящиеся в четком обособлении от общества, являются здравомыслящими и относительно нормальными людьми, т.е. не демонстрируют ярко выраженную психопатологию (Moghadam A., 2005). В то же время не вызывает сомнения тот факт, что в качестве волонтеров или кадровых участников низших звеньев террористических организаций рекрутируются социально дезадаптированные, малоуспешные люди. Они, как правило, плохо учились в школе и вузе, не смогли сделать карьеру, добиться того же, что и их сверстники. Они обычно страдают от одиночества, у них не складываются отношения с представителями противоположного пола. Такие люди почти всегда и всегда были аутсайдерами, и не чувствовали себя своими ни в одной компании, их постоянно преследуют неудачи. Рядовые члены террористических организаций характеризуются высоким невротизмом и очень высоким уровнем агрессии. Им свойственно стремление к поиску острых ощущений - обычная жизнь им кажется пресной, скучной и, главное, бессмысленной. Им хочется риска и опасности (Берту Э., 2003). Исключительно важным фактором, объясняющим феномен ускоренного вовлечения социальных маргиналов в экстремис-

ко-террористические организации, является механизм «психологических премий», которые «выдаются» террористическими организациями своим сторонникам. Речь идет о том, что эти внутренние неуверенные в себе люди, всеми силами стремящиеся восполнить недостаток неуважения к ним, вступив в могущественную тайную структуру, обретают, наконец, главный приз - ресурсный статус, самоуважение, смысл жизни и освобождение от каких бы то ни было социальных запретов. Появляется чувство избранности, причастности к судьбе. Внутренняя организация и законы функционирования террористических групп в максимальной степени способствуют адаптации вчерашних аутсайдеров. Крайний авторитаризм, беспрекословное подчинение руководителю, полный контроль всех аспектов жизни членов группы сочетается с подчеркнутой гуманностью в отношениях друг к другу, с готовностью помочь, с полным и безусловным принятием каждого. Стратегия действия обсуждается всегда коллективно, каждый имеет возможность ощущать себя соавтором великих планов (Гозман А. Я., Шестопал Е. Б., 1996; Jerrold M. Post, 2005). Нечто вроде упомянутой «психологической премии», перепадает и части социальных маргиналов, прямо не вовлекающихся, но сочувствующих деятельности террористических организаций. Наиболее радикальным и угрожающим обществу результатом формирования положительного отношения к терроризму в данной группе населения является желание человека перенять у террористов методы их борьбы за свои интересы и применить их в одиночку, оправдывая свое поведение ссылкой на террористов. Психологические механизмы такого рода «премирования» исследованы достаточно подробно и включают приемы морального самооправдания, выгодного сравнения, смешения и диффузии ответственности, дегуманизации жертвы, искажения и пренебрежения последствиями. Т. е. происходит резкое ослабление и фактическое размытие запретительных социальных норм, препятствующих совершению антиобщественных криминальных действий (Ениколов С.Н., Мкртычян А.А., 2008).

В связи со всем сказанным, организация эффективного противодействия терроризму считается приоритетной внешнеполитической и внутриполитической задачей правительства большинства стран мира. При этом основной акцент делается на собственно политические, правовые и силовые меры противодействия распространению терроризма (Резолюция парламента стран - членов ООН, 2003; Международные Конвенции по борьбе с терроризмом, ООН, 2004). Между тем, все больше голосов раздается в пользу необходимости изучения психологии терроризма, привлечения междисциплинарных подходов, включающих знания политики, истории, экономики, идеологии и культуры.

ры. Высказывается мнение о необходимости иметь научно-обоснованную концепцию происходящего, чтобы попытаться понять психологические истоки роста насилия, а также определить стратегические направления деятельности, которые позволили бы лишить терроризм его психологической подпитки и социальной базы, из которой он последовательно черпает силы и сторонников (Решетников М.М., 2004). Все чаще признается тот факт, что программы, которые снижают уязвимость к террору и способствуют социальной устойчивости, являются ключевым компонентом антитерроризма. Разработка программ такого рода требует проведения масштабных исследований для понимания того, какие шаги могут иммунизировать общество против террора и способствовать социальной устойчивости (Международный саммит по демократии, терроризму и безопасности, Том 1, 2005). Раскрытие последнего, важнейшего, с нашей точки зрения, тезиса, обозначающего масштабные перспективы использования психотерапевтических технологий по профилю профилактики вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, приводятся в нижеследующем фрагменте настоящего раздела.

3.5. Одно из таких комплексных исследований по идентификации психологических свойств, высокий уровень развития которых препятствует вовлечению в химическую и психологическую (религиозные секты, экстремистские, террористические, криминальные организации) зависимости, а низкий - способствует формированию высоких рисков вовлечения по данному профилю, проводилось на территории постсоветского пространства в Республике Казахстан в период 2001-2006 г.г. При этом были получены четкие представления о феномене психологической устойчивости (здравья) в современном, функционально-понятном смысле данного термина, сформулировано следующее развернутое определение данного феномена: под психологической устойчивостью (здравьем) понимается специальная функция психики субъекта, обеспечивающая высокую толерантность к первичному или повторному вовлечению в психологическую или химическую зависимость, полноценное формирование которой возможно, как за счет эволюционных механизмов индивидуального развития, так и за счет форсированного развития с использованием специальных технологий (психотерапевтических, консультативно-психологических, социально-тренинговых и др.). Феномен индивидуальной устойчивости к агрессивным воздействиям внешней среды обеспечивается комбинацией определенных личностных свойств, гармоничное развитие которых ведет к закономерному снижению рисков вовлечения в химическую (алкоголизм, наркомания) и психологическую (деструктивные и тоталитарные религиозные секты, экстремистские, террористические и криминальные организации) зависимос-

ти. В частности, была показана универсальная сущность феномена психологической устойчивости по отношению ко всем типам зависимостей - психологических и химических. А также - продемонстрированы возможности выведения универсальных алгоритмов и технологий эффективной первичной профилактики вовлечения в эпидемии наркотической и психологической зависимости, и реабилитации зависимых лиц (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2004, 2005; Пак Т.В., 2004; Титова В.В., 2004; Нургазина А.З., 2006). На основании результатов реализации вышеназванной комплексной программы научных исследований была сформулирована общая концепция социальных эпидемий и разработаны перспективы эффективной профилактики их распространения с акцентом на гуманитарные технологии противодействия. В частности, было сформулировано следующее обобщенное определение обсуждаемых деструктивных социальных феноменов: под социальными эпидемиями понимаются кризисные социальные явления, связанные с возрастающим вовлечением населения в зависимость от психоактивных веществ - алкоголя, наркотиков, токсических веществ, в сферу влияния тоталитарных сект, экстремистских, террористических, криминальных организаций, степень деструктивности - биологической, психологической, социальной, экономической и масштабы распространения которых представляют прямую угрозу существующему социальному порядку и потенциалу развития нации. Наиболее существенные характеристики рассматриваемого социального явления следующие: 1) социальные эпидемии обнаруживают тенденции к неконтролируемому распространению; 2) к прямой и косвенной взаимозависимости; 3) прямое деструктивное воздействие социальных эпидемий затрагивает существенную часть общества, вовлекаемого в психологическую, либо химическую зависимость (в общей сложности речь идет о 5-7% населения); косвенное психотравмирующее воздействие, за счет феномена глобализации и каналов единого информационного пространства, затрагивает общество в целом; 4) традиционные способы противодействия поименованным социальным эпидемиям, выстраиваемые по аналогии борьбы с биологическими эпидемиями, малоэффективны либо неэффективны вовсе. Далее, была разработана метамодель эффективной социальной профилактики, предусматривающая, в частности, форсированное развитие и становление института профессиональной психотерапии. В контексте данной метамодели особое внимание обращалось на востребуемость главных функций профессиональной психотерапии - помогающей и развивающей - в ключевом процессе интенсивного формирования свойств психологического здоровья - устойчивости у лиц с признаками повышенного риска вовлечения в психологи-

ческую и химическую зависимости. Кроме того, подчеркивалась значимость инновационной и креативной миссии профессиональной психотерапии по отношению к континууму развивающих социально-гуманитарных технологий - консультативных, тренинговых, образовательных, используемых в данной метамодели (Катков А.Л., 2004, 2007).

4. Контекст новых доктринальных подходов в сфере охраны и развития социального здоровья

Следующий актуальный контекст, который необходимо учитывать при определении миссии, целей и задач профессиональной психотерапии, связан с важнейшим и наиболее проблематичным достижением XX века - утратой фактора естественного отбора, как функции доминирующего регулятора адаптационных возможностей человека. Тотальные успехи биологической и медицинской науки, и соответствующей социальной практики отправили этот стихийный способ формирования биологической устойчивости человека на обочину эволюционной гонки без лишнего шума, но и без должного анализа привносимых цивилизационных издержек. Между тем, термины «болезни цивилизации», «издержки научно-технического прогресса» все чаще обсуждаются научной общественностью в связи с несомненными негативными последствиями для индивидуального и социального здоровья (Лисицын Ю. А., 1982). Общепризнаваемыми и вызывающими озабоченность являются факты того, что в результате утраты естественных саногенных механизмов генофонд общей популяции стал стремительно терять в качестве, адаптационный потенциал человечества снижается, а степень агрессивности среды, напротив, возрастает все более ускоряющимися темпами (Тоффлер О., 1990). Между тем базисная доктрина здравоохранения, разработанная еще в середине прошлого века и ориентированная на линейную взаимозависимость уровней здоровья человека от биологических (экологических) и психо-социальных условий, в которых функционирует та или иная часть социума, до сих пор остается доминирующей и определяет основные направления развития служб здравоохранения большинства стран мира. Соответственно, категория «здоровье» определяется как состояние полного физического, психического и социально-благополучия при отсутствии болезней и физических дефектов (ВОЗ, 1958). Главным идеологическим стержнем данной доктрины является био-психо-социальный подход, согласно которому основные усилия в деле обеспечения надлежащих уровней социального здоровья должны направляться на улучшение экологической ситуации в мире, повышение качества питания, улучшение социальных условий жизни людей. И только во вторую очередь - на развитие современной системы здра-

воохранения (Глобальные цели ООН в области развития на пороге тысячелетия, ООН, 2001; Политика ВОЗ на предстоящее столетие «21 задача на 21-е столетие»). В моделях здравоохранения, формируемых на основе вышеназванных принципиальных установок, лишь около 10% ответственности за состояние и уровень социального здоровья делегируется сектору здравоохранения. Другие 90% - распределяются между политиками, экологами и гражданами, которым надлежит вести здоровый образ жизни и проявлять заботу о собственном здоровье (Лисицын Ю. П., 1987). В последние десятилетия основные усилия по улучшению качества медицинской помощи населению предпринимались по направлениям: 1) формирования адекватных моделей финансирования государственных, муниципальных и частных медицинских организаций; 2) создания систем управлением качеством оказываемой медицинской помощи; 3) разработки соответствующего правового поля, в котором система здравоохранения функционирует наилучшим образом; 4) обеспечения максимальной доступности населения к высококачественным медицинским услугам; 5) стимулирования научных разработок и инновационных подходов в сфере лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний. Примером успешной реализации вышеизложенных принципов является система здравоохранения Франции, которая в июне 2000 г. была признана ВОЗ «лучшей системой оказания медицинской помощи в мире» (Актуальные проблемы организации контроля качества и повышения медицинского обслуживания, М., 1998; Тогунов И. А., 2000; Аканов А. А., 2003; Нагребецкий А., 2007). На территории постсоветского пространства, при разработке стратегий развития и реформирования здравоохранения делается акцент на: политическое и правовое обеспечение деятельности системы охраны здоровья населения; экономическое и организационное обеспечение необходимых процессов; материально-техническое и кадровое обеспечение деятельности медицинских учреждений и организаций; научное, инновационно-технологическое и информационное обеспечение медицинской деятельности (Аканов А., 2005, 2006; Концептуальные подходы к преобразованиям системы здравоохранения в Российской Федерации, 2007).

Между тем, несмотря на очевидные достижения и успехи рассматриваемой доктрины здравоохранения в избавлении человечества, например, от гнета многих инфекционных заболеваний и эпидемий, в улучшении качества и продолжительности жизни больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, нельзя не признать наличие не менее очевидных «белых пятен» в общей идеологии био-психо-социального подхода. Особенно, в связи с оценкой долговременных перспектив развития социального здоровья. Так на сегодняшний

день абсолютно ясно, что в качестве единственной, адекватной альтернативы естественным саногенным механизмам может выступать лишь самоорганизующая активность человека по форсированному развитию адаптационных способностей и свойств в агрессивной информационной и биологической среде. Таким образом, первичным и наиболее важным звеном полного комплекса, обеспечивающего формирование искомых уровней индивидуального и социального здоровья, является феномен целенаправленной самоорганизующей деятельности субъекта и общества в целом, а не декларируемое и, к тому же, абсолютно не реальное в ближайшие годы и десятилетия существенное улучшение среды обитания. Далее, на сегодняшний день можно считать полностью доказанным тот факт, что такого рода целенаправленная самоорганизующая активность, в частности, приверженность к здоровому образу жизни, не являются самодостаточными или изолированными свойствами человеческой психики. Наличие данных характеристик у субъекта есть следствие общего высокого уровня развития у него свойств психологической устойчивости – здоровья, и гарантия того, что сформированная таким образом метапозиция не изменится под давлением времени и обстоятельств. Следовательно, основные идеологические установки в отношении зависимости здоровья человека, в основном, от внешних причин (позиция внешнего локуса контроля), с необходимостью должны измениться на более адекватную современным реалиям идеологию, с приоритетами в сфере самоорганизующей активности и высоких уровней психологического здоровья человека, и общества в целом (позиция внутреннего локуса контроля). Далее, нет никаких сомнений в том, что ответственное, самоорганизованное и активное сообщество найдет способ адекватного решения задач по оздоровлению биологической и социальной среды. Что, безусловно, разрешит общую тревожную ситуацию в направлении повышения адаптационных способностей человека при одновременном снижении степени агрессивной среды. С позиций всего сказанного основополагающая доктрина охраны и развития здоровья населения в XXI веке должна измениться следующим образом:

- тезис, утверждающий, что здоровье индивида и общества зависит, в основном, от природно-биологических и экономических факторов, должен быть изменен на следующий: *в условиях деградации естественных саногенных механизмов основным регулятором уровней адаптации человека в агрессивной среде и, соответственно, уровней индивидуального и социального здоровья является самоорганизующая деятельность человека и социума;*

- тезис, утверждающий, что система здравоохранения не является основным фактором, обеспечивающим индивидуальное и социальное здоровье,

а ее активность ограничивается, в основном, лечением и профилактикой острых и хронических заболеваний, должен быть изменен на следующий: *в современном мире система здравоохранения рассматривается как основной инструмент самоорганизующей активности социума по формированию искомых уровней индивидуального и общественного здоровья;*

- тезис того, что основные области активности по охране здоровья населения должны быть сосредоточены в секторе социально-гигиенической и лечебно-диагностической (биологическая терапия) деятельности медицинских служб, должен быть дополнен следующим тезисом – *основная активность в сфере развития здоровья населения должна быть сосредоточена в сфере формирования высоких уровней адаптации и психологической устойчивости, за счет мобилизации ресурсов психического и психологического здоровья при активном использовании развивающих (психотерапевтических, консультативных, тренинговых и других) технологий;*

- тезис, утверждающий, что схемы финансирования, существующие в системе здравоохранения, должны учитывать лишь стоимостные значения прямых затрат, необходимых на производство медицинских услуг, а также промежуточные индикаторы эффективности и качества (т.е. стоимостные значения объема и качества восстановленного здоровья не оцениваются и не учитываются в схемах финансирования учреждений здравоохранения) должен быть изменен на следующий: *схемы финансирования современной системы здравоохранения, как структуры, ответственной за уровень социального здоровья, помимо компенсации прямых затрат на производство профильных услуг, должны содержать определенный выплатный бонус от стоимостных значений восстановленного здоровья. При этом каждая медицинская услуга, кроме манипуляционной составляющей, оцениваемой прямыми затратами на ее реализацию, должна иметь главную – информационную (с научным и образовательным компонентами) составляющую, оцениваемую стоимостными значениями объемов и качества восстановленного здоровья. Таким образом общая схема финансирования деятельности по охране и развитию здоровья должна предусматривать, как минимум: 1) компенсацию прямых затрат и оговоренную часть выплатного бонуса тому медицинскому учреждению, где данная услуга реализуется; 2) оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объема и качества здоровья научному учреждению и конкретному сотруднику, разработавшему и внедрившему новый метод; 3) оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объема и качества здоровья образовательному учреждению, осуществлявшему соответствующую*

ющую подготовку медицинского персонала. В данной схеме непосредственное финансирование научных и образовательных учреждений, действующих в системе здравоохранения, рассматривается как прямые государственные инвестиции; финансирование за счет выплатных бонусов – как механизм реального экономического стимулирования эффективной инновационной деятельности в сфере здравоохранения;

- тезис того, что сфера здравоохранения традиционно и обоснованно является наиболее консервативной структурой социального сектора, деятельность которой подлежит строгой регламентации, должен быть изменен на следующий: *сфера здравоохранения должна стать наиболее динамичной структурой социального сектора; регламент ее деятельности должен включать узаконенные положения о статусе и порядке реализации подготовленных организационных и иных экспериментов по совершенствованию системы здравоохранения.*

В соответствии с контекстом обновленной доктрины должно быть изменено и понимание категории «здоровье». В современном мире данная категория выступает в качестве основного параметра порядка, обеспечивающего приемлемые условия и темпы развития человека и общества в агрессивной среде. Сущность категории «здоровья», в данной связи, представляется уже не в виде каких-либо статусных характеристик субъекта (соматических, психических, социальных), но в качестве фундаментальной способности человека к самоорганизации, саморазвитию. Соответственно, различные, условно выделяемые аспекты интегрального здоровья – соматический, психический, психологический – расшифровываются как самоорганизующие способности со следующими функциями:

- соматическое здоровье – способность присутствовать и функционировать в реальности как активного биологического объекта, обеспечивающее энергиетику психических процессов;

- психическое здоровье – способность к адекватному взаимодействию с реальностью в качестве полноценного субъекта;

- психологическое здоровье – способность к критическому осмыслению, усвоению и генерации новой информации, обеспечивающая устойчивость и адекватную адаптацию человека в агрессивной среде.

Из приведенного определения выводится естественный приоритет психологической и психической составляющей категории «健康发展». Ценность соматической составляющей является опосредованной. Таким образом современная функциональная трактовка содержания категории «健康发展» устанавливает фактическую идентичность данной категории с понятием психологической эффективности в сфере самоорганизующей активности человека. Констатация данного факта является ключевым звеном обновленной доктрины охраны и

развития здоровья в XXI веке, и существенным дополнением к доминирующему био-психо-социальному подходу. Далее, следует признать, что достижению стабильно высоких уровней общественного здоровья, в обновленном понимании данного термина, способствует не только и не столько медицинская, сколько развивающая гуманитарная практика, реализуемая как традиционными, так и вновь создаваемыми социальными институтами. В сущности, это означает, что в эволюционном ряду взглядов и подходов к категориям индивидуального и социального здоровья, вслед за этапом «лечащей» и «предупредительной» медицины, занимающих весьма скромное место в общем поле научной и практической деятельности человека, активно формируется мультидисциплинарный этап «развивающей» медицины, мобилизующий весь арсенал интеллектуальных достижений естественно-научного и гуманитарного профиля. В первую очередь – достижений в сфере обоснования и повышения эффективности развивающих технологий, среди которых профессиональная психотерапия должна занимать одну из ключевых позиций (Катков А. Л., 2006, 2008).

5. Контекст кризиса цивилизационных способов самоорганизации общества

Актуальный социальный контекст углубляющегося кризиса цивилизационных способов ресурсной самоорганизации общества - рациональных и иррациональных, имеет исключительное значение для формирующегося института психотерапии. Данный контекст адресуется к наиболее дискуссионной функции профессиональной психотерапии – социально-стабилизирующей, и подразумевает, если не наличие, то, по крайней мере, движение к обретению сущностной идеи преодоления опасного раскола между основными стратегиями адаптации современного человека: с опорой на систему рациональных знаний; с приоритетом иррациональных верований. Анализ многочисленных публикаций (основные источники приведены нами в предыдущих разделах), посвященных цивилизационному кризису, показывает наличие следующих тенденций: 1) знаменитая максима «жизнь – тяжела, человек – слаб» в последние десятилетия отнюдь не утратила своей актуальности и не только для маргинальных слоев населения; 2) ставка лишь на одну из приведенных ресурсных стратегий недостаточна; 3) полноценное и неконфликтное совмещение рациональной и иррациональной систем координат, в силу углубляющихся противоречий, все более проблематично. Данное обстоятельство вовсе не такое уж безобидное, как это может показаться на первый взгляд, поскольку, именно ресурсный «голод» является основной причиной, запускающей триггер поискового поведения субъекта в пространстве, где наиболее привлекательными и

легко-доступными оказываются возможности прямого доступа к искомому ресурсному статусу: употребление психоактивных веществ; религиозный экстаз; псевдо-братские отношения и силовое покровительство преступных, террористических группировок и т.д. Между тем, одной лишь констатации настоящей ситуации, без углубленного анализа того, почему же основополагающие ресурсные стратегии бытия современного человека оказались несостоятельными, явно недостаточно. Такого рода констатация должна сопровождаться анализом причин ресурсного дефицита в господствующем типе рациональности, и механизмов слома в системе ресурсных доступов с опорой на традиционные верования.

С точки зрения современной социологической науки (Лебон Г., 1995, Тард Г., 1990; Московичи С., 1996) каждому этапу становления основных социальных институтов соответствует определенный идеоматический контекст, в поле которого реализует свои жизненные задачи доминирующее поколение. Данный метаинформационный контекст представляет собой весьма сложный феномен, складывающейся в результате взаимовлияния существующих культурных и конфессиональных традиций, научных взглядов и обыкновенных представлений на природу того, кто есть человек, и каково его место в современном мире. В этих стихийно складывающихся информационных конгломератах формируются корни первичной социальной морали – негласного кодекса правил, дающих четкие представления о том, что хорошо и что плохо в поведении человека, проживающего жизнь в привычном социальном окружении. Степень влияния этого «сухого остатка» интеллектуальной и культурной активности социума на конкретного человека – представителя восходящего поколения – чрезвычайно велика, поскольку именно за счет этих простых и понятных любому человеку истин (идиом) закладываются и реализуются соответствующие жизненные сценарии. И далее эти, часто неосознаваемые сценарные планы могут формировать судьбу целых поколений. Таким образом, актуальный идеоматический контекст выполняет важнейшую функцию формирования глубинных параметров социального порядка, структурирующих активность восходящего и доминирующего поколений. Сущностная же миссия идеоматического контекста, прежде всего, ресурсная. Актуальные идиомы, как следует из всего сказанного, формируют опорную систему координат современного человека, уменьшая степень экзистенциальной неопределенности и, соответственно, снижая уровень базисной тревоги. В структуре идеоматического контекста ведется поиск несущих жизненных смыслов, обеспечивающих ресурсный статус и конструктивную социальную мотивацию индивида. Наконец, в кризисных ситуациях усвоенные правила – идиомы под-

сказывают простые и эффективные пути поиска дополнительных психологических ресурсов, необходимых для успешного преодоления очерченных во времени кризисов, либо для относительно комфортного существования в условиях постоянно – агрессивной кризисной среды (Лебон Г., 1995; Зимбардо Ф., Ляйппе М., 2000; Тернер Д., 2003). В последние десятилетия все большее количество ученых, социологов и представителей богословия приходят к выводу, что метамодели уходящего мира, основанные на полярных иррациональных убеждениях и рациональных допущениях элементаристского толка, в значительной степени утратили свой ресурсный потенциал, и этому есть свои объяснения (Пикок А., 2004; Брук Дж. Х., 2004).

5.1. Рассмотрим основные ресурсные характеристики рациональной системы координат. Прежде всего следует отметить тот факт, что современные образовательные и развивающие технологии, за редким исключением, направлены на укоренение именно этой рациональной системы, управляющей бытием современного человека. Причем, данная система изначально содержит антагонистические установки по отношению к своему «извечному конкуренту» – системе иррациональных верований. Свидетельства этому мы встречаем не только в Библии (метафорическая точка отсчета этого застарелого конфликта – момент изгнания первого человека из рая за то что он вкусили с дерева познания), но и в трудах современных естествоиспытателей, считающих, что картина, созданная современными естественными науками, обычно воспринимается на Западе как нечто противоречащее, или, по крайней мере, губительное по отношению к религиозной вере в целом и христианской вере в частности (Пикок А., 2004). Светские критики религии зачастую придерживаются идеи о неизбежном конфликте между светским и религиозными образами мышления (Брук Дж. Х., 2004). Многочисленные, в том числе и наши собственные исследования, показывают, что сам по себе факт высшего образования, основанного на вышеприведенных идиомах рационального толка, не обеспечивает полноценного ресурсного статуса субъекта (Катков А.Л., 2003; Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б., 2006). Институализированные образовательные практики, особенно практика высшего образования, ориентированные на развитие когнитивных способностей индивида и формирование у него рациональной системы координат, в лучшем случае оставляют без внимания, а в худшем – затрудняют доступ к ресурсным инстанциям психического. Следствием данной ситуации является тенденция того, что современный человек, для ментальности которого характерна рациональная доминанта, вообще не склонен принимать на веру сам факт существования каких-либо суперресурсных, сверхсущественных инстанций. И уж тем более он под-

вергает сомнению право неких пророков (агитаторов-посредников), на то, чтобы указывать ему, что хорошо, а что плохо в современном мире. «Что касается существования богов, то я не знаю, есть они или нет. Уж слишком многое препятствует этому знанию – и вопрос темен, и жизнь коротка» - под этими словами Протигора ныне подписались бы многие. Однако, вместе с отрицанием иррационального всегда возникает соблазн «отрясти» и другие социальные запреты – «нравственные законы внутри нас», смысл которых не вполне понятен, и уже тем более, никак не подтверждается тем, что человек видит ежечасно и повсеместно. Конфронтационная стратегия поведения, являющаяся адаптационным фундаментом значительной части современного социума, в данной ситуации становится доминирующей. Основные тезисы такой стратегии следующее. Жизнь – борьба, а богатство – это сила и власть. Если ты проигрываешь в конкурентной борьбе, то твое место на обочине жизни, но не в ее блестательном центре. Отсюда – вполне земная атрибутика успешной жизни: богатство (как потенциальная возможность удовлетворения своих потребностей и средство обретения личной свободы); сила (как гарантия личной безопасности во враждебном и агрессивном мире); власть (как способ самоутверждения и гарантия преимущества в конкурентной борьбе). Все остальные атрибуты правильной жизни, не имеющие адекватного «технико-экономического обоснования», на втором или третьем планах.

С точки зрения ресурсного потенциала субъекта такая метапозиция весьма уязвима. Существенно решения главных экзистенциальных проблем, таких например, как страха жизни и страха смерти, в данной ситуации не достигается – рациональная система координат оставляет эти вопросы без ответов. Мало того, доминирующие естественно-научные подходы, формирующие мировоззрение современного человека, размывают и отнимают то единственное, что у него осталось – мир предметов и объектов, в которых он существует. Мартин Хайдеггер в своем знаменитом произведении «Что зовется мышлением» написал об этом следующее: «К чему такие вопросы о деле, относительно которого каждый справедливо соглашается, что оно, мол, ясно всему миру как день – то, что мы на земле, а в данном избранном примере, стоим напротив дерева. Но не будем слишком поспешны с такими допущениями, не будем принимать эту ясность слишком легко. Мы сразу же отказываемся от всего, лишь только нам такие наука как физика, физиология и психология с научной философией, со всей их оснащенностью примерами и доказательствами, объясняют, что мы, собственно, не видим никакого дерева, а в действительности воспринимаем некую пустоту, в которой определенным образом рассеяны электрические заряды, мчащие-

ся с великой скоростью туда и сюда... Отсюда берут эти науки полномочия на такие суждения? Откуда берут эти науки право определять местоположение человека, а себя приводить в качестве мерила этого определения... Но мы сегодня склонны скорее повалить цветущее дерево, чем отказаться от наших якобы более ценных физических и физиологических знаний» (Heidegger M., 1970). В этом мире неопределенностей, формируемом современной наукой, необходимость блокирования экзистенциальных страхов, компенсаторная внешняя активность и конкурентная борьба за место под виртуальным солнцем общественного признания забирают слишком много энергии. А шансы на победу в непрерывном чемпионате по индивидуальному или корпоративному успеху есть далеко не у всех. В этих условиях и формируется хронический ресурсный дефицит с поисковым поведением субъекта, повышенными рисками вовлечения в химическую и психологическую зависимость.

5.1.1. Анализ источников, формирующих и подпитывающих систему координат современного человека с опорой на рациональное, в первую очередь – достижений фундаментальной и прикладной науки, показывает, что данная важнейшая область человеческой деятельности переживает волну затяжного кризиса. Надежды, возлагаемые на технический прогресс еще в середине прошлого века, обернулись полным крахом и разочарованием в отношении возможности последнего решать существенные вопросы человеческого бытия (Деррида Ж., Бодрийяр Ж., Джеймисон Ф., 1970-1992). Научная революция, происходившая с начала и до 70-х годов XX века, привела человечество к возможности использования энергией ядерного и термоядерного синтеза, путешествий в космическом пространстве. Однако сформировавшиеся в результате этой революции неклассические научные подходы фактически никак не продвинули процессов сближения естественно-научной и гуманитарной парадигм, и не способствовали возможностям овладевания человеком его собственными психическими ресурсами. Вот как эту ситуацию оценивали известные исследователи-психологи: «Мы утверждаем, что любая физическая картина мира абсолютно не оставляет место явлениям, которые интересуют психологию. Принципиально невозможно определить психическое через пространственно-временное отношение к телесной субстанции (Михайлов Ф.Т., 2001). Никакие самые сложные структуры физических тел не требуют, чтобы информация о внешнем для них окружении была представлена в виде восприятий и переживаний, т.е. удваивалась в субъектном пространстве (Сурмава А.В., 2003). Если природа – в целом описывается объективными законами, то с этой точки зрения познающий субъект ничего не прибавляет своим знанием к целостности природы... Сама физика как систе-

ма знаний находится по отношению к описываемому миру не в лучшем положении - она ему совершенно не нужна» (Кричевец А.Н., 2005). Справедливости ради следует отметить, что основоположники неклассической науки понимали необходимость введения позиции наблюдателя в систему описываемых физических явлений. Однако этот вопрос так и не был до конца разработан ни физиками, ни психологами (Эйнштейн А., Инфельд Л., 1955; Гейзберг В., 1925-1965; Бор Н., 1915-1962). Ситуация переменилась с начала 70-х годов прошлого столетия с формированием постнеклассической (постпозитивистской, постмодернистской) науки, фактически признающей тот факт, что любая реальность так или иначе опосредуется через психику человека. Т.е. последняя выступает в качестве неявного, но всегда присутствующего универсального оценочного инструмента. Следовательно, все, что оказывает хоть какое-то влияние на данный инструмент должно учитываться в теории и практике науки. Таким образом, было получено признание правомерности исторического и методологических контекстов в интерпретации научных знаний (Кун Т., 1970; Лакатос И., 1970; Поппер К., 1972). Постнеклассическая наука продвинулась в осознании принципиально социального характера научного познания, единства и взаимосвязи внутренаучных и социокультурных факторов в развитии научного знания. Такая наука демонстрирует явную тенденцию на сближение доселе разорванных и разобщенных методологий исследования своих объектов, на преодоление разрыва двух научных культур - естественно-научной и гуманитарной. Наконец, постнеклассическая наука выдвинула важнейший тезис того, что для своего адекватного осмысления и обоснования необходимо создание новой парадигмы философии науки, которая сумела бы синтезировать естественно-научную и гуманитарную методологию в некую новую и целостную философию науки (Лебедев С.Л., 2008). Однако до настоящего времени такая новая парадигма ни в рамках трансформации естественно-научных подходов, ни в сфере активности научной психологии, так и не была создана.

Возможности использования постнеклассических научных подходов активно обсуждаются в психологической науке. Интерес к этому новому способу интерпретации гуманитарных, в частности психологических знаний, обусловлен, во многом, тем очевидным кризисом, в котором психологическая наука пребывает последние десятилетия (Ждан А.Н., 2007; Кольцова В.А., 2007; Мазилов В.А., 2006; Юрьевич А.В., 1999, 2001, 2005, 2006). В качестве основных симптомов кризиса в психологической науке наиболее часто указываются:

- отсутствие единой, разделяемой всеми теории;
 - разделение на «психологические империи», такие как когнитивизм, психоанализ, бихевиоризм
- др., каждая из которых живет по своим собственным законам;
- отсутствие универсальных критериев добывания, верификации и адекватности знания;
 - некумулятивность знания, объявление каждым новым психологическим направлением всей предшествующей ему психологии набором заблуждений и артефактов;
 - раскол между исследовательской и практической психологией;
 - расчлененность целостной личности и «недизъюнктивной» психики на самостоятельно существующие память, мышление, восприятие, внимание и другие психические функции;
 - различные «параллелизмы» - психофизический, психофизиологический, психобиологический, психосоциальный, которые психология осознает как неразрешимые для нее головоломки.
- При этом отмечается, что наиболее остро переживаются даже не сами эти симптомы, а отсутствие прогресса в их устраниении: оценки методологического состояния психологии, которые давались У. Джеймсом и Л.С. Выготским, ничем не отличаются от современных оценок (Юревич А.В., 2005). Выдающийся классик психологической науки советского периода видел следующий выход из ситуации раздробления психологической науки: «Очевидно, отдельные психологические дисциплины в развитии исследования, накопления фактического материала, систематизации знания и в формулировках основных положений и законов дошли до некоторого поворотного пункта. Дальнейшее продвижение по прямой линии, простое продолжение все той же работы, постепенное накопление материала оказываются уже бесплодным или даже невозможным... Из необходимости - на известной ступени знания критически согласовать разнородные данные, привести в систему разрозненные законы, осмыслить и проверить результаты, прочистить методы и основные понятия, заложить фундаментальные принципы - из всего этого и рождается общая наука» (Выготский Л.С., 1982). При всем этом, ясного видения каким же образом следует двигаться по обозначенному пути, в отечественной и мировой психологии не сложилось. Некоторые исследователи предлагают утвердить психологию в статусе мультипарадигмальной дисциплины и заниматься развитием коммуникаций между отдельными научными школами (Мироненко И.А., 2008). В качестве оправданий такого рода позиции приводят исключительную сложность построения единой психологической теории, и следующие аргументы: «Человек, как предмет теоретического познания - крепкий орешек. И потому, что как такой он - еще не ставший объект, если вообще когда-нибудь в принципе он может стать таковым, не упраздняя самого себя. И потому, что этот развивающийся объект вынужден постигать не что

иное, но самого себя, включая свою собственную способность к познанию. И, наконец, потому, что вместе с человеком становится, а значит, еще не стал, сам способ его познания. Т.е. познавать приходится не только тот объект, который находится в непрерывном развитии, но и с помощью того, что еще толком не сложилось. Надо ли говорить, что все эти антиномии, в которые неизбежно упирается теоретическая мысль, уже второе столетие приводят психологов в отчаянное и толкают их либо к полному отказу от попыток строить психологическую теорию и к уходу в чистый эмонтизм, либо, опять-таки, к отказу от рационального теоретического познания и к уходу в пустую спекуляцию» (Сурмава А.В., 2003). Такого рода спекуляции, выступают, в том числе и в виде своеобразной проекции нетерпимости к целостно-системному ведению мира у ортодоксальных сторонников постмодернистской мозаичности и сетевого подхода, когда основанная научная критика монистических системных позиций подменяется обвинениями в «тоталитарности», «реакционности», «кангажированности» и пр. (Соколова Е.Е., 2008). Другой тип спекуляции связан с феноменом возникновения поп-психологии, как части поп-науки, для которой какая-либо верификация утверждений необязательна. Ее главные задачи – сформулировать наиболее интересную для «человека с улицы» версию психологического знания, предложить ему способы решения его психологических проблем в отсутствии заботы об адекватности и научной обоснованности этих способов (Юревич А.В., 2007; Мироненко И.А., 2008). Другая часть исследователей пытается конструктивно осмысливать проблему выстраивания общей адекватной теории психических процессов, оставаясь при этом в контексте постнеклассического научного подхода. Делаются попытки найти ответы на следующие, весьма интересные вопросы:

- что стоит за природной биологической детерминацией деятельности, как оснований существования различных видов природного разнообразия;
- что стоит за исторической детерминацией развития разнообразных ментальностей в истории существования различных цивилизаций;
- что стоит за социальной детерминацией социокультурной динамики существования различных социальных систем;
- что стоит за культурной детерминацией развития личности в разных культурах и этносах в psychology.

При этом высказывается тезис того, что исследователь, который пытается за потоком целенаправленных деятельности увидеть разные проекции существований как оснований движения различных систем, имеет шанс отыскать путь к достижению общих закономерностей историко-эволюционного понимания развития человека и человечества (Асл

молов А.Г., 2008). Весьма перспективными представляются попытки обосновать метапозицию психологической науки как внепарадигмальную или надпарадигмальную, поскольку данная наука как раз и изучает особенности универсального оценочного инструмента, используемого во всех научных подходах и парадигмах без исключения – человеческую психику. Другая перспектива, способная круто изменить облик психологии и называемая «практическим поворотом», связана с ростом психологической практики при относительном упадке традиционных академических исследований. При этом практическая составляющая психологии развивается от «мягких», дающих неопределенные результаты психологических манипуляций, к более структурированным, приносящим однозначные результаты, технологиям, допускающим их тиражирование. Данная траектория развития психологии при ее кажущейся удаленности от академической и исследовательской, может породить новую – технологическую парадигму ее развития, предъявляющую, в свою очередь, жесткие требования к научному базису.

Таким образом постмодернисткому и постнеоклассическому узакониванию различных взглядов на природу психического, разнообразных подходов к его изучению и объяснению как равно адекватных, обернувшемуся оправданием их «сепаратизма», пришли на смену пост – постмодернистские настроения, выразившиеся, в частности, в стремлении к интеграции данных подходов (Юревич А.В., 2008).

5.1.2. Следующая тема, которая, безусловно, должна затрагиваться при анализе углубляющегося конфликта между рациональной и иррациональной системами координат, - это тема представленности и верифицируемости таких категорий как «душа» и «дух» в современной психологической науке. Следует отметить, что научное сообщество вообще предпочитает дистанцироваться и не употреблять данные термины в своем лексиконе, избегая, тем самым, обвинений в «научной ереси», и перспектив лишения статуса собственно науки. В области разума никаких доказательств существования данных инстанций быть не может – вот позиция, на которой стоит научное сообщество с XVIII века. Сложнее обстоит дело с психологической наукой, особенно, с психотерапией, раз за разом вынужденных обращаться к этим самым «нелегальным» инстанциям, чтобы хоть как-то объяснить сложную динамику психических процессов. На сегодняшний день общепризнанным является факт того, что характернейшей особенностью неосознаваемых сфер психической деятельности являются возможности достижения того, что не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербализуемый и поэтому осознаваемый опыт (Выготский Л.С., 1965; Леонтьев А.Н., 1975; Бжалаха И.Т., 1966; Какабадзе В.Л., 1982;

Ломов Б.Ф., 1982). Тем не менее позиция респектабельной академической науки заключается в том, что «проблемой души занимается исключительно церковь, а психология занимается психикой, причем на естественно-научной основе» (Розин М., 2002). Другая проблема заключается в том, что конструктивной идеи в отношении того, каким же образом: 1) определять; 2) верифицировать; 3) измерять; 4) сотрудничать с этими трудноуловимыми, суперресурсными инстанциями психического, ни в прошлых, ни в настоящих научных дискурсах так и не сложилось. «Душа обожает прятаться» - современной науке трудно что либо добавить к этому известному замечанию Гераклита. Отсюда, как выход:

- игнорировать проблему идентификации суперресурсных инстанций психического, заявляя, например, что таких инстанций попросту не существует (при этом, правда, появляется назойливая необходимость «отмахивания» от достаточно регулярно предъявляемых свидетельств соответствующего транспersonального, религиозного, мистического опыта, говорящего об обратном);

- вытеснять данную проблему в сферу компетенции различных религиозных, мистических, магических практик, в том числе и таких, гуманитарная и развивающая ценность которых сомнительна (при этом научному сообществу и социальному сектору в целом, следует быть готовыми к тому, что все большая часть населения будет испытывать ресурсный голод и вовлекаться в эпидемии психологической зависимости от деструктивных и тоталитарных сект; а также к тому, что в конечном итоге все равно данной проблемой придется заниматься, поскольку эффективную первичную профилактику и реабилитацию зависимых лиц без полноценного вовлечения суперресурсных инстанций проводить очень сложно);

- находить приемлемое компромиссное решение, позволяющее, с одной стороны, оставаться в статусе респектабельной науки, с другой – исследовать косвенные признаки активности интересующих нас инстанций психического (при этом необходимо сверхосторожное терминологическое маневрирование, с тем, чтобы не подпасть под бдительное око научных цензоров и не лишится прописки в научном стане: например, используя такие обозначения, как «неосознанное», «бессознательное», «подсознательное», «предсознательное», «сверхсознательное», «внесознательное», которые, в конечном итоге, указывают лишь на то, что в хорошо знакомой нам действительности, отражаемой, или, правильнее сказать, формируемой функцией сознания, подобные категории отсутствуют);

- находить сущностное решение проблемы, позволяющее надежно идентифицировать рассматриваемые инстанции психического, определить спектр и условия их оптимальной ресурсной активности, и разрабатывать современные двухуровневые

технологии формирования устойчивых ресурсных состояний субъекта (такая возможность связана с формированием адекватной обсуждаемому предмету, общей теории психического с использованием новых принципов построения психологической и психотерапевтической науки).

Многочисленные примеры как первой, так и второй стратегии научного сообщества, реализуемых в отношениях с рассматриваемыми категориями внесознательных суперресурсных инстанций, хорошо известны, поэтому нет необходимости на них останавливаться. Что же касается истории формирования научных взглядов на категорию бессознательного, то корни этих взглядов уходят к античным временам – трактатам Аристотеля о разных частях души, учению Сократа и Платона об аномнесисе. Идеи внесознательных инстанций психического развивались в трудах Бенедикта Спипозы (рассматривались неосознаваемые «причины, детерминирующие желание»), Лейбница (сфера бессознательного трактовались как низшие формы душевной деятельности), Иммануила Канта (сфера бессознательного ассоциировалась с интуитивным и чувственным познанием, «темными представлениями», психической активностью в состоянии глубокого сна), Артура Шопенгаура (бессознательное проявляется в виде внутренних импульсов). Свою лепту в учении о бессознательном внесли философы следующего века – Э.Гартман, Г.Фихнер, Т.Липпс, характеризующие сферу бессознательного, как особую часть активности «душа-айсберга»; выдающиеся психологи, физиологи и психоневрологи XIX – XX веков – В. Вунд (сфера бессознательного – это неосознаваемые психические процессы восприятия, мышления и др.), Г.Гельмгольц (учение о «бессознательных умозаключениях»), И. Сеченов (учение о «бессознательных ощущениях или чувствованиях»), И.Павлов (фрагменты трудов о «бессознательной психической жизни»), В.Бехтерев (фрагменты произведений об «активности бессознательного»), А.Льбо, И.Бернгейм (труды о постгипнотическом внушении и поведении), Ж.Шарко (идеи о невидимой и неосознаваемой психической травме), П. Жане (бессознательное, как фактор возникновения неврозов); известные социологи прошлого века – Гюстав Лебон (идеи о бессознательном характере поведения людей; о бессознательном, как доминирующей совокупности психических процессов, всегда преобладающей в толпе и управляющей «комплексной душой» толпы), Габриэль Тард (бессознательное формирует законы подражания). Идеи о внесознательной или бессознательной сферах психической деятельности, либо о персонифицированном бессознательном, как самостоятельно действующей инстанции психики и, к тому же, находящейся в некотором антагонизме по отношению к ее осознаваемой части – личности, высказывались выда-

ющимися мыслителями и учеными прошлого с полным пониманием всей сложности и неоднозначности определяемого ими «предмета». Но также и с пониманием того, что без продвижения в данном направлении, без серьезного, углубленного анализа «спрятанных» инстанций, какого-либо целостного представления о психике человека получить невозможно (Овчаренко Н., 2004).

Современный этап учения о внебессознательных инстанциях психического связан с именем Зигмунда Фрейда, создавшего корректное психологическое определение бессознательного, дифференцированное и системное изложение взглядов на данную проблему, разработавшего соответствующий категориально-понятийный аппарат и методы познания, а также установившего некоторые элементы содержания, функционирования и регулирования активности бессознательного. Особую роль продолжает играть созданная З. Фрейдом диалектическая энерго-информационная модель психики (Бессознательное – Предсознательное - Сознательное). В свете современных научных представлений эта модель может быть понята, в том числе как прообраз построения новейших энерго-информационных моделей психики, без которых эффективное развитие современной психологии и психотерапии вряд ли возможно. Учение З. Фрейда инициировало и стимулировало возникновение и развитие множества разнообразных подходов к изучению бессознательного психического, в пределах которых были сформулированы интересные идеи – о внутриструктурных коммуникациях, композиционных особенностях и стратификации бессознательного, перинатальных матрицах сознания, голографичности элементов бессознательного, содержательной и функциональной асимметрии межполушарного взаимодействия бессознательного, вероятностном характере бессознательных процессов, и были получены важные результаты. Психоаналитическая традиция в учении о внебессознательных сферах психической деятельности творчески развивалась благодаря трудам Карла Густава Юнга, Джейкоба Морено, Эриха Фромма. Идеи двух последних авторов о категории бессознательного не получили должного развития и отчетливого экспериментального подтверждения. В то время как работы К.Г. Юнга о структуре и функциях рассматриваемой инстанции психического вызывают устойчивый интерес и в настоящее время. Согласно последним, бессознательное состоит из трех слоев: 1) личностное бессознательное – поверхностный слой бессознательного, включающего в себя преимущественно эмоционально окрашенные представления и комплексы, образующие интимную душевную жизнь личности; 2) коллективное бессознательное – врожденный глубокий слой бессознательного, общий центр и ядро психики, имеющий не индивидуальную, а общую природу, репрезентирующую опыт предше-

ствующих поколений людей и включающий в себя сверхличное универсальное содержание и образцы, выступающие в качестве всеобщего основания душевной жизни; основное содержание коллективного бессознательного составляют архетипы – наследуемые всеобщие образцы, символы и стереотипы психической деятельности и поведения; 3) психоидное бессознательное – наиболее фундаментальный уровень бессознательного, обладающий свойствами, общими с органическим миром и относительно нейтральным характером, в силу чего оно, не будучи полностью психическим, ни физиологическим, практически полностью недоступно сознанию (Юнг К.Г., 1936-1967 г.г.). В самые последние годы проблема бессознательного интенсивно исследуется представителями трансперсональной психологии и психотерапии. Так, Кеном Уилбером (1992) выделяются следующие типы бессознательного: 1) основное, или фоновое бессознательное; 2) архаическое бессознательное; 3) погружающееся бессознательное; 4) внедренное бессознательное; 5) всплывающее бессознательное. Каждому из перечисленных типов соответствует достаточно специфический вектор адаптационной активности.

Исходя из всего сказанного, на сегодняшний день можно утверждать, что категории «бессознательного», присущи следующие, общепризнаемые проявления феноменологической структуры: 1) подпороговые или надпороговые ощущения; 2) автоматизмы; 3) импульсы; 4) способность обработки и накопления информации; 5) формирование установки; 6) функция воображения, в том числе – сновидения; 7) интуиция; 8) энергетическая и ресурсная функции; 9) функции архаического и архетипического кода инстинктивной и психической деятельности; 10) функции оптогенетического кода психической деятельности (Спиркин А.Г., 1972; Философский энциклопедический словарь, 1983; Чеснокова И. И., 1977; Выготский Л.С., 1965; Рубинштейн С.Л., 1957; Леонтьев А.Н., 1975; Тихомиров О.К., 1969, 1981; Узгадзе Д.Н., 1961, 1977; Коршунова Л.С., 1979; Розет И.М., 1977; Вольнерт И.Е., 1966; Какабадзе В.Л., 1982; Касаткин В.Н., 1967; Адамар Ж., 1974; Наэм, 1983; Прангвишили А. С. и др., 1978; Бжалава И.Т., 1966; Ломов Б.Ф., 1982). Существующая ныне фрагментарность и приблизительность представлений о бессознательном и весьма значительная роль этой проблемы дают основания полагать, что современная общая теория бессознательного психического является не результатом, а одной из наиболее актуальных задач теоретической психологии и пограничных дисциплин, включая и психотерапию (Овчаренко Н., 2004).

Существующая психологическая, философская и естественно-научная «оптика», классические, неклассические и постнеклассические научные подходы, пока еще, не позволяют вывести рассматриваемую проблематику на уровень 4-ой стратегии

– сущностного решения основополагающих научных и экзистенциальных вопросов, возникающих в данной связи. В первую очередь, вопросов о том, каким образом соотносятся активность внесознательных и сознательных (осознаваемая личность) инстанций, в каких темпоральных режимах существуют внесознательные инстанции (это к вопросу о месте, где «душа обожает прятаться») и проявляют свою максимальную активность, кто (или что) организует эти специфические темпоральные режимы, и что (или кого) измеряют такие инстанции психического как личность – память. Что, наконец, есть категории вечности и бесконечности по отношению к осознаваемым и внесознательным инстанциям психического, и каковы экзистенциальные перспективы живущих ныне людей – все эти вопросы остаются на сегодняшний день без ответов. Таким образом, то, что предлагается системой рациональных знаний на сегодняшний день (см. пассаж Мартина Хайдеггера о цветущем дереве, а также – такие экзистенциалы западной философии как смерть, одиночество, бессмысличество, отсутствие какого либо протектората или поддержки) способствует эрозии и разрушению основных ресурсных статусов – надежды и веры, и категорически не устраивает современного человека. От нарастающей экзистенциальной тревоги, неопределенности, не купирующего, а, напротив, постоянно нагнетающего страха жизни и страх смерти, он, все чаще, уходит в социальный аут, в широко раскинутые сети деструктивных социальных эпидемий, либо обращается к практике традиционных верований. Однако, вопрос о том, является ли это движение «вспять» адекватным выходом из рассматриваемого проблемного узла, является открытым.

5.2. Есть многочисленные убедительные свидетельства того, что рецепты в духе – «назад к Богу», обираются для рационального – образованного человека (для которого данная категория является, скорее, навязанным, а не естественным «продуктом» его собственной истории развития) жизненным крахом. Призванная выполнять функции ресурсного доступа, иррациональная система координат постоянно аппелирует к чудесам дней давно минувших, но не дает никаких убедительных свидетельств действенного присутствия интересующих нас инстанций в настоящем. Поэтому-то в рекламируемом «хит-параде» ресурсных доступов вот уже два тысячелетия лидирует знаменитый референ: «А я дам вам то, чего не видит глаз, не слышит ухо, не коснулась рука и то, что не вошло в сердце человека». Однако такое положение дел все менее устраивает искушенного, во всем требующего доказательств, современного человека. В данной ситуации феномен веры (как общей концепции бытия суперресурсных инстанций), практика молитвы (как основной технологии ресурсного доступа) довольно часто вырождаются в процедуру оформ-

ления кредита доверия тому или иному конфессиональному адепту, и ничего не значащего ритуала, как свидетельства принадлежности к избранной «команде». Терапевтический потенциал иррациональной системы координат в отношении базисных экзистенциальных страхов жизни и смерти, при ближайшем рассмотрении, вызывает много вопросов. Идея личного бессмертия – наиболее привлекательный идеологический стержень религиозного мировоззрения – представлена в данной системе смутно, неопределенно и бездоказательно. В частности утверждается, что бессмертной является душа человека, но не он сам (т.е. не его личность). Но что же, тогда, есть душа, обладает ли она памятью о прожитой жизни? А если нет, то какой смысл в бессмертии данной инстанции? Каким образом понятие вечности, где будто бы прибывает бессмертная душа, соотносится с понятием времени и пространства, где обитают смертные люди? Каковы, вообще, отличия «того» от «этого» света? Все эти важнейшие вопросы точно также остаются без ответов, как и в полярном контексте доминирующей рациональности. В итоге, высокая степень неопределенности, заложенная в самих идеях «инобытия» инстанций души и духа, личного бессмертия, к тому же не подкрепляемых соответствующим религиозным опытом, не оставляют шансов для полноценного избавления от экзистенциальной тревоги и девальвации основных жизненных смыслов. Догмат же слепой веры далеко не всегда компенсирует обозначенную степень концептуального дефицита.

Углубленный анализ механизмов изначального конфликта между двумя рассматриваемыми системами координат, показывает, что доминирующая рациональная система координат современного человека – есть лишь продолжение наиболее мощного оружия ложной очевидности, которым, в свое время, было атаковано и, практически, уничтожено живое чувство сопричастности к интересующим нас суперресурсным инстанциям (о точке отсчета этой драматической, наполненной переживаниями внутреннего схизиса эпохи повествует наиболее известный миф об изгнании человека из рая – вкушивший плод познания был наказан утратой ресурсной целостности, несовместимой с приобретенной рациональностью). И вот, современный человек, в конечном итоге, оказывается у разбитого корыта, когда понятно, что нужно возвращаться к прерванному диалогу, что чувство безысходности и утраты перспектив буквально заталкивают существенную часть населения в опасные водовороты религиозного экстремизма, сектантского фанатизма, иллюзорного наркотического рая. Однако все предложения о возобновлении такого рода диалога оформляются в абсолютно неприемлемых вариантах – на языке научных дискурсах элементаристского толка (неважно, идет речь о позитивистских, либо постнеклассических подходах), т.е. на том же

самом языке «профессиональных киллеров», с помощью которого и было, почти до основания, разрушено взаимодействие субъекта с его собственной душой и духом. Упомянутые суперресурсные инстанции, надо полагать, ясно различают суть данных предположений и не особенно торопятся на свидание. А суть такова: «Приходите, и мы вас снова уничтожим. Тем же самым оружием. И будьте уверены, оно нас не подведет». Таким образом, понятно, что восстановлению ресурсного диалога между различными инстанциями психического не помогут никакие попытки обратиться вспять. Прежние ключи от статуса ресурсной целостности отодвигаются от человека все дальше. И, слава богу, поскольку утрата этих ключей, в данном контексте, есть цена приобретенной идентичности и высокого личностного статуса субъекта. Но вот, новые ключи от искомого «ресурсного рая» теперь должны повторять сложный узор обновленной рациональности. Т.е. двигаться необходимо вперед, а не вспять.

5.3. Итоговый анализ динамики ресурсного потенциала социума в условиях конфликтного противостояния базисных систем координат показывает, что при общем векторе смещения глубинных параметров порядка - доминирующих идиом - в полюс рационального происходит одновременная девальвация и разрушение концепта надежды и веры - основных ресурсных статусов конкурирующей системы координат, но так же и рациональных жизненных смыслов, при общем снижении уровня адаптационных возможностей населения.

Таким образом; налицо:

- крах не только доминирующей рациональной, но и иррациональной системы координат как функционального базиса основных параметров порядка, определяющих и направляющих бытие современного человека;

- углубляющийся конфликт данных систем, обрачивающийся тяжелым ресурсным кризисом и разрастанием социальных эпидемий;

- несостоятельность доминирующих научных подходов как в отношении сущностного решения конфликта иррационального и рационального, так и в смысле разработки развивающих технологий, обеспечивающих широкий и устойчивый доступ к суперресурсным инстанциям психического;

- выводимая отсюда остшая необходимость в разработке новых научных подходов и типов рациональности, преодолевающих ограничения кризисных систем координат.

В основе этого нового типа рациональности, как следует из всего сказанного, должны лежать ясные и понятные принципы: 1) синтеза естественно-научной и гуманитарной парадигм в системе обновленной рациональности; 2) идентификации основных ресурсных инстанций психики, как и феномена психического в целом, с полным объемом его

парадоксальной сущности (а не только определяемых в духе доминирующих элементаристских научных архетипов функций). Практическим следствием использования обновленного типа рациональности должна быть разработка прикладной теории и эффективной практики интегративной психотерапии с возможностью формирования устойчивого и широкого доступа к суперресурсным инстанциям психического, обретением качества, обозначаемого великими психотерапевтами прошлого века как «укоренение личности в бессознательном» (К. Вигакер); «жизнь в обнимку с собственной душой» (К.Г. Юнг). Таким образом, может быть полноценно реализована и социально-стабилизирующая функция интегративной психотерапии.

Основные предпосылки обозначенного методологического прорыва наметились уже в конце XX, начале XXI века. Так, например, основоположники синнергетики И.Пригожин, И.Стенгерс, обосновывают тезис того, что природу необходимо описывать так, чтобы стало понятно само существование человека, а не только его появление (Пригожин И., Стенгерс И., 2001). Анализируя научные подходы к исследованию психофизической проблемы, т.е. проблемы соотношения естественно-научной и гуманитарной парадигм, Кричевец А.Н. (2006) приходит к выводу о том, что тезис о независимом существовании протяженной субстанции неверен. Высказываются обоснованные идеи того, что если, согласно законам термодинамики, в каком либо локусе системы идет процесс роста энтропии, то в другом ее полюсе должен идти прямо противоположный процесс наполнения информации. Что, собственно, показывает возможность репрезентации психического как информационного полюса реальности (Черносвитов П.Ю., 2004). О необходимости дуальной «оптики» в репрезентации реальности высказывались такие признанные научные авторитеты как Грегори Бейтсон и Карл Густав Юнг. Первый как-то заметил, что для того, чтобы достичь мудрости требуется не просто релаксация сознания, санкционирующая излияние бессознательного материала. Это означало бы просто замену одного частичного «Я» другим частичным взглядом. Требуется синтез двух взглядов, что значительно труднее (Бейтсон Г., 2005). Юнг выразился еще более определенно: «Коль скоро мы всерьез рассматриваем гипотезу о бессознательном, следует сделать вывод, что наша картина мира не может иметь законченный характер, ибо, если мы привносим столько радикальных изменений в субъект восприятия и познания, как предполагают, мы должны прийти к видению мира, весьма отличному от того, что мы знали ранее. Даже если бы речь шла о перенесении в эго-сознание одних лишь восприятий, мы получили бы возможность невероятного расширения границ ментального горизонта» (Юнг К.Г., 1954).

Дело, следовательно, за тем, чтобы осмыслить, развить и дополнить эти предпосылки методологического прорыва подходами, формирующими новый взгляд на реальность, включающую субъекта не только в роли обязательного и неудаляемого «атрибута», но в качестве естественного центра и генератора этой новой, объемной реальности.

Заключение

Проведенный анализ актуальных социальных контекстов, формирующих потребность в развитии профессиональной психотерапии, убеждает, что перед исследователями и практиками, действующими в данной сфере стоят следующие, достаточно масштабные и трудоемкие задачи:

Общие задачи по определению адекватной научной методологии, используемой в сфере профессиональной психотерапии:

- уточнение ключевых вопросов (исследовательских задач), решение которых позволит сформировать базис профессиональной психотерапии;

- разработка адекватных научных подходов, способствующих: нахождению конструктивного компромисса между позитивистской и постнеклассической научной парадигмой в сфере психотерапевтической науки; формированию полноценной научной концепции, удовлетворительно объясняющей феноменологию основных психотерапевтических эффектов, и внятно обозначающей перспективу развития интегративного движения в психотерапии;

- разработка адекватной концепции, формирующей научный базис интегративной психотерапии;

- четкое обозначение эвристического потенциала используемых инструментов научной методологии для психотерапевтической практики.

Специальные задачи по определению методологии научных исследований в сфере профессиональной психотерапии:

- определение необходимых условий для проведения полноценных научных исследований в рассматриваемой сфере;

- определение основных принципов, подходов и параметров в проведении исследований (измерений) в сфере профессиональной психотерапии;

- определение общих и специальных требований к подготовке профильных научно-педагогических кадров;

- разработка свода правил проведения и оформления результатов научных исследований в сфере профессиональной психотерапии;

- разработка процедуры утверждения и внедрения новых технологий (методик, методов) в психотерапевтическую практику.

Общие методологические задачи по формированию институционального статуса психотерапии как единой профессии:

- четкое определение предмета, целей, задач и основных сфер применения профессиональной психотерапии (идентификация профессиональных границ);

- четкое определение целей и задач психотерапевтической практики в каждой из основных сфер применения профессиональной психотерапии;

- определение роли и места профессиональной психотерапии в континууме помогающих и развивающих гуманитарных практик;

Специальные организационно-методические задачи по оформлению института профессиональной психотерапии:

- разработка общего квалификационного и образовательного базиса для специалистов, действующих в сфере профессиональной психотерапии;

- разработка специального квалификационного и образовательного базиса для представителей каждой из основных сфер применения профессиональной психотерапии;

- разработка системы профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, квалификационных, образовательных, организационных) по профилю каждой из основных сфер применения профессиональной психотерапии;

- разработка нормативной базы по регулированию профессиональной психотерапевтической деятельности (законов, межведомственных и ведомственных приказов, положений, инструкций и др.).

Завершение этой важнейшей работы будет означать, что психотерапия получила искомый методологический базис, со всеми выводимыми отсюда последствиями.

Такого рода последствия, в первую очередь, будут заключаться в том, что в истории развития профессиональной психотерапии (и, вероятно, гуманитарной науки и практики, в целом) появится новая, обнадеживающая точка отсчета. Точка манифестации подлинно-целительной (во всех смыслах этого слова) миссии психотерапии.

Литература:

1. Мармур Д. 1978 (цит. по Психотерапевтической энциклопедии под ред. Б.Д.Карвасарского. – Питер, 1999, 743 стр.)
2. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change // American psychologist "s, 1992. – Vol. 47. – p.p. 1102-1114
3. Grawe K. Research – informed psychotherapy // Psychotherapy Research, 1997. – Vol. 7. – p.p. 1-19
4. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: New American Library, 1976.
5. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal inhibition. - Stamford University Press, 1958.
6. Бандура А. Принципы социального обучения / Современная зарубежная социальная психология. Тек-

-
-
- сты. – МГУ, 1984. – С. 55-61.
7. Nietzel M.T., Fisher S.G. *Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak / Psychological Bulletin*, 1981. – Vol. 89. – p.p. 555-565.
 8. Stein D.H., Lambert M.J. *On the relationship between therapist experience and psychotherapy out-come / Clinical Psychology Review*, 1984. – Vol. 4. – p.p. 127-142.
 9. Margraf J., Bauman V. *Bedeutung W. Schreben Psychotherapen der Erfahrung zu? // Zeitschrift fur Klinische Psychologil*, 1986. – Vol. 15. – p.p. 248-253.
 10. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. *Therapist variables / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 229-269.
 11. Lambert M.J., Bergin A.E. *The effectiveness of psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 143-189.
 12. Wills T.A. *Non-specific factors in helping relationships / In T.A.Wills (Ed) // Basic processes in helping relationship*, New York, Academic Press, 1982. – p.p. 381-404.
 13. Orlynsky D.E., Howard K.I. *A generic model of progress in psychotherapy / In W.Huber (Ed), Progress in psychotherapy research // Louvain-La Heuve: Presses Universitaires de Louvain*, 1987. – p.p. 445-458.
 14. Sue S., Zane N. *The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation / American Psychologist*, 1987. – Vol. 42. – p.p. 37-45.
 15. Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. *Selbstmanagement Therapie*, 1991, Berlin: Springer.
 16. Garfield S.L. *Research on client variables in psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 190-228.
 17. Безносюк Е. В., Князева М. Л. *Психологический анализ и психонатологические феномены современной культуры // Российский психиатрический журнал*. – 2003. - № 5. – С. 4-10.
 18. Бездидько А. В. *Системная целостность Человек – Книга как составляющая социально-психологической идентификации индивида в условиях книжной цивилизации // Ж. Мир психологи*. – 2004. - № 2. – С. 87-93.
 19. Хренов Н. А. *Кинематографическая картина мира как способ институционализации психологического потенциала личности // Ж. Мир психологи*. – 2003. - № 4 (36). – С. 231-247.
 20. Marliere Ph. *The Rules of the Journalistic Field: Pierre Bourdieu's Contribution to the Sociology of the Media // European Journal of Communication*. – L., 1998. – Vol. 13, N 2. – P. 219-234.
 21. Каримова Л. И. *Этнокультурные особенности восприятия рекламы // Ж. Вопросы психологи*. – 2003. - № 6. – С. 52-55.
 22. Науменко Т. В. *Психологические методы воздействия на массовую аудиторию // Ж. Вопросы психологи*. – 2003. - № 6. – С. 63-71.
 23. Дорожкина Р. А. *Роль современной журналистики в социальной безопасности общества // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. – 2004. - № 4. – С. 71-79.
 24. Полящук Ю. И. *О негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА*. - 2003. - № 1. – С. 62-65.
 25. Шилова В. А. *Современная информационная среда и современные дети: социальная диагностика / Ж. Мир психологи*. – 2004. - № 1. – С. 193-200.
 26. Кузина И. В. *Средства массовой информации и юношество // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. – 2004. – № 3. – С. 76-81.
 27. Аслолов А. Г., Цветкова Н. А., Цветков А. В. *Психологическая модель Интернет-зависимости личности // Ж. Мир психологи*. – 2004. – № 1. – С. 179-193.
 28. Елишанский С. П. *Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов // Ж. Вопросы наркологии*. – 2005. – № 2. – С. 59-62.
 29. Райхман И. И. *Психологические особенности игровой активности в Интернете: позитивные и негативные факторы влияния // Ж. Наркология*. – М., 2007. – № 11. – С. 42-48.
 30. Мухаметзянова М. Р., Менделевич В. Д. *Сравнительные особенности прогностической деятельности и способности к самоуправлению лиц с наркотической и Интернет-зависимостями // Ж. Психическое здоровье*. – М., 2009. – № 4 (35). – С. 31-34.
 31. Amin S. *Economic globalism and political universalism: conflicting issues? // J. of World-System Research*. – N.Y., 2000. – Vol. VI, N 3. – P. 581-622.
 32. Pieterse J. N. *Globalization and human integration: we are all migrants // Futures*. – N.Y., 2000. – Vol. 32, N 8. – P. 385-398.
 33. Tiryakian E. A. *Introduction: The civilization of modernities and the modernity of civilizations // Intern. sociology*. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 277-292.
 34. Mazlish Br. *Civilization in a historical and global perspective // Intern. sociology*. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 293-300.
 35. Schöfer W. *Global civilization and local cultures // Intern. sociology*. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 301-319.
-
-

-
-
36. Toulmin S. *The ambiguities of globalization*. - // *Futures*. – N.Y. 1999. – Vol. 31. P. 905-912.
37. Орлов А. Б. *Открытое общество: взгляд психолога (открытое письмо Дж. Соросу)* // Ж. Вопросы психологии. – 2003. – № 3. – С. 154-158.
38. Шуленина Н. В. *Экологическая политика современной России: от императивов к аргументам* // Вестник РУДН. - Серия: Политология. - 2003. - № 4.
39. *The National Security Strategy of the United States of America, 2002* (<http://www.whitehouse.gov/nsc/nss.html>).
40. *A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy*. Paris, The EU Institute for Security Studies, 2003.
41. Короленко Ц. П., Загоруйко Е. Н. *Психическое здоровье в современной России* // Ж. Наркология. – М., 2002. – № 9. – С. 10-15.
42. Безносюк Е. В., Князева М. Л. *Социально-психологические и патопсихологические феномены современной культуры* // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. - 2002. - № 4.
43. Bateson G. *Steps toward an ecology of mind*. – New York: Ballantine Books, 1972, 331 p.
44. Данилов-Данильян В., Лосев К., Рейф И. *Перед главным вызовом цивилизации*. – М.: ИНФРА-М, 2005.- 224 с.
45. Обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999.
46. Экология и нарушение прав человека, 2002.
47. Земцова Л. В. *Экологические инновации и устойчивое развитие* // Проблемы устойчивого развития: иллюзии, реальность, прогноз: Материалы 6-го Всерос. постоянно действующего науч. семинара «Самоорганизация устойчивых целостностей в природе и обществе», Томск, 13-15 нояб. 2002 г. - Томск, 2002.
48. Синдром утомления планеты. – 2004. – <http://freeway.com.ua/news1327.html>
49. ВОЗ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. *Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Общий обзор*.
50. Петраков Б. Д. *Основные закономерности распространения психических заболеваний в современном мире и в Российской Федерации* // XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995. - С. 98-99.
51. Данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе».
52. Гиндикин В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. *Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1996. - Т. 96. - № 6. - С. 54-58.
53. Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. *Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года)*. – Павлодар, 2006. – 409 с.
54. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. *Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования* // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 1. - С. 53-60.
55. Воробьев В. М. *Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии* // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 2. - С. 33-39.
56. Прохоров А. О. *Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности* // Вопросы психологии, 1996. - № 4. - С. 32-43.
57. Сиренко О.И., Терентьева А.В., Рожнов А.А., Стекачев К.Д., Лучкова М.Б. Уровень нервно-психического развития детей младшего возраста и возможность их адаптации в организованном коллективе / // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1993. - Т. 93. - № 5. - С. 64-65.
58. Семичов С. Б. *Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автoreф. дис. ... докт. мед. наук.* - Л., 1982, 68 с.
59. Семичов С. Б. *Предболезненные психические расстройства*. - Л.: Медицина, 1987, 184 с.
60. Запускалов С. В., Плотников Б. С. *Новые подходы к динамической оценке психического здоровья* // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25.
61. Вахов В. П. *Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики* // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 1. - С. 32-35.
62. Запускалов С. В., Плотников Б. С. *Новые подходы к динамической оценке психического здоровья* // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25.
63. Всемирный день психического здоровья//Независимый психиатрический журнал. – М. - № 4, 1998. – С. 83.
64. Rafferty F. T. *Resolved: Child. And a dolescent psychiatric practice in the twenty-first century will largely be hospital based* // J. Amer. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr. - 1988. – Vol. 27, № 6. - P. 815-818.
65. Сарториус Н. *Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира* // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7.
66. Gellner E. *Psychiatry and salvation: Discussion paper* // J. Roy. Soc. Med. – 1987. – Vol. 80, № 12. - P. 759-761.
67. Шапиро-мл. Д. *Психологическое здоровье / Психологическая энциклопедия*, 2-ое издание под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 674-676
-
-

-
-
68. Маслоу А. *Мотивация и личность*. – СПб.: Питер, 2003.
69. Rogers C.R. *Client-centered therapy*. – Boston: Houghton Mifflin, 1951.
70. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. – New York, 1958 // Basic Books, 321 p.
71. Brandstädter J. *Kern und Leitbegriffe psychologischer Prävention* // *Psychologische Prävention*. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307.
72. Уайт Р. Цит. по «*Психологическая энциклопедия*», 2-ое издание, под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 1093.
73. Александровский Ю. А. *Пограничная психиатрия и современные проблемы*. Ростов-на-Дону, 1996.
74. Maddi S. *Creating Meaning Through Making Decisions // The Human Search for Meaning* / ed. by P.T.P. Wong, P. S. Fry. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1998, p. 1-25.
75. Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 56-65.
76. Катков А. Л., Россинский Ю. А. *Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией*. – Павлодар, 2005. – 287 с.
77. Всемирный доклад о наркотиках. 2004 / Краткий обзор // ООН. – Т. 1, 2004, 18 с.
78. Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.
79. Доклад Международного Комитета по контролю за наркотиками за 2007 год
80. ООН, Отчет по распространению зависимости от наркотиков в Центральной Азии 2002;
81. Василенко И. В., Катков А. Л. Программы снижения вреда в наркологической практике (клинический, социальный и организационно-экономический аспекты). - Павлодар, 2005. - 225 с.
82. Алтынбеков С. А., Катков А. Л. Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан. – Павлодар, 2006 – 302 с.
83. Катков А. Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.
84. Катков А. Л. Основные направления научных исследований по наркологии в Республике Казахстан (2003-2005 г.г.) // *Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения / Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая 2003 г.)*. – Томск, 2003. – С. 117-119.
85. Пак Т. В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией // Дисс. канд. наук. – Алматы, 2004. – 227 с.
86. Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты) // Дисс. докт. мед. наук. – Павлодар - Томск, 2005. – 533 с.
87. Марашева А. А. Особенности формирования свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста // Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2006. – 152 с.
88. Нургазина А. З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ // Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2006. – 201 с.
89. Лаврентьев О. В. Подготовка работников пенитенциарной системы по вопросам профилактики ВИЧ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 52-54.
90. Кусаинов А. А. Дифференцированные подходы к лечению в программе MCP // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 66-70.
91. Байкенов Е. Б. Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 54-56.
92. Щиголев И. И. Проявления психических эпидемий в России на последние два столетия // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1995. – № 2. – С. 114-120.
93. Сидоров П. И. Тотальные культуры и зависимое поведение // Ж. наркология. – М., 2004. – № 3. – С. 32-35.
94. Щиголев И. И. Психические эпидемии в России и третье тысячелетие // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1994. – № 4. – С. 146-150.
95. Сериков А. Л. О проблеме тоталитарных сект // Ж. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2000. – № 1. – С. 59-60.
96. Иоффе Г. Неохаризматическая бизнес-модель наркореабилитации на примере организации «Новая жизнь» // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 3 (87). – С. 89-91.
97. Каклюгин Н. В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 1 // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 3 (87). – С. 92-104.
98. Каклюгин Н. В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации

- ции: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 2 // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 4 (88). – С. 79-91.
99. Пронин И. П. Психологические аспекты влияния деструктивных культов на личность // Ж. Вопросы психологии. – 2003. – № 6. – С. 81-93.
100. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культуры, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: Олма-Пресс, 2001.
101. Езерский В. Справочная информация о secte «Новая жизнь» // Православная газета. – Екатеринбург, 1998. – № 16 (90).
102. Ицкович М. М. Психологический анализ собрания sectы «Новая жизнь» // Православная газета. – Екатеринбург, 1999. – № 10.
103. Елизаров А. Н., Михайлова А. А. Профилактика вовлечения молодежи в деструктивные религиозные организации // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2003. – № 2. – С. 40-46.
104. Тобиас М. Л., Лалич Д. Терапевтические проблемы жертв культов // Ж. практик. Психолога. – 2000. – № 1-2. – С. 104-125.
105. Дворкин А. Л. Воинствующая посредственность (Сайентология в России) // Капкан безграничной свободы. Сборник статей о сайентологии, дианетике и Л. Р. Хаббарде. Под ред. А. Л. Дворкина. - М., Издательство Братства Святителя Тихона, 1996.
106. Кондратьев Ф. В., Волков Е. Н. Психиатрические аспекты деятельности тоталитарных sect. – 2001.
107. Агишев В. Г., Бондарев Н. В. Социальные и психологические предпосылки вовлечения в нетрадиционные религиозные образования (sectы) и причины обращения их последователей за психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 11-14.
108. Погодин Д. А., Зражевская И. А. Проблема дифференциальной диагностики бредовых расстройств у лиц, вовлеченных в религиозные и оккультные организации // Ж. Психотерапия. – 2007. – № 3. – С. 29.
109. Портнова А. А., Серебровская О. В., Тарасов С. В., Цекин В. П. Психопатологические особенности личности, вовлеченной в деструктивный кульп (клиническое наблюдение) // Российский психиатрический журнал. – Москва, 2009. – № 1. – С. 38-43.
110. Ткаченко А. А., Яковлева Е. Ю. Методологические принципы судебно-экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства // Российский психиатрический журнал: Вестник НПА. – 2008. – № 4. – С. 15-19.
111. Морозова О. Сектантство и закон. – 2004. - <http://www.gazeta.kz/art.asp?aid=48596>
112. Пронин И. П. Работа психолога с членами новых религиозных движений // Ж. Вопросы наркологии. – 2004. – № 4. – С. 59-64.
113. Сидоров П. И. психический терроризм – нелетальное оружие массового поражения // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 28-34.
114. Тулупов В. истоки современного экстремизма и агрессии в молодежной среде. – № 5 (127), 01.03.2006.
115. Алиев Р. Азербайджан: Религия и государство – принципы автономного сосуществования // Выступление на конференции на тему «Роль религии и убеждения в демократическом государстве», 2004.
116. Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Беловиков А.Л. Этнорелигиозный терроризм М. Аспект Пресс, 2006-318 с.
117. Нуруллаев А. А., Нуруллаев Ал. А. Религиозно-политический экстремизм // Вестник Российского университета дружбы народов. – Сер.: Политология. – 2003. – № 4. – С. 83-92.
118. Наматов Н. Религиозный экстремизм в Центральной Азии. – 2004.
119. Ростокинский А. В. О классификации экстремистов. – 2007.
120. Баева Л. В. Экстремизм: природа и формы проявления. – 2008.
121. Максимова М. В. Проблемы использования зарубежного опыта по нейтрализации последствий криминального экстремизма органами внутренних дел // автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата юридических наук. – 2002.
122. Ханьжов К. В. Правовые основы противодействия экстремизму как фактору дестабилизации общественного порядка в Российской Федерации // Эл. научный журнал «Исследовано в России». – <http://zhurnal.ape.relarn.ru/articles/2006/227.pdf>
123. Чуганов Е. Бороться с экстремизмом, но не со свободой слова. – 2006.
124. Куслий П. Культурные противоречия Запада и Востока и конфликты на их основе. – 2005.
125. Михеев И. Р. Терроризм: понятие, ответственность, предупреждение. – 2004. – http://crime.vl.ru/docs/stats/stat_62.htm
126. Яковенко И. Г. Терроризм. – www.krugosvet.ru/articles/104/1010495/1010495a2.htm
127. Данилова Т. Г. Политический терроризм как предмет политической науки. Проблема изучения в контексте современности. – 2003.

-
-
128. Sluka Jeffrey A. (Ed.) (2000). *Death Squad: The Anthropology of State Terror*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. ISBN 0-8122-1711-X.
129. Доклад Российского Фонда Фундаментальных исследований. Связь терроризма с социальными, политическими, экономическими и международными условиями. Пределы моделирования. – 2005.
130. Решетников М. М. Терроризм: «активные» и «пассивные» союзники // Восточно-европейский институт психоанализа. – СПб., 2004. – С. 13-19.
131. Степанов Е. И. Современный терроризм: состояние и перспективы. – М.: УРСС, 2000. – 240 с.
132. Главные угрозы национальной безопасности России начала XX века, аналитическая группа АЭБ ЮНИОН, 2002.
133. Хохлов И. И. Глобальный джихад Салафи (*Transnational Salafi Jihad*): международная террористическая сеть Аль-Каиды. – National Security Portal, <http://www.nationalsecurity.ru/library/00016/index.htm>
134. Moghadam A. *The Roots of Suicide Terrorism / A MULTI-CAUSAL APPROACH*. Harrington Workshop on the Root Causes of Suicide Terrorism. University of Texas at Austin, May 12-13, 2005.
135. Бертю Э. К психологии терроризма. – 2003. – www.russ.ru/politics/20030806-bertou.html
136. Гозман А. Я., Шестопал Е. Б. Психология власти. – 1996.
137. Jerrold M. Post, *Addressing the Causes of Terrorism, Volume I The Club de Madrid Series on Democracy and Terrorism, International Summit on Democracy? Terrorism and security, 8-11 March, 2005, Madrid*. – <http://english.safe-democracy.org/>
138. Ениколовов С. Н., Мкртычян А. А. Психологические последствия терроризма // Ж. Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 71-80.
139. Роль парламентов в помощи многосторонним организациям для обеспечения мира и безопасности и для создания Международной Коалиции за Мир // резолюция, принятая единогласно 109 Ассамблей (Женева, 3 октября 2003).
140. Международные Конвенции по борьбе с терроризмом, ООН, 2004.
141. Рассматривая причины терроризма // Международный саммит по демократии, терроризму и безопасности, 8-11 марта 2005 г., Мадрид. – Том 1.
142. Катков А. Л. Метамодель социальной психотерапии // Восточно-Европейский институт психоанализа. – СПб, 2004. – С. 238-248.
143. Катков А. Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии». – Павлодар, 2007. – С. 172-235.
144. Лисицын Ю. А. Здоровье населения и современные теории медицины. – М.: Медицина, 1982. – 326 с.
145. Toffler A. *The powershift era / Powershift*. – N.Y.L Bantam Books, 1990. – Р. 3-11.
146. ВОЗ. Определение термина здоровье. – 1968.
147. Глобальные цели ООН в области развития на пороге тысячелетия, ООН, 2001.
148. Политика ВОЗ на предстоящее столетие «21 задача на 21-е столетие».
149. Лисицын Ю. П. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. – М.: Медицина, 1987. – 431 с.
150. Актуальные проблемы организации контроля качества и повышения медицинского обслуживания, М., 1998.
151. Тогунов И. А. Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению. – 2000.
152. Аканов А.А. Теория и практика организации здравоохранения Алматы, 2003, - 63с.
153. Нагребецкий А. Здравоохранение Франции: быть лучшим в мире – еще не предел. – 2007. – <http://www.health-ua.com/articles/2027.html>
154. Аканов А. Подходы и принципы реформирования и развития медицинской науки Казахстана Астана – Алматы, 2005, - 188с.
155. Аканов А. Организация здравоохранения Казахстана Астана – Алматы, 2006, - 232 с.
156. Концептуальные подходы к преобразованиям системы здравоохранения в Российской Федерации. – 2007. – <http://www.rmass.ru/publ/info/konser>
157. Катков А. Л. Полюс психического здоровья – проблемы идентификации. 1 часть. // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2006. – Т. XII, № 2. – С. 7-15.
158. Катков А. Л. К проекту Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2008. – Т. XIV, № 2. – С. 7-12.
159. Лебон Г. Психология народов и масс. – СПб, 1995. – 312 с.
160. Зимбардо Ф., Ляйппе М. Социальное влияние. – Питер, 2000. – 444 с.
161. Тернер Д. Социальные влияния. – Питер, 2003. – 2256 с.
162. Пикок А. Богословие в век науки. Модели бытия и становления в богословии и науке // Пер. с анг. – М.: Библейско-богословский институт св. апостола Андрея, 2004. – 416 с.
-
-

-
-
163. Брук Дж. Х. *Наука и религия. Историческая перспектива* // Пер. с анг. – М.: Библейско-богословский институт св. апостола Андрея, 2004. – 352 с.
164. Хайдеггер М. *Что зовется мышлением?* // Пер. с нем. – М.: Академический Проект, 2007. – 351 с.
165. Деррида М., Бодрийяр Ж., Джеймисон Ф. Учить по С. А. Лебедеву // *Философия науки*. – М.: Академический Проект, 2008. – 692 с.
166. Михайлов Ф.Т. Предметная деятельность... чья? // *Вопр. Филос.* 2001. № 5. С. 10-26.
167. Сурмава А. В. *Психологический смысл исторического кризиса (опыт исторического психоанализа)* // *Ж. Вопросы психологии*. – 2004. – № 3. – С. 71-85.
168. Кричевец А.Н. *Внутренние условия развития и психофизическая проблема* // *Вопросы психологии*. 2005. №1 - С. 3-18.
169. Эйтштейн А. *Работы по теории относительности* // Пер. с нем. и анг. - СПб, 2008. – 330 с.
170. Гейзенберг В. *Избранные философские работы* // Пер с нем. – СПб.: Наука, 2006. – 569 с.
171. Бор Н. *Атомная физика и человеческое познание (Atomic Physics and Human Knowledge)*. - 1958.
172. Кун Т. *Структура научных революций*. – 1998. – 296 с.
173. Лакатос И. *Избранные произведения по философии и методологии науки* // Пер с анг. – Академический Проект, 2008. – 475 с.
174. Поппер К. *Объективное знание. Эволюционный подход*. – М., 2002. – 384 с.
175. Лебедев С. А. *Философия науки*. – М.: Академический Проект, 2008. – 692 с.
176. Ждан А. Н. К теоретическим проблемам общей психологии // *Вопр. психол.* – 2006. – № 6. – С. 137-142.
177. Кольцова В. А. Актуальные проблемы методологии современной отечественной психологической науки // *Психологический журнал*. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 5-18.
178. Мазилов В. А. *Методологические проблемы психологии в начале XXI века* // *Психологический журнал*. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 23-34.
179. Юревич А. В. *Системный кризис психологии* // *Вопросы психологии*. – 1999. – № 2. – С. 3-12.
180. Юревич А. В. *Методологический либерализм в психологии* // *Вопросы психологии*. – 2001. – № 5. – С. 3-17.
181. Юревич А. В. *Естественнонаучная и гуманитарная парадигмы в психологии, или Раскачанный маятник* // *Вопросы психологии*. – 2005. – № 2. – С. 147-151.

ПСИХОЛОГИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КРИЗИСА СЕРЕДИНЫ ЖИЗНИ

Е. Э. Присяжная

г. Астана

Введение

Главным побуждающим моментом, стимулировавшим данное исследование, является существующее на данный момент несоответствие между базовым теоретическим конструктором о том, что приблизительно $\frac{1}{3}$ часть жизни занимает у человека процесс взросления и целых $\frac{2}{3}$ части – процесс старения, и явным акцентированным вниманием со стороны исследователей на изучение детства и юности. И, несмотря на то, что в последние десятилетия мы можем заметить всплеск интереса к изучению возрастных изменений, вызванных процессом старения, тем не менее, кризис середины, являющийся переломным в жизни человека, все еще очень мало рассматривается в психологической литературе.

Поэтому выбранная нами тема – изучение феноменологии и процессуальной стороны кризиса середины жизни – является на наш взгляд, на сегодняшний день особо актуальной и имеет важное теоретическое и практическое значение.

В своей работе мы опираемся на интегративную концепцию личности Козлова В.В., используя описание трех фундаментальных структур, их взаимодействие и развитие на протяжении всей жизни человека. Кризис середины жизни мы рассматриваем как достижение человеком поставленных им в юности целей и задач во всех этих сферах: «Я-материальном», «Ясоциальном» и «Я-духовном». Это, по нашему мнению, в большей мере кризис психодуховный, так как позитивность или негативность исхода зависит от степени принятия человеком произошедших с ним и его жизнью перемен, и осознания того, что жизнь продолжается и не стоит останавливаться на достигнутом.

Личностный кризис мы определяем следующим образом: это психологическое состояние максимальной дезинтеграции (на внутристическом уровне) и дезадаптации (на социально-психологическом уровне) личности, выражющееся в потере основных жизненных ориентиров (ценностей, базовой мотивации, поведенческих паттернов, т.е. привычного self - А. Маслоу, К. Юнг, образа Я, Я-концепции) и возникающее в результате препятствий в привычном течении жизни субъекта, что приводит к девиантному поведению, нервно-психическим и психосоматическим расстройствам.

Под кризисным состоянием мы имеем в виду пролонгированный во времени личностный кризис.

Вследствие того, что в данной работе нас в большей степени интересовал именно экзистенциально-возрастной кризис середины жизни, сформировалась цель исследования.

Цель исследования – изучение и анализ феноменологии и процессуальной стороны кризиса середины жизни. Поставленная в исследовании цель конкретизировалась в следующих задачах:

Задачи исследования:

1. Систематизация основных теоретических подходов и концепций в изучении кризиса середины жизни;
2. Анализ феноменологии и процессуальной стороны кризиса середины жизни;
3. Выявление личностных характеристик кризиса середины жизни как общий уровень тревожности, социально-психологическая адаптивность, самоактуализация через базовые экзистенциальные ценности, особенности образа «Я».

Основная гипотеза работы заключается в следующих предположениях:

1. Кризис середины жизни приводит к состоянию глубинной психологической дезинтеграции вплоть до разрушения целостности личности.
2. Экзистенциальные кризисные состояния, как процессуальная характеристика кризиса середины жизни, без оказания помощи могут привести к тяжелой социально-психологической дезадаптации личности и группы.
3. Кризис середины жизни задевает глубинные слои личности и все аспекты бытия индивида, выражаясь в таких симптомах, как генерализованная неперсонифицированная тревога, изменения глубинных личностных установок, потеря ценностных и мотивационных ориентиров в жизни.

Объектом данного исследования явились личности, находящиеся в состоянии экзистенциально-возрастного кризиса середины жизни.

Предмет исследования – феноменология и процессуальные характеристики динамики экзистенциально-возрастного кризиса середины жизни.

Теоретико-методологическая основа работы. Работа основана на теоретических и методологических положениях отечественной и зарубежной психологии и психотерапии:

в области социальной психологии – в трудах: Б.Г.Ананьева, Г.М.Андреевой, А.А.Бодалева, И.П.Волкова, С.Кузьмина, В.Н.Куликова, В.А.Мазилова, В.В.Новикова, В.Н.Панферова, Б.Д.Парыгина, М.В.Шугурова, В.А.Ядова.

в области гуманистической психологии – в трудах: Р.Ассаджиоли, А.Маслоу, К.Роджерса, Э.Фромма, В.Франкла, К.Юнга.

в области экзистенциальной психологии – в трудах Д.Бьюджентала, А.Маслоу, И.Ялома

в области трансперсональной психологии – в работах Р.Ассаджиоли, К.Юнга, К.Минделла, В.Козлова.

Методы исследования: теоретический анализ исследований по данной теме, наблюдение, метод экспертной оценки, опрос и тестирование.

Установочные данные

Проблема жизненного кризиса в зарубежной и отечественной психологии, где жизненный кризис рассматривается через психологический феномен в контексте согласованного взаимодействия биологических, поведенческих, эмпирических и социальных факторов. В отечественной психологии Л.С.Выготским было введено понятие «возрастных кризисов» как целостного изменения личности человека, регулярно возникающее при смене стабильных периодов. По Выготскому возрастной кризис обусловлен возникновением основных новообразований предшествующего стабильного периода, которые приводят к разрушению одной социальной ситуации развития и возникновению другой, адекватной новому психологическому облику человека.

Каждый психосоциальный кризис, если рассматривать его с точки зрения оценки, содержит и позитивный и негативный компоненты. Если конфликт разрешен удовлетворительно, то личность выбирает в себя новый позитивный компонент и это ее здоровое развитие в дальнейшем. Напротив, если конфликт остается неразрешенным или получает неудовлетворительное разрешение, развивающемуся Это тем самым наносится вред, и в него встраивается негативный компонент. Задача состоит в том, чтобы человек адекватно разрешал каждый кризис, чтобы подходить к следующей стадии развития более адаптивной и зрелой личностью.

Каждый возрастной кризис характеризуется новообразованиями, пережив и приняв которые, человек «выходит» обновленным, с новыми силами и свежим, адекватным взглядом на мир. Центральная тема зрелости – генеративность – желание повлиять на следующее поколение через собственных детей, через практический или теоретический вклад в развитие общества. Генеративность определяет способность оглянуться вокруг, заинтересоваться другими людьми, стать продуктивным, что, в свою очередь, делает человека счастливым. Пот-

терпевший на этой стадии неудачу имеет тенденцию оказаться поглощенным только самим собой. В этом возрасте человек формирует свою точку зрения о внешнем мире, его будущем и о своём участии в нем. Осознав и оценив реальное положение вещей, наметив с учетом этого новые цели или скорректировав старые, человек, подходящий к себе доброжелательно и здраво, благополучно преодолевает этот перевал и с новыми планами вступает в следующий период своей жизни.

Человеку присуще по-разному противодействовать своему биологически предопределенному развитию и духовно приходить к экзистенциальным решениям. То величайшее решение, которое лежит в основе выбора пути самореализации может проявить себя либо как относительно спокойное развертывание, либо как внезапно вспыхнувший кризис. Последний приносит с собой недовольство всем сущим, что проявляется как стимул к поступательному движению.

Кризис характеризуется противостоянием двух фундаментальных тенденций – с одной стороны, развитие через реализацию, через осуществление выбора одной возможности и отказа от всех остальных, через утраты и неудачи, взлеты и новые успехи; с другой – сопротивление росту, взрослению, старению; стремление к сохранению своих возможностей через противодействие реализации. Конфликт двух противоположных тенденций приводит к кризису как к состоянию, в котором одновременно присутствует как деструктивный, так и конструктивный потенциал.

Деструктивный и конструктивный аспекты кризисного состояния являются сконцентрированными во времени более фундаментальными тенденциями самой жизни к распаду (дезинтеграции) и объединению (интеграции). Интегрирующие тенденции можно охарактеризовать как пластичность: дезинтегрирующие, в свою очередь, можно связать с ригидностью. Таким образом, мера пластичности может выступить в качестве меры жизненности.

Для зрелого человека разрешение конфликта между неуспокоенностью и застоем означает обретение оптимизма через пессимизм, а именно, когда предпочтение отдается разрешению проблем, а не бесконечным сетованиям на коварство жизни. Могучая опора в этой работе – труд, семья, включенность в деятельность.

В этом контексте кризис в самом общем смысле можно определить как процесс исцеления, радикальный сдвиг в сторону восстановления пластичности. В то же время кризис – это необратимый процесс умирания целостностей, утративших свою пластичность, жизненных позиций, стереотипов, мировоззрения; происходит активация бессознательного, которое, преодолевая дезинтеграцию, вводит в сознание новые содержания. «Там, где кажутся возможными различные пути, мы лишены

надежного руководства со стороны инстинкта и у нас проявляются опасения. Ведь здесь наше сознание должно теперь делать то, что за своих детей всегда делала природа, а именно - уверенно, однозначно, безо всяких сомнений решать. И тут нас охватывает свойственное всем людям опасение, что сознание, наше прометеево завоевание, в конце концов, все же не равноценно природе. Эта проблема приводит нас к одиночеству, где мы вынуждены обращаться к сознанию, и ни к чему другому, кроме него. Т.о. любая проблема означает возможность распространения сознания, но вместе с тем и необходимость распрошаться со всей бессознательной детскостью и естественностью».

Кризис в процессе развития - это момент, когда человек в целом испытывает внутренний переворот, из которого он выходит изменившимся: либо вооружается новым экзистенциальным решением, либо терпит поражение. Время жизни постоянно подвергается качественному структурированию и доводит определенное переживание до кульминации, когда возникает необходимость принять решение. Сопротивление переживанию и уход от решения накапливают деструктивный потенциал кризиса. Невозможность осознания приводит к аномальному развитию личности, реактивному преодолению сложившегося противоречия. Например, к появлению разного рода «защитных» мотивов, которые толкают к осуществлению ложнокомпенсаторной деятельности. Смысл этой деятельности сводится к тому, чтобы «законсервировать», оставить прежним внутреннее противоречие и тем самым приспособиться к нему.

Кризис объединяет все остальные категории жизни в единую динамическую целостность. Расширяющееся сознание наполняет психохудожественный кризис содержаниями и смыслами, до этого человеку неведомыми; процесс плавного перехода от одного бессознательного к другому в кризисе приобретает характер резкого скачка в сторону бессознательного. Расширение сознания сопровождается максимальной интенсификацией внутреннего опыта; тем самым, кризисное состояние способно потенциально обогащать личность новыми переживаниями и новыми смыслами. Процесс трансформации личностных смыслов может привести с одной стороны, к изменению мировоззрения субъекта, с другой – к энтропии целей и постепенному угасанию жизненности. Способность к адаптации в период кризиса резко снижается, особенно в социальном плане: кризисная личности зачастую практически неспособна реализовать свое социальное бытие; однако, радикальное изменение структуры личности, происходящее в результате кризиса при благоприятных внешних условиях (понимающее окружение, адекватная психотерапия) может быть направлено в сторону целостности и трансцендирования противоречий личностного и социального существования.

И, конечно же, в общем ряду зрелых и качественных исследований особое место занимает концепция Э.Эрикссона, согласно которой человек на протяжении жизни (на «жизненном пути») переживает ряд вполне определенных психосоциальных кризисов. Подобные концепции принадлежат Л.С. Выготскому (о чём уже упоминалось выше), Д.Б.Эльконину. Нас интересует именно социально-психологический аспект формирования и становления зрелой личности через переживание социально-психологической дезадаптации в период кризисного перехода. Идентичность в психологии рассматривается как личностно принимаемый образ себя самого, осознаваемый, аутентичный, полный. Зрелая (на данном этапе развития) личность находится в единстве восприятия себя и всех образов себя – осознает, принимает себя (телесно, духовно, интеллектуально). Согласно Эрикссону, существует восемь стадий развития идентичности. В «момент» перехода индивид необходимо делает выбор между двумя альтернативами своего дальнейшего развития – в сторону взросления или в сторону возврата назад, на более раннюю ступень социализации и взаимодействия с другими, социумом. От этого выбора зависит весь дальнейший ход жизни человека. На каждой стадии развития идентичности существует своя специфическая задача, т.е. личность «научается» определенным социальным и социально-психологическим механизмам.

С концепцией Э.Эрикссона связаны представления в современной психологии о динамике поколений. Идентичность – понятие не только личностное, но и групповое (культура, общество, раса и т.п.). «Ведь мы имеем дело с процессом, «локализованным» в ядре индивидуальности, но также и общественной культуры...». Таким образом, «...психологическая сила зависит от тотального процесса, который одновременно регулирует индивидуальные жизненные циклы, последовательность поколений и структуру общества». Идентичность группы, общества, государства прямо зависит от здоровой идентичности каждого индивида.

Введенное Э.Эриксоном понятие психосоциального моратория (запаздывание принятия на себя взрослых обязанностей) является результатом неадекватного выхода из кризисного состояния, что ведет к непринятию такого человека социумом (социально-психологическая дезадаптация) и, как результат, – неадекватные формы поведения.

Кризис второй половины жизни (45-55 лет) является, как и пубертатный кризис, узловой точкой жизни человека. В этот момент актуализируются все базовые экзистенциальные проблемы (смерть, изоляция, потеря смыслов) и возникает ряд специфических социально-психологических проблем (социальное одиночество, дезадаптация, полная смена ценностей, изменение социального статуса). Совпадение в один момент возрастного и экзистен-

циального кризисов делают кризис второй половины жизни наиболее мощным. Результатом переживания подобного кризиса может скачок в духовном развитии и расширении личности или деградация (инволюция) личности, которая приводит к тяжелым переживаниям (вплоть до суицида). Оба данных кризиса представляют для нас интерес именно как узловые, «переходные» моменты жизни, наиболее тяжело переживаемые личностью.

Максимальная дезадаптация, в свою очередь, становится основным «симптомом» этих кризисных состояний. Экзистенциальная тревожность, сопровождающая оба этих кризисных состояния, переживается как депрессия, пустота, полная бессмысличество. Отсюда может быть только два выхода: регресс (бегство в примитивные состояния сознания, растворение индивидуальности в коллективной жизни, инфантильные уходы в алкоголь, игру, риск, работу, псевдодуховность, возвращение в «утробу» нерасчлененного сознания мира вообще, возвращение на более низкий уровень сознания («низшая нирвана») и второй путь, трансценденция сознания, прогресс, путь вверх, переход на более высокий уровень сознания, возвышение над обыденной жизнью, духовный рост («высшая нирвана»).

Гейл Шихи в своей книге «Возрастные кризисы» пишет о том, что каждый переход на следующую ступень развития заставляет человека разрушать существующую защитную структуру. Он становится ранимым и чувствительным, но приобретает новую защиту и ее способность постепенно приспосабливаться к окружающим условиям. Этот переход может продолжаться несколько лет. Продолев его, человек попадает в продолжительный период стабильности и относительного спокойствия, обретает чувство равновесия.

Все события, которые происходят с человеком, влияют на него. Знаменательные события являются вехами в жизни. Однако ступень развития определяется изменениями личности в эти переходные моменты. Личность обладает скрытой тенденцией к изменению, которая реализуется под воздействием знаменательных событий.

Жизнь личности включает в себя внешние и внутренние аспекты. Внутренний аспект проявляется там, где разрушающие силы начинают выводить человека из равновесия, сигнализируя о необходимости изменения и продвигая его к новой опоре на следующей ступени развития. Такие кардинальные перемены происходят в жизни повсеместно. Однако люди все равно отказываются признать, что у них есть система внутренней жизни.

В переходные моменты образ жизни подвергается внезапным изменениям в четырех измерениях:

1. Внутреннее ощущение себя по отношению к другим
2. Чувство опасности и безопасности
3. Восприятие времени

4. Ощущение физического спада

Все эти ощущения задают основной тон жизни и подталкивают человека к тем или иным решениям. «Каждый переход на новую ступень заставляет отказываться от какой-то магии, от какой-то иллюзии безопасности и удобного привычного чувства «Эго» во время развития нашей неординарности», – пишет Гейл Шихи.

Примерно к сорока пяти годам равновесие восстанавливается, появляется чувство стабильности, которое может принести удовлетворение. Если человек отказался проявить активность в середине жизни, чувство спада перерастает в чувство покорности. Через некоторое время человек, остановившийся в развитии, лишится поддержки и безопасности. Родители становятся детьми. Дети станут незнакомыми людьми. Карьера превратится просто в работу. И каждое из этих событий будет ощущаться как несостоявшееся. Кризисное состояние вернется где-то к пятидесяти годам.

Хотя некоторые исследователи полагают, что средний возраст воспринимается взрослыми людьми, как тот «период, когда рушатся надежды, а многие возможности кажутся упущенными навсегда» (Clauser, 1986, p.161), значительная часть исследований убедительно доказывает прямо противоположное. Собранные данные показывают, что большинство взрослых переживают середину жизни как годы перехода, наполненные как позитивными, так и негативными событиями, связанными с процессом старения. В то время как модель кризиса привязывает нормативные возрастные изменения, имеющие место в этот период, к предсказуемым кризисам, модель перехода отвергает представление о том, что кризис середины жизни это нормативное, связанное с возрастным развитием событие (Hunter, & Sundel, 1989).

Согласно модели перехода, развитие человека характеризуется последовательностью ожидаемых важных событий в его жизни, которые можно предвидеть и в отношении которых можно строить планы. Хотя переход, связанный с этими событиями, и может вызывать немалые трудности как в психологическом, так и в социальном плане, большинство людей успешно к нему приспособливаются благодаря знанию того, что эти события неуклонно приближаются. Благодаря антиципаторной социализации они могут спланировать эти жизненные события и избежать кризиса середины жизни (Clauser, 1986; Troll, 1985).

Кесслер и другие исследователи считают, что кризис середины жизни – это скорее исключение, чем правило. У подавляющего большинства людей переход в средний возраст происходит незаметно и плавно, по мере того, как на смену юношеским мечтам о славе, богатстве, личных свершениях и красоте приходят более реалистичные ожидания.

Существует и другая точка зрения. В своем исследовании представителей сильного пола Левин-

сон и его коллеги (Levinson, 1978) обнаружили, что примерно в 40-летнем возрасте мужчина может подвергнуть сомнению или, по меньшей мере, начать осмыслять с разных сторон ценность той «управляющей обстоятельствами» жизни, которую он вел. Если ему раньше удавалось добиваться своих целей, он может внезапно задаться вопросом: «Стали ли они потраченных усилий?» Если же он не сумел добиться в своей жизни того, чего хотел, он может теперь со всей ясностью осознать, что у него осталось не так уж много возможностей, чтобы что-то изменить. Он начинает подвергать сомнению все стороны своей жизни, включая работу и семейные отношения (Levinson, 1986). Дэниел Левинсон описывал жизнь мужчин в возрасте от восемнадцати до сорока семи лет. Он и его сотрудники в течение нескольких лет изучали группу мужчин разных профессий. Левинсон отметил, что для детей и юношей существуют основные принципы развития, а в развитии взрослых имеются периоды, в течение которых необходимо решить определенные задачи. Человек продвигается от одного периода к другому лишь в том случае, если начинает работать над решением новой задачи развития и создает новую структуру своей жизни.

Согласно расчетам Левинсона, ни одна структура не может оставаться неизменной больше семи - восьми лет. И его исследования подтвердили эти данные.

Результаты исследования

Проверка методики измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни проводилась по психометрическим характеристикам:

- Проведен айтеманализ, то есть проверка таких характеристик вопросов как надежность и дискриминативность.
- Проверка надежности теста (стабильность, повторяемость результатов, их постоянство и устойчивость. Она показывает, насколько точно производятся психологические изменения, насколько можно доверять получаемым результатам). Коэффициент надежности – б Кромбаха =0,67.
- Проверка ретестовой надежности теста (Надежность, как устойчивость результатов во времени – согласованность результатов теста, получаемых при первичном и повторном его применении по отношению к одним и тем же испытуемым в разные моменты времени). Ретест был проведен спустя четыре месяца после первого тестирования. Показатель ретестовой надежности – коэффициент корреляции Пирсона =0,8.
- Проверка валидности разработанной нами методики. Валидность это комплексная характеристика теста, которая включает и сведения об области исследуемого явления, и сведения о том, насколько диагностическая процедура представлена по отношению к этой области. Эмпирическая

валидность – соответствие результатов теста внешним и независимым от теста критериям, которые являются показателями исследуемых психологических особенностей. Для проверки эмпирической валидности мы выбрали объективный критерий – метод контрастных групп. Коэффициент валидности с младшей контрольной группой $r = 0,5$, со старшой контрольной группой $r = 0,35$, что свидетельствует о достоверности различий.

• Для проверки теоретической валидности мы использовали тест «СЖО» Леонтьева Д.А., который определяет общий показатель ориентаций жизни человека по пяти интегральным шкалам. Коэффициент валидности $r = -0,4$.

• Проведено нормирование результатов по программе PSYSTAT.

Общее число опрошенных составляет 235 человек в возрасте от 19 до 63 лет.

В нашей работе мы провели дополнительную, более детальную и глубокую проверку методики измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни, с помощью уже апробированных средств, для получения обширных данных о репрезентативности методики и дополнительных сведениях по интересующей нас тематике.

Согласно вышеизложенным теоретическим положениям, нами выдвинута гипотеза, что разработанная нами методика является удачным инструментом для выявления процессуальной стороны КСЖ, то есть выявляет конструктивный или деструктивный потенциал развития человека во время данного кризиса

Рабочие гипотезы:

1. Деструктивный вариант развития КСЖ сопровождается повышением баллов по шкалам пессимистичности и тревожности при нормативном разбросе остальных шкал.
2. Деструктивный вариант развития КСЖ сопровождается значительным рассогласованием оценок «Я-реального» и «Я-идеального»
3. Деструктивный вариант развития КСЖ характеризуется преобладанием ахроматических и смешанных цветовых выборов.

Мы определили своей целью проверить конструктивную и критериальную валидность нашей методики.

Задачи

1. Адаптация методики измерения протекания кризиса середины жизни
2. Выявить достоверные различия между выборками по данным СМИЛ.
3. Выявить достоверные различия между выборками по данным ДМО.
4. Выявить достоверные различия между выборками по данным МЦВ.
5. Выявить соотношение показателей СМИЛ, ДМО, МЦВ и методики измерения протекания кризиса середины жизни.

В нашем исследовании приняли участие 55 человек, участники бизнес-тренингов, руководители среднего звена различных предприятий г. Астаны. Среди них высшее образование у 38 испытуемых (69%), среднее специальное имеют 17 человек (31%).

По возрасту, все участники распределялись от 37 до 45 лет, что соответствует рассматриваемому в данной работе кризису середины жизни. Соотношение мужчин женщин в выборке было практически равным. Мужчины - 54,5% (30 человек), женщины - 45,5% (25 человек).

Описание методики измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни

Для того чтобы продиагностировать состояние личности во время переживания ею кризиса середины жизни, те изменения, которые происходят в ее «Я-материальной», «Я-социальной» и «Я-духовной» сферах, мы использовали опросник качества жизни, разработанный Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗКЖ-100).

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды.

С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Выбор именно этих сфер основан на литературных данных (Schipper et al., 1990), которые демонстрируют их универсальность с одной стороны, и достаточно четкое отличие друг от друга – с другой.

Определение каждой субсфера, используемое при содержательной интерпретации результатов опроса с помощью ВОЗКЖ-100, включает в себя:

а) концептуальное определение в повествовательной форме;

б) описание различных индикаторов или измерителей, через которые можно оценить данную субсферу, и границ, в рамках которых может быть произведено измерение;

в) перечисление нескольких примеров ситуаций и условий (различного уровня выраженности), которые могут существенно влиять на эту субсферу.

Для ответа на вопросы используется четыре типа специально разработанных пятибалльных ответных шкал. Первый тип – это шкалы интенсивности, оценивающие степень или меру, с какой индивид испытывает какое-либо состояние или ситуацию. Второй тип – шкалы способности, оценива-

ющие способность к различным чувствам, состояниям или поступкам. Третий – шкалы частоты, оценивающие количество, частоту, обычность или среднюю норму какого-либо поведения, и четвертый – шкалы оценки, позволяющие респонденту дать оценку каким-либо состояниям, способностям или поведению.

Описание процедуры исследования

Испытуемым в процессе проведения планового психологического тестирования предлагались три методики: СМИЛ, ДМО, МЦВ, входящих в компьютерную программу ПАЭС (психологическая автоматизированная экспертная оценка, разработанная Л.Н. Собчик), а также бланковая методика измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни.

Полученные результаты и их обработка

Целью нашей работы являлась проверка валидности методики измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни.

Валидность это комплексная характеристика теста, которая включает в сведения об области исследуемого явления, и сведения о том, насколько диагностическая процедура репрезентативна по отношению к этой области.

В зависимости от того, какие категории информации мы используем, выделяют виды валидности:

- Эмпирическую (критериальную)
- Теоретическую (конструктивную)

Эмпирическая валидность – соответствие результатов теста внешним и независимым от теста критериям, которые являются показателями исследуемых психологических особенностей.

Для проверки эмпирической валидности мы выбрали объективный критерий – метод контрастных групп.

Для анализа полученных результатов мы использовали критерий U Манна-Уитни, который позволяет выявить различия между малыми, нововеликими выборками. Эмпирическое значение критерия U отражает то, насколько велика зона совпадения между рядами. Поэтому, чем меньше эмпирическое значение критерия, тем более вероятно, что различия достоверны.

К первой группе испытуемых мы отнесли тех, показатели которых по методике измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни были сравнительно невысокие, то есть, можно было предположить, что у данных людей преобладал конструктивный потенциал развития кризиса середины жизни. Ко второй группе мы отнесли испытуемых с противоположными результатами по данной методике.

При количестве 12 человек в первой выборке и 43 человека во второй, $U_{эмп}$ будет меньше, чем $U_{крит}$, которое составляет при уровне значимости $p=0,01$ $U_{крит}=150$, а при $p=0,05$ $U_{крит}=185$.

Далее, наша задача заключалась в том, чтобы результатами теста СМИЛ подтвердить наши предположения относительно преобладания у этих двух групп испытуемых деструктивного или конструк-

тивного потенциала развития кризиса середины жизни, то есть испытуемые будут иметь достоверные различия по определенным шкалам СМИЛ.

Ниже, в табл.1 приведены показатели критерия U.

Таблица 1

Шкалы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	КЖ	Д.С
U	199	94,5	147	422	306	320,5	35,5	250	451,5	116	94	27

Таким образом, достоверные различия между нашими выборками имеются по шкалам:

- 2 - Пессимистичность
- 3 - Эмоциональная лабильность
- 7 - Тревожность
- 0 - Интроверсия

А так же по показателям качества жизни и духовной сферы.

Первая группа испытуемых, выделенная нами по данным методики измерения процессуальной стороны КСЖ как «конструктивная» и по показателям СМИЛ отличалась соответствующими характеристиками. Испытуемые данной группы с 4, 9 и 6 ведущей шкалой характеризуются стеническим типом реагирования, что свидетельствует о выраженной тенденции к самореализации, лидерском типе личности. Повышенные 4 и 9 шкалы, демонстрирующие высокий уровень притязаний, преобладание мотивации достижения, высокую самооценку и уверенность в себе, оптимизм и жизнелюбие, общую высокую активность, при низкой 0-й (коммуникабельность), а умеренно повышенная 6-я – тенденция к систематизации, чувство соперничества, упорство в достижении цели, умение заразить окружающих своей увлеченностью и повести их за собой. Такие люди отличаются активной личностной позицией, высокой поисковой активностью, в структуре мотивационной направленности – преобладанием мотивации достижения, уверенностью и быстротой в принятии решений. Мотив достижения успеха здесь тесно связан с волей к реализации желаний. Данная группа испытуемых также отличалась достаточно высокими показателями качества жизни (средний балл = 75,83) и довольно низкими показателями духовной сферы, что, как мы уже выяснили ранее, свидетельствует о конструктивности протекания КСЖ (средний балл = 12,92).

Испытуемые данной группы довольно высоко оценивали свои познавательные функции, работоспособность, возможности для приобретения информации и новых навыков, а также были удовлетворены имеющейся энергией, преобладанием в жизни положительных эмоций, поддержкой близких.

В беседе данные испытуемые указывали на то, что в настоящее время для них открыты широкие возможности для продвижения по служебной лестнице, и они чувствуют в себе достаточно сил для

реализации себя в качестве руководителя высокого ранга (начальники служб и крупных предприятий г. Астаны). Но при этом, большинство опрошенных отмечали, что понимание и поддержка семьи, друзей вселяют в них уверенность, обеспечивая достаточные условия для проявления не только профессиональных, но и человеческих качеств. Испытуемые не испытывают безысходности проходящего, замкнутости на своих внутренних переживаниях, с уверенностью и смелостью смотрят в будущее, чувствуют собственную цельность и определенность и достаточно высоко оценивают влияние своих личных убеждений, мировоззрения на понимание жизненных трудностей. Следует заметить, что по сравнению со второй группой испытуемых, эти люди высоко оценивают себя как «учителя жизни», что свидетельствует о решении ими основной задачи зрелого возраста, а также реализации экспансивной тенденции.

Вторую группу испытуемых, с преобладанием деструктивного потенциала по данным методики измерения процессуальной стороны КСЖ, характеризуют снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности, преобладание пассивно-страдательной позиции, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность, повышенная тревожность в отношении мелких житейских проблем. У данных испытуемых превалирует мотивация избегания неуспеха, сензитивность, зависимость от мнения большинства. Ведущие потребности - избавление от страхов и неуверенности, уход от конфронтации.

Состояние дезадаптации, отражающееся в профиле повышением 7-й шкалы, характеризуется нарушениями сна, навязчивыми страхами, чувством растерянности, беспокойства, ощущением надвигающейся беды.

7-я шкала выявляет повышенную тревожность, а при показателях выше 70 Т определяется уже не черта характера, а состояние, т.е. та степень выраженности тревоги, которая еще не трансформировалась под влиянием защитных механизмов в более конкретное состояние, а так и осталась первичной, свободноплавающей. При высоких показателях 7-й шкалы тревожность бывает, как правило, связана с длительной предшествующей невротизацией. В отличие от первой группы испытуемых, у

представителей второй группы довольно часто наблюдались подъемы профиля выше 70Т в определенных (описанных выше) шкалах. Также, у испытуемых данной группы отмечалась выраженная чуткость, склонность к сомнениям, рефлексивность, избыточная самокритичность, заниженная самооценка, контрастирующая с завышенным идеальным «Я».

Лица с преобладающей в профиле СМИЛ 2-й шкалой отличаются наибольшей ранимостью по отношению к жизненным невзгодам, стремлением осмыслить и «оттормозить» собственные непосредственные порывы, уйти от конфронтации с жестокими законами реальной жизни в связи с пессимистической оценкой своих возможностей при противодействии стеническим установкам окружающих. Для них характерен высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив; склонность к раздумьям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, аналитический склад ума, скептицизм, самокритичность, некоторая неуверенность в себе, своих возможностях.

Таким образом, 2-я, 7-я и 0-я шкалы отражают свойства гипостенического типа реагирования и свидетельствуют о преобладании тормозимых черт характера. Если в профиле эти шкалы значимо превалируют над другими, то выявляется конформность, социальная податливость, нормативность личности, отказ от самореализации. В любом профиле, отражающем реакцию личности на психотравмирующую ситуацию, конфигурация с ведущими шкалами гипостенического регистра выявляет невротический вариант дезадаптации или декомпенсацию личности в сторону усиления тормозимых реакций.

Показатели методики измерения процессуальной стороны КСЖ также свидетельствовали о наличии у данных испытуемых состояния подавленности, замкнутости на своих внутренних переживаниях, чувство безысходности происходящего и неопределенности будущего. Испытуемые довольно низко (средний балл 9,7) оценивали удовлетворенность качеством своей жизни, собственным здоровьем, отмечали натянутость отношений с близкими, беспокоились относительно своей безопасности и защищенности. Большинство представителей данной группы ощущало свое одиночество, внутреннюю пустоту, отсутствие интереса к жизни, разлад с самим собой, а также неспособность поделиться своими переживаниями с близкими людьми, принять от них какую - либо поддержку. Мы обратили внимание на то, что данные испытуемые по сравнению с первой группой, на вопросы о том, задумывались ли они над правильностью выбора своего жизненного пути и оценивают ли они свои юношеские планы как завышенные, давали максимальные оценки (4-5 баллов из 5 возможных).

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что выделенные нами группы по особенностям процесса протекания кризиса середины жизни, достоверно различаются с помощью методики СМ И Л по таким шкалам, как пессимистичность, эмоциональная лабильность, тревожность и интроверсия. Полученные нами данные подтверждаются исследованием Калошиной Т. и теоретическими работами.

Следующим этапом нашей работы было выявление достоверных различий между двумя группами с помощью методики ДМО.

Кроме того, мы провели соотношение показателей методик ПАЭС и методики измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни.

Для этой цели мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Данный метод позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя профилями (иерархиями) признаков.

Если абсолютная величина r_s достигает критического значения или превышает его, корреляция достоверна. Такой способ позволяет нам проверить конструктивную валидность разработанной нами методики.

В течение нескольких десятилетий Л.Н.Собчик с коллегами систематически проводилось изучение различных репрезентативных групп больных разных психиатрических лечебных учреждений. Исследование носило системный лонгитюдный характер и проводилось с параллельным изучением контингента нормы, что дало богатый материал для выводов.

В процессе исследования данные анамнеза заболевания и клинического наблюдения сопоставлялись с результатами психоdiagностического исследования. При этом проводился анализ феноменологически близких проявлений с учетом различий и совпадений показателей эмоциональных, мотивационных, интеллектуальных и поведенческих аспектов на разных уровнях самосознания каждого человека в отдельности, а также изучение усредненных данных по разным группам больных. При этом учитывалась как нозология, так и принадлежность каждого больного к определенной индивидуально-типологической группе в сравнении с аналогичными группами представителей нормы.

Канонический корреляционный анализ результатов исследований методами СМИЛ, ДМО, МЦВ обнаружил достоверные связи между факторами этих методик, выявив тем самым их феноменологическую близость, чем подтверждается общность почвы, на которой формируются различные по степени интегрированности уровни личности.

Так как использованные нами методики в качестве проверки конструктивной и критериальной валидности прошли многолетнюю проверку и уже выявлены достоверные связи между факторами

этих методик, их феноменологическая близость, то мы считаем целесообразным провести корреляцию показателей нашей методики с данными СМИЛ, и сослаться на уже существующие данные, свидетельствующие о достоверности корреляци-

онной связи между методиками, использующими-
ся в ПАЭС.

Ниже приведены показатели ранговой корреляции Спирмена по десяти шкалам СМИЛ и показателями духовной сферы.

Таблица 2

Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
r	0,5	0,73	0,44	-0,62	-0,35	-0,4	0,5	0,11	-0,7	0,52

Корреляции почти всех шкал достоверны, кроме восьмой шкалы – шкалы индивидуалистичности, что свидетельствует о независимости данной характеристики в рассматриваемой нами выборке и особенностями протекания кризиса середины жизни, отражающимися в духовной сфере личности. Возможно, это объясняется тем, что для людей с высокими или наоборот, заниженными баллами по данной шкале, характерно своеобразие иерархии ценностей, уход от проблем в мир мечты и фантазий для первых и рациональный подход к решению проблем, трезвая оценка житейских ситуаций, преобладание здравого смысла для последних.

Отрицательные корреляции выявлены для 4, 5, 6 и 9 шкал (импульсивность, мужественность-женственность, ригидность и оптимистичность соответственно), чем выше баллы по данным шкалам, тем ниже баллы по методике измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни, то есть, возможно преобладание конструктивного потенциала протекания КСЖ, при этом соответственно должны преобладать низкие показатели по остальным шкалам, которые имеют положительную корреляцию с показателями духовной сферы.

По данным Л.Н.Собчик, пики по 2, 3, 7, 0 шкалам СМИЛ сопровождаются значительным рассогласованием «Я» реального и «Я» идеального (3-4 балла) и преобладанием на первых позициях ахроматических цветов и показателей тревожности. А ведущие 4, 6, 9 шкалы в профиле СМИЛ сопровождаются гармоничными показателями ДМО (без явной рассогласованности) и основными яркими цветами на первых позициях.

Таким образом, полученные результаты по методике измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни явились достоверным критерием для разделения респондентов нашей выборки на лиц с преобладанием конструктивного и деструктивного протекания КСЖ, что было подтверждено комплексными данными методик ПАЭС.

Таким образом, наша общая гипотеза о том, что разработанная нами методика является удачным инструментом для выявления процессуальной стороны КСЖ, то есть выявляет конструктивный или деструктивный потенциал развития человека во время данного кризиса.

Выходы и заключение

Проблема кризиса середины жизни является на сегодняшний день особо актуальной как в теоретическом, так и в практическом плане. Опираясь на интегральную концепцию личности В.В.Козлова, кризис середины жизни мы рассматриваем как психодуховный, так как позитивность или негативность исхода зависит от степени принятия человеком произошедших с ним и его жизнью перемен, и осознания того, что не стоит останавливаться на уже достигнутом.

Наše исследование доказывает, что кризис середины жизни приводит к состоянию глубинной психологической дезинтеграции вплоть до разрушения целостности личности. Экзистенциальные кризисные состояния, как процессуальная характеристика кризиса середины жизни, без оказания помощи могут привести к тяжелой социально-психологической дезадаптации личности и группы. Кризис середины жизни задевает глубинные слои личности и все аспекты бытия индивида, выражаясь в таких симптомах, как генерализованная не-персонифицированная тревога, изменения глубинных личностных установок, потеря ценностных и мотивационных ориентиров в жизни.

В наше время количество людей, испытывающих психодуховные кризисы, неуклонно возрастает. С одной стороны, это может быть связано с резкими изменениями условий жизни (девальвация привычных ценностей, нестабильность общественных структур, болезни, изменение социального окружения), с другой – с определенным эволюционным этапом в развитии психики людей в целом. Психодуховный кризис является особым этапом в развитии личности, когда инициируется процесс объединения внутренних подсистем материального, социального и духовного Эго в единое целостное пространство, наступает время переоценки всех ценностей и в этом процессе личность начинает переосмысливать свое место в жизни и основные экзистенции.

По нашему мнению, кризис обнаруживается человеком тогда, когда, как он считает, потенциалы его «Я-материального», «Я-социального», «Я-духовного» уже раскрыты и основные тенденции развития личности преодолены.

Кризис характеризуется противостоянием двух фундаментальных тенденций – с одной стороны,

развитие через реализацию, через осуществление выбора одной возможности и отказа от всех остальных, через утраты и неудачи, взлеты и новые успехи; с другой – сопротивление росту, взрослению, старению; стремление к сохранению своих возможностей через противодействие реализации. Конфликт двух противоположных тенденций приводит к кризису как к состоянию, в котором одновременно присутствует как деструктивный, так и конструктивный потенциал.

Деструктивный и конструктивный аспекты кризисного состояния являются сконцентрированными во времени более фундаментальными тенденциями самой жизни к распаду (дезинтеграции) и объединению (интеграции). Интегрирующие

тенденции можно охарактеризовать как пластичность; дезинтегрирующие, в свою очередь, можно связать с ригидностью. Таким образом, мера пластичности может выступить в качестве меры жизненности.

Разработанная нами на основе интегративной теории В.В Козлова, методика измерения процессуальной стороны кризиса середины жизни, является удачным инструментом для выявления изменений, происходящих с человеком, находящимся в середине своего жизненного пути.

Но данный инструмент требует большей доработки для дальнейшего использования его на практике, в работе с людьми, переживающими личностные кризисы.

Литература:

1. *К проблеме кризиса середины жизни. //Сб. Психотехнологии в социальной работе. Вып.10. Ярославль: МАПН ЯрГУ, 2005 – с.103-107.*
2. *Эмоциональное содержание духовного кризиса. //Ж. Вестник интегративной психологии. В.1 (4). М.-Ярославль, 2006 – с.145-146.*

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г. Х. Айбасова

г. Алматы

Актуальность исследования

В настоящее время психические расстройства и психосоциальные проблемы отмечаются у примерно 400 миллионов человек во всем мире (Брутланд Г. Х., 2001). Согласно Доклада Всемирной организации здравоохранения «О состоянии психического здоровья и психиатрической помощи» (ВОЗ, 2001) в настоящее время психические расстройства поражают 20-25% населения планеты в любом возрасте. В связи с этим ВОЗ призывает государства к ответственности за то, чтобы сделать проблемы психического здоровья приоритетными: «сегодня у всех людей, страдающих психическими расстройствами, есть надежда на выздоровление и превратить ее в реальность – долг всех стран мира» (ВОЗ, 2001).

Всемирная федерация психического здоровья объявляет тему: «Психическое здоровье и работа» приоритетной на рубеже тысячелетий, и призывает, в частности, улучшить качество психиатрической помощи людям всего мира, обеспечив эффективность служб психического здоровья и ее соответствие национальной культуре и внутренним потребностям (Всемирный день психического здоровья – 2000).

В качестве основных стратегий реализации данных тезисов ВОЗ рекомендует «разрабатывать национальную политику в области психиатрии, соответствующие программы и законодательства; развивать кадровые ресурсы; осуществлять мониторинг психического здоровья; оказывать поддержку научным исследованиям (Report on health care world wide situation, 2001).

В данной связи, главные вопросы, которые сейчас встают перед психиатрией во всем мире: что такое психиатрическая служба (Сарториус Н., 1998); каким образом содействовать качеству психиатрической помощи и профилактике психических заболеваний, профессиональному развитию психиатров, повышению качества психиатрической науки и образования (Окаша А., 2002).

Адекватные ответы на эти вопросы можно получить, используя новые модели медико-биологической и психиатрической парадигмы (Нуллер Ю. Л., 1991, 1993; Кабанов М. М., 1994; Роговин М. С., Залевский Г. В., 2001), обновленные концепции психиатрической систематики (Циркин С. Ю., 2002). А также, используя технологии выведения стандартов качества диагностики, лечения и реа-

билитации больных с психическими и поведенческими расстройствами (Гурович И. Я., Кирьянов Е. М., Шмуклер А. Б., 1999; Ястребов В. С., Солохина Т. А., 2003).

Все вышеизложенное позволяет констатировать необходимость изменения подходов профессионального образования специалистов в сфере охраны и развития психического здоровья населения – психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников и других (Дедков Е. Д., Незнанов Н. Г., Борцов А. В., Пенюгина Е. Н., 2003; Игнатов Ю. Д., Дедков Е. Д., Петрищев Н. Н., 2003). Соответственно, в максимальной степени должны использоваться новые информационные технологии в систематизации психиатрических знаний (Карась С. И., Семин И. Р., Райзман Е. М., 2000). В частности, компьютерные обучающие системы (Семин И. Р., Карась С. И., Райзман Е. М., 2002). Этими же авторами отмечается необходимость изменения подходов к использованию структуры знаний в обучении психиатрии. Еще большего внимания требует подготовка научно-педагогических кадров, освоение новых научных методов в сфере психического здоровья (Зорин Н. А., 1999; Покровская И. А., Немцов А. В., 1999; Судаков С. А., 2002).

Между тем, вопросы оптимизации нормативного регулирования деятельности в сфере охраны психического здоровья населения, в публикуемых исследованиях изучены недостаточно.

Таким образом, настоящее исследование, способствующее устранению концептуального и практического дефицита в данной области, представляется весьма актуальным.

Цель исследования: изучение эффективности и совершенствование нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической медико-психологической) Республики Казахстан

Задачи исследования:

1. Идентификация и систематизация современных подходов к нормативному регулированию деятельности служб психического здоровья в мировой практике;

2. Разработка концепции и модели системно-развивающего стандарта в сфере нормативного регулирования деятельности психиатрической, пси-

хотерапевтической, медико-психологической помощи населению Республики Казахстан;

3. Исследование эффективности действующей модели мониторинга в сфере психического здоровья населения РК;

4. Исследование эффективности стандарта услуг (сектор первичной, вторичной, третичной профилактики, сектор экспертных услуг), действующего в системе психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи населению Республики Казахстан;

5. Исследование эффективности квалификационного стандарта специалистов, действующих в службах психического здоровья Казахстана;

6. Определение эффективности стандарта организации деятельности служб психического здоровья Республики;

7. Определение эффективности нормативного обоснования приоритетов в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан;

8. Разработка практических рекомендаций по совершенствованию нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья РК.

Материал и методы исследования

В соответствии с основными задачами и этапами исследования материалы распределены нами в следующие группы:

- материалы, отражающие общемировые подходы к решению проблем психического здоровья;

- материалы, отражающие основные подходы и методы нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья в Республике;

- материалы, отражающие ассортимент, объем и качество услуг в сфере психического здоровья Республики Казахстан;

- материалы, отражающие степень удовлетворения населения Республики Казахстан услугами в сфере психического здоровья.

При этом нами использовались следующие методы исследования:

1. *Метод системного подхода* использовался при систематизации процессов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья; разработке концепции и модели системно-развивающего стандарта в данной сфере;

2. *Социологический метод* применялся при определении качества жизни целевой группы пациентов и клиентов, пользующихся услугами психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профиля, их родственников; при помощи данного метода оценивались ассортимент и качество названных услуг на уровне пациентов, их родственников, профессионалов, действующих в службах психического здоровья и всего населения Республики;

3. *Метод экспертных оценок* использовался при определении степени соответствия действую-

щих профессиональных стандартов в сфере психического здоровья разработанным нормативно-эталонным требованиям;

4. *Статистический метод* использовался при анализе количественных показателей, характеризующих эффективность стандартов деятельности психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической служб Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Результаты исследования

Идентификация и систематизация современных подходов к повышению эффективности в деятельности служб психического здоровья, проведенная в ходе настоящего исследования, позволила сформулировать основные принципы данной деятельности, реализуемые в развитых странах мирового сообщества:

- выведение служб психического здоровья в национальные приоритеты;

- осуществление многоуровневого мониторинга состояния психического здоровья населения и деятельности соответствующих служб;

- разработка национальной политики и законодательства в области психического здоровья населения;

- разработка программы реформ в организации служб психического здоровья;

- развитие материально-технических ресурсов соответствующих служб;

- развитие кадровых ресурсов в службах психического здоровья;

- повышенное внимание научно-информационному обеспечению процессов развития служб психического здоровья, нормативной базы и законодательства в данной области.

Вышеназванные принципы, а также конструктивные традиции казахстанской психиатрии являлись основными ориентирами, лежащими в основе концепции и модели системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья населения.

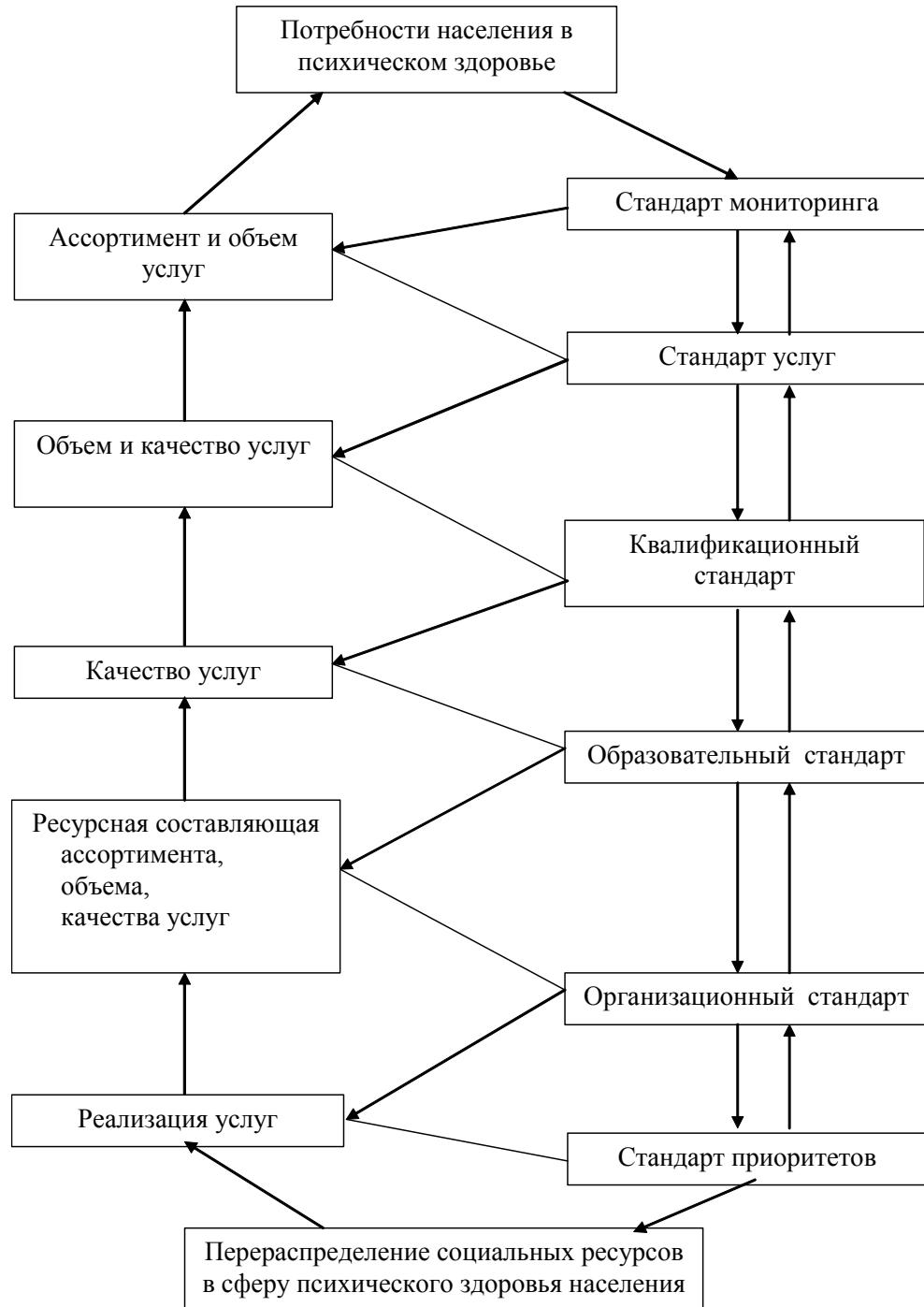
Названная концепция рассматривает и уточняет понятие системно-развивающего стандарта (нормативно-заданная, согласованная активность служб психического здоровья, направленная на эффективное достижение результатов, предусмотренных настоящим стандартом) и собственно нормативного стандарта (утвержденный нормативный документ, в котором устанавливаются общие принципы, характеристики, правила и содержание различных аспектов деятельности служб психического здоровья, многократное использование которых закономерно приводит к планируемому результату). В рамках данной концепции обозначены основные виды стандартов в сфере психического здоровья (стандарт мониторинга ситуации в сфере психического здоровья в Республике Казахстан, стандарт услуг, реализуемых службами психического

здравья, квалификационный стандарт специалистов, действующих в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению, образовательный стандарт, организационный стандарт, стандарт национальных приоритетов). Уточнены области применения, структура и функции стандартов, регулирующих деятельность служб психического здоровья. В частности, в области функциональной активности рассматрива-

емых профессиональных стандартов выделены элементы системного взаимодействия (восходящие, нисходящие, горизонтальные функции), позволяющие, с одной стороны, существенно обогатить содержание каждого нормативного блока, а, с другой, объединить возможности нормативного регулирования процессов охраны и развития психического здоровья населения в общую систему с высоким организационным потенциалом (схема 1).

Схема 1

Схема системного взаимодействия стандартов в сфере психического здоровья



Таким образом, концепция системно-развивающего стандарта является полноценной теоретической базой для совершенствования процессов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья. В то же время, разработанная модель профессиональных стандартов может с успехом использоваться в качестве эталона для определения эффективности действующей системы стандартов в службах психического здоровья Республики Казахстан.

Последний принцип был в максимальной степени использован для определения степени эффективности стандартов, действующих в системе психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи населению РК.

При анализе действующей модели мониторинга, было установлено, что по параметру целевых групп действующим стандартом мониторинга из 6 предусмотренных групп охвачено 3; по параметру целей и задач выявлено существенное расхождение целей действующей модели мониторинга с рекомендуемой, из 5 задач данного параметра в не-полном объеме выполняются 3. При исследовании параметра базисных элементов и содержания основных разделов действующего стандарта мониторинга выявлено, что из 4 основных профилей, предусматриваемых эталонным стандартом, в действующем стандарте профиль государственной активности в сфере психического здоровья населения полностью отсутствует. Три других профиля: профиль масштаба проблемы психического здоровья и уровня распространения психических расстройств; профиль основных характеристик процесса деятельности служб психического здоровья; профиль основных характеристик результата деятельности служб психического здоровья представлены лишь частично. Таким образом, получает подтверждение тезис о несостоинности действующего стандарта мониторинга в отношении важнейшей функции – связующего моста и обратной связи между основными агентами, действующими в социальной сфере РК и службами психического здоровья.

Из 15 параметров, предусматриваемых эталонным стандартом в действующей модели мониторинга, полностью отсутствуют следующие параметры:

- параметр государственной политики в сфере психического здоровья населения (учет разработанных базисных документов, представляющих основу соответствующей нормативной базы);
- параметр инвестиционной активности государства в сфере психического здоровья населения;
- параметр спецификации государственных инвестиций по основным блокам службы психического здоровья;
- параметр спецификации государственных инвестиций по профилям профилактики в сфере психического здоровья;

- параметр спецификации государственных инвестиций по основным статьям расходов, несомых в связи с обеспечением психического здоровья населения;
- параметр определения уровня социального психического здоровья;
- параметр определения уровня социального психологического здоровья;
- параметр обеспеченности услугами (секторы первичной, вторичной, третичной профилактики, экспертных услуг).

Итого – 8 параметров, то есть, более половины от рекомендуемого стандарта.

Следующие параметры действующей модели мониторинга представлены лишь частично:

- параметр кадровой обеспеченности;
- параметр структурной обеспеченности;
- параметр дополнительных характеристик интенсивности и объема оказываемой помощи в сфере психического здоровья населения;
- параметр оценки результатов деятельности в секторе первичной профилактики (конечные индикаторы);
- параметр оценки результатов деятельности в секторе вторичной профилактики (конечные индикаторы);
- параметр оценки результатов деятельности в секторе третичной профилактики.

Итого – 6 параметров из 15, рекомендуемого стандарта мониторинга.

Полностью представлен лишь 1 параметр мониторинга:

- параметр распространенности психической патологии среди населения.

При этом следует иметь в виду, что результаты, получаемые по данному параметру, отражают отнюдь не истинное положение дел в отношении первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК (действующая модель мониторинга не предусматривает проведение масштабных эпидемиологических исследований по данному важнейшему направлению). Имеющаяся информация, в основном, отражает итоги пассивной обращаемости населения. Соответственно, объемная картина уровней и структуры (нозологическая представленность отдельных групп психических и поведенческих расстройств) психического здоровья населения РК существенно исказяется.

Из 96 учитываемых в рекомендуемом стандарте мониторинга признаков, в действующем стандарте отсутствуют 59, присутствуют 36 и один признак представлен частично. Таким образом, более 62,1% информации, необходимой для адекватной презентации ситуации в области психического здоровья, в действующем стандарте мониторинга не исследуется и, соответственно, не оценивается.

Кроме того, в действующей схеме в должной степени не дифференцированы региональные (район, город, область, республика) и профессиональные (психиатрическая, психотерапевтическая, медико-психологическая службы) аспекты получаемой информации.

По параметру планируемых результатов из двух групп результатов, предусмотренных в разработанной модели стандарта, действующей моделью мониторинга ни одна не достигается.

По параметру инструментов и критериев оценки результатов внедрения стандарта мониторинга из трех рекомендуемых групп ни одна не представлена.

При анализе действующей модели стандарта услуг было установлено, что по параметру целевых групп из трех основных групп модели рекомендуемого стандарта, действующим стандартом услуг охвачена одна; по параметру целей и задач отмечается существенное расхождение целей действующего стандарта услуг с целями рекомендуемой модели рассматриваемого стандарта, из четырех задач действующим стандартом услуг выполняются лишь две. При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов стандарта услуг выявлено, что по сектору первично-профилактических услуг из четырех профилей первично-профилактических технологий:

- неспецифических технологий первичной профилактики в сфере психического здоровья;
- специфических диагностических технологий;
- специализированных превентивных технологий в сфере психического здоровья;
- специализированных технологий в сфере развития психологического здоровья - все 4 профиля действующего стандарта услуг сектора первичной профилактики представлены лишь частично.

Из четырех классов первого профиля (неспецифические технологии первичной профилактики в сфере психического здоровья):

- класс информационных технологий;
- класс просветительских программ для всего населения, включая программы ЗОЖ;
- класс административных технологий;
- класс системных технологий - первый класс представлен частично (реализуется лишь одна спецификация услуг из четырех возможных); второй класс представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); третий класс представлен также полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); четвертый класс не представлен вовсе (ни одна из четырех спецификаций не реализуется).

Из трех классов профиля специфических диагностических технологий:

- класс диагностических технологий, определяющих уровень психического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп);

- класс диагностических технологий, определяющих уровень психологического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп);

- класс диагностических технологий формирования групп риска по определенному профилю проблем психического здоровья - первый класс представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); второй класс, также, представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); третий класс не представлен (не реализуется ни одна спецификация услуг из двух возможных).

Из четырех классов первично-профилактических услуг профиля специализированных превентивных технологий в сфере психического здоровья:

- класс технологий превенции умственной отсталости;
- класс технологий превенции эпилепсии;
- класс технологий превенции суицидов;
- класс технологий превенции синдрома сгорания - все четыре класса представлены лишь частично. Первый класс представлен тремя спецификациями услуг из десяти возможных. Второй – одной из семи возможных. Третий – тремя из шести возможных. Четвертый – двумя из шести возможных. Из трех классов первично-профилактических услуг профиля специализированных технологий развития психологического здоровья:

- класс специальных психотерапевтических технологий;
- класс специальных технологий психологического консультирования;
- класс специальных технологий социально-психологических тренингов - первый класс представлен частично (две спецификации услуг из трех возможных); второй класс представлен полностью (четыре спецификации услуг из четырех возможных); третий класс также представлен полностью (две спецификации услуг из двух возможных).

Таким образом, из 14 классов услуг первично-профилактического сектора, реализуемых службами психического здоровья, 6 – представлены полностью; 6 – представлены частично; 2 – не представлены.

При анализе объема реализации конкретных спецификаций услуг, показываемый процентным соотношением числа учреждений, где данная услуга реализуется, к общему количеству исследуемых специализированных учреждений, следует, что из 60 спецификаций первично-профилактических услуг реализуются 29, а 31 не реализуется. Объем реализации каждой спецификации колеблется от 1,8% до 74,5%, но в среднем не превышает 11,14% на каждую из 29 реализуемых спецификаций услуг первично-профилактического сектора. Таким образом, можно считать, что рекомендуемая модель первично-профилактических услуг в сфере психического здоровья, по показателям ассортимента

реализуется на 48,3%. А по показателям объема, не более чем на 11,14%.

По сектору вторично-профилактических услуг из одиннадцати профилей вторично-профилактических услуг:

- профиль информационных услуг сектора вторичной профилактики, в сфере психического здоровья населения;
- профиль диагностических услуг сектора вторичной профилактики;
- профиль специфических лечебных технологий;
- профиль неспецифических лечебных технологий;
- профиль форм оказания специализированных лечебно-диагностических услуг;
- профиль возрастной специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль нозологической специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности;
- профиль услуг, направленных на обеспечение собственной безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц;
- профиль правовых и социальных услуг - первый, второй, третий и одиннадцатый профили представлены частично (4 из 11); остальные 7 - представлены, практически, полностью.

Из двух классов профиля информационных услуг первый представлен частично, а второй – полностью.

Из шести классов профиля диагностических услуг первый, второй, четвертый и пятый классы (всего - 4) представлены частично; два других – полностью.

Из четырех классов профиля специфических лечебных технологий два представлены частично (первый и второй); два других (третий и четвертый) – представлены полностью.

Из двух классов профиля неспецифических лечебных технологий оба представлены полностью.

Из шести классов профиля формы оказания специализированных лечебно-диагностических услуг – все шесть представлены полностью.

Из трех классов услуг профиля возрастной специализации – все три представлены полностью.

Из девяти классов профиля нозологической специализации лечебно-диагностических услуг – представлены все девять.

Из четырех классов профиля экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг – представлены все четыре.

Из двух классов профиля специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности – оба представлены полностью.

Один класс (одноименных с профилем) услуг, направленных на обеспечение безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц, представлен полностью.

Из трех классов профиля правовых и социальных услуг первые два представлены полностью; третий – частично.

Таким образом, из 42 классов услуг сектора вторичной профилактики 34 представлены полностью (т.е. реализуются службами психического здоровья в Республике Казахстан), 8 представлены частично.

При интерпретации внешне-удовлетворительных показателей фактов представленности основных профилей и классов услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан необходимо учитывать объем реализации данного ассортимента по регионам РК, характеризующий возможности доступа населения к данному сектору услуг.

Таким образом, в представленном стандарте услуг сектора вторичной профилактики в общей сложности содержится 129 спецификации, из которых 107 (82,9%) представлены в действующем ассортименте, а 22 (17,05%) не представлены. Средний объем реализации представленного ассортимента вторично-профилактических услуг в службах психического здоровья РК, в целом, составляет 48,05% на каждую из спецификаций.

В системе психиатрической помощи из 102 предусмотренных спецификацией услуг рассматриваемого сектора представлено 84 (82,35%) спецификации, а 18 (17,64%) не представлено. Средний процент реализации для каждой из представленных спецификаций в системе психиатрической помощи составляет 49,33%.

В системе медико-психологической помощи из 7 предусмотренных спецификаций услуг рассматриваемого сектора представлены все 7 (100%). Средний процент реализации для каждой спецификации в данной специализированной службе составляет 48,21%.

В системе психотерапевтической помощи из 20 предусмотренных спецификаций услуг вторично-профилактического профиля представлено 16 (80%), а 4 (20%) не представлено. Средний процент реализации для каждой из представленных спецификаций в системе психотерапевтической помощи населению РК составляет 41,5%.

Следовательно, из рассматриваемых служб психического здоровья, система психотерапевтической помощи по ассортименту и объему реализуемых услуг является наименее состоятельной. Система психиатрической помощи – относительно более состоятельной. Система медико-психологической помощи занимает промежуточное положение.

По сектору третично-профилактических услуг – все три профиля третично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья:

-
- профиль информационных технологий;
 - профиль поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий;
 - профиль поддерживающих социальных технологий - представлены лишь частично.

При этом одноименный класс профиля информационных технологий, также, представлен частично.

Из пяти классов поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий первый, третий и пятый классы (всего - 3) представлены полностью; второй класс представлен частично; четвертый класс услуг не представлен вовсе.

Из семи классов профиля поддерживающих социальных технологий первый и четвертый классы (всего - 2) представлены полностью; второй, третий, пятый, шестой и седьмой классы (всего - 5) представлены лишь частично.

Таким образом, из 13 классов третично-профилактических услуг 5 классов представлены полностью; 7 классов представлены частично; 1 класс не представлен.

В рекомендованном стандарте услуг сектора третичной профилактики присутствует, в общей сложности, 71 спецификация. Из данного перечня службами психического здоровья фактически реализуется 57 (80,28%) спецификаций. Не реализуется, соответственно, 14 (19,71%) спецификаций. Средний объем реализации по каждой спецификации, высчитываемый в процентном соотношении в секторе третичной профилактики для служб психического здоровья Казахстана, в целом составляет 30,42%.

В системе психиатрической помощи из 64 предусмотренных спецификаций услуг сектора третичной профилактики представлено 53 (83,8%), а 11 (17,2%) не представлено. Средний процент реализации для каждой спецификации услуг, таким образом, составляет 32,48%.

В системе медико-психологической помощи, действующей в психиатрических учреждениях, из двух предусмотренных спецификаций услуг, реализуются обе (100%). Однако средний процент реализации для каждой выделяемой спецификации не превышает 7,14%.

В системе психотерапевтической помощи, действующей при психиатрических учреждениях, из 5 предусмотренных спецификаций реализуются 2 (40%), а 3 (60%) не реализуются. Средний процент реализации, с учетом представленности данного ассортимента услуг по регионам, составляет 13,32%.

Следовательно, из рассматриваемых служб психического здоровья по ассортименту и объему реализуемых услуг наиболее состоятельной является система психиатрической помощи (30,42%). Далее следует система психотерапевтической помощи (13,32%). Замыкает данный перечень система медико-психологической помощи (7,14%).

При сопоставлении объемов ассортимента услуг фактически реализуемого службами психи-

ческого здоровья Республики Казахстан, выясняется, что базисный усредненный показатель сектора первичной профилактики для всех служб психического здоровья составляет 11,14%. Базисный усредненный показатель сектора вторичной профилактики составляет 48,05%. Аналогичный показатель для сектора третичной профилактики составляет 30,42%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что службы психического здоровья Республики (в частности, действующие стандарты услуг, регламентируемые официальными документами) ориентированы, в основном, на оказание лечебно-диагностической помощи населению РК. В существенно меньшем степени деятельность данных служб ориентирована на сектор третичной профилактики – полноценную реабилитацию и социальную поддержку пациентов и их родственников. В самой незначительной степени службы психического здоровья уделяют внимание первично-профилактическому направлению деятельности и, соответственно, разработке дееспособных стандартов услуг в данном секторе активности.

В отношении дифференцированной оценки стандартов психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической служб по анализируемым секторам, следует отметить, что такая оценка существенно затруднена для сектора первично-профилактических услуг в связи с отсутствием определения сфер компетенции для каждой из поименованных служб.

Что же касается двух других секторов, то по базисным усредненным показателям сектора вторичной и сектора третичной профилактики, выделяется система психиатрической помощи населению (49,33% и 32,48%, соответственно). В значительно меньшей степени представлена активность системы психотерапевтической помощи (41,5% и 13,32%, соответственно). А также, медико-психологической помощи (48,21% и 7,14%, соответственно).

Полученные данные свидетельствуют о том, что психотерапевтическая и медико-психологическая служба, которая по своему основному профилю деятельности должны нести главную нагрузку в секторе первичной профилактики и существенную часть нагрузки в секторе третичной профилактики, до настоящего времени не имеют четкого направления развития, учитывающего эти две важнейшие области применения. В лучшем случае они ориентированы на лечебную практику, где общий ассортимент услуг всех трех служб психического здоровья не достигает 50% от требуемого.

По сектору экспертных услуг все три профиля экспертных услуг, реализуемых службами психического здоровья:

- профиль трудовой экспертизы;
- профиль военно-врачебной психиатрической экспертизы;

- профиль судебно-психиатрической экспертизы - представлены полностью.

Единственный класс услуг по определению трудоспособности профиля трудовой экспертизы также представлен полностью.

Из двух классов услуг профиля военно-врачебной психиатрической экспертизы, оба представлены полностью.

Из двух классов услуг профиля судебно-психиатрической экспертизы, оба представлены полностью.

Таким образом, три профиля и пять классов экспертных услуг, реализуемых в сфере психического здоровья населения РК, полностью представлены.

В рекомендуемом стандарте экспертных услуг присутствует, в общей сложности, 35 спецификаций. Из данного перечня службами психического здоровья реализуются все 35 спецификаций, т.е. 100%. Средний объем реализации по каждой спецификации, вычисляемый в процентном соотношении, по данному сектору для служб психического здоровья, в целом, составляет 56,52%.

По профилю трудовой экспертизы данный показатель составил 75,39%.

По профилю военно-врачебной психиатрической экспертизы – 63,63%.

По профилю судебно-психиатрической экспертизы средний объем реализации каждой спецификации составляет 40%.

Таким образом, в психиатрической службе РК в наиболее полном объеме рекомендуемого ассортимента реализуются услуги профиля трудовой экспертизы. Далее, по профилю военно-врачебной психиатрической экспертизы. И менее всего – по профилю судебно-психиатрической экспертизы.

При анализе параметра планируемых результатов стандарта услуг было выявлено из 7 групп результатов разработанной модели, действующим стандартом в неполном объеме достигается одна. По параметру инструментов и критериев оценки результатов использования стандарта услуг из четырех групп инструментов и оценочных критериев в неполном объеме используется лишь одна группа.

Проведенные нами оценочные исследования ассортимента, объема и качества услуг, реализуемых службами психического здоровья на уровне пациентов, их родственников, всего населения РК, профессионалов, действующих в службах психического здоровья, подтверждают результаты экспертных заключений фактических данных о структуре дефицита в сфере услуг, реализуемых службами психического здоровья.

В частности, более половины опрошенных пациентов (в общей сложности 64,5%) позитивно оценили информационно-правовой сектор услуг, предоставляемых по месту проживания.

Также, преимущественно позитивно, (72,1%) пациенты оценивают класс диагностических услуг.

По классам лечебных услуг, представляемых пациентам, лидирует лекарственная терапия (72,8%). Другие профили представлены крайне скучно: психотерапия – 16,3%, а социально-психологические тренинги – 3,5%.

Из видов социальной помощи пациентам в наибольшем объеме представлены оформление временной и долговременной (инвалидность) нетрудоспособности 18,4% и 33,5%, соответственно, а также льготный отпуск лекарственных препаратов – 21%. Другие виды социальной помощи представлены в существенно меньшем объеме.

Соответственно, степень удовлетворенности услугами третично-профилактического сектора у пациентов менее выражена (45,8% позитивных оценок), чем услугами диагностического сектора (65,9% позитивных оценок), а также, услугами лечебного сектора (71,7% позитивных оценок).

Следующий блок оценок потребностей (на уровне пациентов) в специализированных услугах дает представление о наиболее перспективных направлениях развития рассматриваемых секторов услуг.

Так, в области информационных услуг наиболее актуальным представляется развитие сектора общих информационных услуг - представление пациентам значительно более широких возможностей доступа к печатным изданиям, средствам связи, ИНТЕРНЕТ и т.д. (39,5% потребности). А также - расширение специального информационного сектора услуг, касающегося заболевания.

Данные, полученные нами по оценке необходимости развития сектора лечебно-диагностических услуг (преимущественная потребность в расширении лекарственной терапии - 33,6%; и ассортимента диагностических процедур - 20,4%), интерпретируются нами как слабая степень знакомства с альтернативными лечебно-развивающими практиками (необходимость расширения сектора, психотерапии отмечают 13,9% пациентов; сектора социально-психологических тренингов - 10,2% пациентов).

До 83,2% опрошенных пациентов отмечают необходимость в расширении объемов и видов социальной помощи. Данный результат свидетельствует о явном, открытом дефиците услуг в данном секторе (в отличие от скрытого дефицита, наблюдающегося в секторе первичной профилактики).

Сравнительно чаще опрошенные пациенты определяли качество собственной жизни средней оценкой в 5 баллов из 10 возможных (16,5%). В основном, по мнению пациентов, снижают качество жизни проблемы материального положения; проблемы семейных отношений; проблемы связанные с трудоустройством - то есть, социальные проблемы (соответственно, 30,7%, 24,2%, 19,1%). И только на четвертом месте стоят проблемы, связанные со здоровьем (14,5%).

Полученные по данному фрагменту результаты интерпретируются нами как еще одно свидетель-

ство недостаточной представленности услуг сектора третичной профилактики, включая семейную психотерапию, коррекцию интерперсональных отношений, полноценную реабилитацию.

Большинство пациентов не отмечают улучшение качества собственной жизни в последние 3 года (только 14,2% опрошенных, в общей сложности, отметили позитивную динамику; остальные 85,7 отмечают или отсутствие (39,6%), или отрицательную динамику). Следовательно, основной вектор деятельности служб психического здоровья на современном уровне своего развития не предусматривает главной цели - повышения качества жизни пациентов (клиентов). Об этом, косвенно, свидетельствует и ассортимент реализуемых услуг, ориентированный, преимущественно, на биологические цели (купирование острых состояний), и, в гораздо меньшей степени, на психологические и социальные цели, измеряемые качеством жизни пациентов.

При анализе анкетирования выборки всего населения РК выявлено, что большинство граждан РК (61,9%) осведомлены по вопросам психического здоровья, однако у 38,2% из них, твердой уверенности в этом нет.

Интерпретация данного фрагмента исследования заключается в том, что сектор информационных услуг, адекватно освещавших проблематику психического здоровья в РК, действует недостаточно активно и целенаправленно.

Результаты следующего фрагмента исследования свидетельствуют в пользу правомерности данной интерпретации: до 62,1% опрошенных заявляют о необходимости целевых публикациях в газетах и журналах. До 37,8% населения считают, что необходимы специальные программы в учебных заведениях.

В отношении диагностических технологий в данной, наиболее обширной группе респондентов, предпочтение отдается непосредственному осмотру специалистами (вопреки мнению о негативном отношении населения к диагностике в сфере психического здоровья) - 39,5%. Далее идут методы компьютерной диагностики - 24,1% и анкетирование - 23,6%. Таким образом, население, в целом, демонстрирует позитивный настрой на тестирование в сфере психического и психологического здоровья, что следует иметь в виду при реализации широко широкомасштабных программ специального мониторинга в данной сфере.

Наиболее существенные отличия у респондентов данной группы, в сравнении с предыдущей (группа пациентов), выявились в профиле предпочтений лечебно-развивающих технологий. Если группа пациентов отмечала желательность развития психотерапевтических технологий в 13,9%, то анализируемая группа - в 41,2% ($P<0,01$).

То же самое можно сказать и о технологиях психологической помощи и консультирования - тре-

нников. В анализируемой группе необходимость данного вида помощи отмечали 31,2%, а в группе пациентов - 10,2% ($P<0,01$). Весьма востребованными в группе населения РК являются технологии социальной поддержки и консультирования (36,5%). Таким образом, можно судить о значительной степени дефицита квалифицированных специалистов в сфере социальной работы. Психиатрическая помощь и консультирование в данном перечне занимает лишь четвертое место (21,1%), что, на наш взгляд, отражает реальную ситуацию в профиле социальных потребностей относительно служб психического здоровья. А также, то обстоятельство, что потребности в психиатрической помощи на современном этапе развития служб психического здоровья в РК удовлетворяются в существенно большей степени, чем в психотерапевтической, медико-психологической и социально-психологической.

Результаты, полученные в данной группе по блоку оценки качества специализированных услуг, свидетельствуют о том, что с наибольшим качеством реализуются услуги психиатрического профиля (позитивные оценки определяются в 36,4% случаев). Для сектора услуг первичной профилактики процент позитивных оценок составляет 30,3%. Позитивная оценка качества психологической помощи имеет место в 25,7% случаев. Качество услуг психотерапевтического профиля оценивается позитивно в 23,8% случаев.

Таким образом, наиболее востребуемые секторы услуг (психотерапевтический профиль и профиль психологического консультирования) реализуются соответствующими службами психического здоровья с наименьшим уровнем качества.

При исследовании выборочной группы родственников пациентов выяснилось, что основная часть респондентов данной группы (69,9%) позитивно оценивает доступность сектора информационных услуг.

Профиль диагностических услуг положительно оценивают несколько более половины респондентов данной группы (55,1%).

Профиль лечебных услуг 66,3% респондентов оценивают позитивно.

В целом, эти данные согласуются с оценкой группы пациентов и всего населения.

В то же время, профиль услуг по социальной поддержке, представляемых пациентам, позитивно оценивают лишь 44,9%. Негативно, соответственно, 55,1%. Что также согласуется с оценкой данной категории услуг группами пациентов и всего населения.

Если профиль услуг по психотерапевтической поддержке родственников данной группой оценивается, в основном, позитивно (70,2%), то профиль социальной помощи родственникам пациентов оценивается, в основном, негативно- 57,6%.

Интересные результаты в данной группе были получены при исследовании степени потребности родственников пациентов в специализированных услугах. В частности выяснялось, что данная группа респондентов более всего нуждается в услугах профиля психологической и психотерапевтической поддержке (40,4% опрошенных оценили потребность в данных услугах в 5 баллов). На втором месте по интенсивности идет потребность в информационных услугах - 31,4%. Услуги по социальной поддержке занимают третье место в данном перечне (22,5%). Интерпретация результатов, полученных по двум последним фрагментам, заключается в том, что, несмотря на незначительную представленность услуг профиля социальной поддержки родственникам пациентов, основной дискомфорт, связанный с неопределенностью и тревогой в отношении ситуации болезни родных. Поэтому, основные технологии профессиональной помощи, направленные на купирование состояний тревоги и неопределенности - адекватные информационные услуги и психотерапия, являются наиболее востребованными.

Результаты последнего фрагмента косвенно подтверждаются низкими оценками качества жизни и динамикой этого показателя, полученными у респондентов данной группы. В частности, 74,2% респондентов отмечают ухудшение качества жизни в связи с заболеванием родственников. Далее, 62,9% опрошенных оценили качество жизни в течение последнего года в 5 баллов и ниже (используется 10-балльная шкала), в то время как сами пациенты оценили качество собственной жизни в данном диапазоне в объеме 43,8% ($p<0,01$).

Следовательно, родственники пациентов по социально-психологическим и стрессовым механизмам вовлекаются в процесс болезненных трансформаций (со - зависимость от болезненных факторов). Они в неменьшей степени нуждаются в психотерапевтической, консультативно-психологической поддержке, чем сами пациенты. По результатам наших исследований можно сделать вывод о том, что потребность в данном виде помощи у рассматриваемой группы респондентов удовлетворяется не полностью.

При исследовании выборочной группы профессионалов выявлено, что основная часть респондентов (81,4%) считает необходимым существенное расширение ассортимента и повышение качества услуг, оказываемых службами психического здоровья.

Более половины опрошенных в данной группе (66,7%) считают, что повышение качества и расширение ассортимента услуг связано с увеличением количества штатных единиц по одноименной специальности (32,2%), близкой специальности (13,3%), другой специальности (21%). Полученные данные свидетельствуют о достаточно явной потребности к утверждению бригадного подхода в деятельности служб психического здоровья.

Существенная часть профессионалов условием, необходимым для повышения качества услуг, считают необходимость постоянного доступа к новой профессиональной информации, распространяемой, в том числе, и через ИНТЕРНЕТ (47,49%). Более половины опрошенных (50,3%) отмечают необходимость постоянного обучения у лучших специалистов Республики (28,04%), СНГ и дальнего зарубежья (21,9%).

Острый дефицит в профессиональных знаниях, умениях, навыках по профилю собственной профессии испытывает 70,6% профессионалов. По профилю смежной профессии - 51%. Отсюда следует вывод, что образовательный и квалификационный стандарты, действующие в сфере психического здоровья, не выполняют свою ресурсную функцию по отношению к стандарту услуг.

Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее дефицитарным является сектор первично-профилактических услуг, направленных на повышение уровня психического и психологического здоровья населения РК. Далее, в данном перечне, следует сектор третично-профилактических услуг, направленных на повышение качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами. Наиболее дефицитарными профессиональными профилями оказания услуг (соответственно, наиболее востребуемые населением), являются психотерапевтический, медико-психологический и профиль социальной работы.

При анализе действующего квалификационного стандарта специалистов, занятых в службах психического здоровья РК, по параметру определения целевых групп выявилось, что из двух целевых групп, предусмотренных разработанной моделью квалификационного стандарта, действующим стандартом лишь одна группа охватывается в минимальной степени; по параметру целей и задач отмечается существенное расхождение целей рекомендуемой и действующей модели квалификационного стандарта, из пяти задач, сформулированных в разработанной модели, действующим стандартом в неполном объеме выполняются две. При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов квалификационного стандарта исследовались две составляющие данного параметра – стандарт профессиональной спецификации и собственно квалификационный стандарт. При анализе представленности профессиональной спецификации по сектору первичной профилактики было выявлено, что из трех профилей профессиональной спецификации рекомендуемого стандарта в сфере первичной профилактики частично представлены два (психологический и психотерапевтический профили). Профиль социальной работы не представлен.

Из трех обозначенных профессиональных специализаций по психологическому профилю пред-

ставлена специализация психологического консультирования. Не представлены специализация в области школьной работы, а также специализация в сфере профилактики и коррекции аддиктивного поведения.

Из трех специализаций психотерапевтического профиля представлена специализация в области психотерапии детей и подростков. Не представлены специализации в сфере семейной психотерапии, а также в сфере профилактики аддиктивных расстройств. Из трех специализаций профиля социальной работы, фактически, ни одна не представлена.

Таким образом, по параметру профессиональной спецификации в сфере первичной профилактики из девяти специализаций, фактически, представлены две (22,22%), а семь не представлены (77,78%).

При анализе представленности профессиональной спецификации по сектору вторичной профилактики было выявлено, что из 9 профилей рассматриваемого параметра 6 представлены частично:

- врачебно-психиатрический профиль;
- психотерапевтический профиль;
- психологический профиль;
- профиль трудового обучения и занятости;
- профиль социальной работы;
- педагогический профиль.

Три профессиональных профиля по рассматриваемому параметру представлены полностью:

- профиль среднего медицинского персонала;
- профиль младшего медицинского персонала;
- юридический профиль.

Кроме того, по некоторым из поименованных профессиональных профилей в рекомендуемой модели стандарта нами выделялись определенные профессиональные классы (рубрикация до третьего знака), дифференцируемые, далее, по основным специализациям. Так, в рамках врачебно-психиатрического профиля из трех выделяемых классов два представлены полностью:

- врач-психиатр с административными функциями (руководитель лечебно-реабилитационной бригады, заведующий отделением);
- врач-психиатр с организационно-методическими функциями.

Один, наиболее обширный класс представлен частично:

- врач-психиатр с клиническими функциями, специализированными в соответствие с профилем подразделения.

Из трех классов психотерапевтического профиля:

- психотерапевт системы психиатрической помощи;
- психотерапевт системы общей лечебной сети;
- психотерапевт системы наркологической помощи -

все три представлены частично.

Два класса из четырех по психологическому профилю представлены частично:

- психолог со специализацией в сфере психологического консультирования (общий профиль);
- психолог системы психиатрической помощи. Один класс представлен полностью:
- психолог системы наркологической помощи. Один класс полностью отсутствует:
- психолог системы общей лечебной сети.

Таким образом, из 10 классов врачебно-психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профилей – 6 представлены частично, 3 – полностью, 1 – отсутствует.

Современные требования к стандарту профессиональной спецификации сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения предусматривают 67 специализаций, из которых, согласно полученным данным, 38 (56,72%) представлены фактически (действующий стандарт). Соответственно, 29 специализаций не представлено (43,28%).

Заслуживает внимания тот факт, что по врачебно-психиатрическому профилю данная пропорция выглядела следующим образом: представлено 10 специализаций (66,66%); не представлено – 5 (33,33%). По психотерапевтическому профилю: представлено 6 специализаций (46,15%), отсутствует – 7 (53,85%). По медико-психологическому профилю – представлено 9 специализаций (40,9%), не представлено – 13 (59,1%). По профилю социальной работы – представлена 1 специализация (33,33%), отсутствуют – 2 (66,66%).

Таким образом, отмечается возрастающий дефицит фактической представленности специализаций от врачебно-психиатрического профиля, представленного, относительно, удовлетворительно, к психотерапевтическому и психологическому профилю и профилю социальной работы. Полученные данные косвенно свидетельствуют о том, что образовательные программы, действующие в сфере психического здоровья, сориентированы, в основном, на подготовку врачебно-психиатрических кадров, а также среднего звена медицинских работников, действующих в системе психиатрической помощи населению. В существенно меньшем объеме проводится подготовка специалистов психотерапевтов и клинических психологов. Абсолютно недостаточна и по объему, и по качеству подготовка специалистов в области социальной работы.

При анализе представленности профессиональной спецификации по сектору третичной профилактики было выявлено, что из 8 профилей рассматриваемого параметра – два представлены полностью:

- врачебно-психиатрический профиль;
- профиль младшего медицинского персонала.

Три профиля представлены частично:

- профиль среднего медицинского персонала;
- профиль трудового обучения и занятости;
- педагогический профиль.

Три профиля не представлены:

-
- психологический профиль;
 - профиль социальной работы;
 - юридический профиль.

Из 13-ти специализаций, включенных в рекомендуемую модель стандарта профессиональной спецификации по сектору третичной профилактики, фактически представлено – 7 (53,85%) специализаций, а 6 – не представлено (46,15%).

Сопоставление процентного отношения дефицитов соответствия фактического уровня представленности профессиональной спецификации в службах психического здоровья РК (секторы первичной, вторичной, третичной профилактики) современным требованиям показывает, что наиболее выраженный дефицит присутствует в секторе первичной профилактики – 77,78%. Далее следует сектор третичной профилактики – дефицит 46,15%. На третьем месте сектор вторичной профилактики – дефицит 43,28%. Полученные данные свидетельствуют о том, что основные усилия по подготовке профессионалов служб психического здоровья ориентированы на сектор вторичной профилактики – диагностику и лечение психических расстройств. Вопросам качества жизни психически больных, обеспечиваемого профессионалами, действующими в секторе третичной профилактики, а также проблемам формирования высоких уровней психического здоровья в обществе (сектор первичной профилактики) уделяется существенно меньше внимания. Данная интерпретация полученных результатов в полной мере согласуется с распределением дефицитов по врачебно-психиатрическому (33,33%), психотерапевтическому (53,85%), медико-психологическому профилю (59,1%), профилю социальной работы (66,66%). То есть, чем более профессиональный профиль ориентирован на первичную профилактику и повышение качества жизни клиентов служб психического здоровья, тем менее данный профиль фактически представлен в соответствующих службах.

При анализе собственно квалификационной составляющей рассматриваемого параметра (квалификационных характеристик специалистов, действующих в службах психического здоровья, представленных в соответствующих программах дипломной и последипломной подготовки, в должностных инструкциях, разрабатываемых в учреждениях рассматриваемого профиля) было выявлено, что действующие квалификационные требования составлены без учета фактической профессиональной спецификации. Они ориентированы на профессиональные профили и не дифференцируются в соответствие с классами и специализациями данных профилей. По имеющимся материалам фактически представлено 7 вариантов квалификационных характеристик по психиатрическому профилю (18 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 61,11%); 4 варианта квалификационных характеристи-

стик по психотерапевтическому профилю (15 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 73,33%); 2 варианта аналогичных характеристик по медико-психологическому профилю (23 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 95,65%); 1 вариант квалификационных характеристик по профилю социальной работы (6 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 83,33%).

Квалификационные требования для высшего и среднего звена психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профилей и профиля социальной работы, предъявляемые стандартом дипломной подготовки, недостаточны по разделам: «Требования по основной дисциплине» в части знаний, охватывающих уровень актуального профессионального поля (знания основных профессиональных стандартов). Кроме того, отмечается дефицит по разделу «Требования по смежным дисциплинам» в части знаний и умений по смежным дисциплинам.

Квалификационные требования для высшего и среднего звена психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профилей и профиля социальной работы, предъявляемые стандартом последипломной подготовки и соответствующими перечнями прав и обязанностей персонала служб психического здоровья, ограничиваются требованиями к основной дисциплине и недостаточны в разделах требований по смежным дисциплинам, требований по основной специализации. В частности, в данных разделах отсутствуют позиции, предусматривающие овладевания знаниями – умениями – навыками в области основных профессиональных стандартов.

Полученные по данному исследовательскому фрагменту данные свидетельствуют, во-первых, о слабой разработанности нормативной базы в области квалификационных стандартов специалистов, действующих в службах психического здоровья. Во-вторых, об отсутствии системного взаимодействия между двумя группами квалификационного стандарта: - стандарта профессиональной спецификации и стандарта собственно квалификационных требований. В третьих, по результатам настоящего исследовательского фрагмента можно сделать вывод о слабой системной взаимосвязи между образовательным стандартом (стандартом образовательных программ) и квалификационным стандартом.

По параметру планируемых результатов реализации квалификационного стандарта было выявлено, что из 4-х групп результатов, приведенных в рекомендуемой модели, в неполном объеме достигается лишь одна. По параметру инструментов и критериев оценки результатов использования квалификационного стандарта из двух групп оценочных инструментов и критериев ни один не используется.

При анализе стандарта приоритетов в сфере психического здоровья по параметру определения

целевых групп было выявлено, что из трех целевых групп, предусмотренных разработанной моделью, действующим стандартом национальных приоритетов охвачена лишь одна; по параметру целей и задач было выявлено неполное совмещение целей рекомендуемого и действующего стандарта приоритетов, из четырех задач, обозначенных в рекомендуемой модели, действующим стандартом выполняются две. Анализ базисных элементов и спецификации документов, представляющих систему национальных приоритетов в сфере психического здоровья, показывает, что государственная стратегия в сфере психического здоровья в Республике Казахстан отсутствует. Стратегический план развития Республики Казахстан до 2010 года, утвержденный Указом Президента РК от 4.12.2001 г. № 735, включающий в себя «Стратегию основных направлений развития здравоохранения в Республике Казахстан до 2010 г.», в качестве основных приоритетов специализированной медицинской помощи обозначает: диабет, онкологию, травматизм, скорую и неотложную медицинскую помощь, кардиологию и сердечно-сосудистую хирургию, ВИЧ/СПИД, наркоманию, туберкулез, формирование здорового образа жизни. В качестве отдельных государственных приоритетов настоящим документом обозначаются охрана материнства, охрана детского населения. Здесь же необходимо отметить, что два последних эксклюзивных приоритета связаны с психологическим здоровьем семьи и опосредованно предполагают профессиональную психологическую помощь и поддержку этому, наиболее важному социальному институту. Возникновение онкологической, патологии, травматизма, кардиопатий, особенно наркоманий и сопутствующего ВИЧ/СПИДа, практически, напрямую связано с низкими уровнями психологического и психического здоровья. Однако в рассматриваемых документах прямые или опосредованные ссылки на приоритетность и важность данной проблемы отсутствуют.

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438, в разделе 5.5 «Совершенствование профилактики, диагностики, лечения и реабилитации социально значимых заболеваний» психические и поведенческие расстройства упоминаются в числе прочих социально значимых заболеваний. В частности, говорится о необходимости пристального внимания государства к данной группе расстройств, а также о необходимости разработки и внедрения комплексных программ лечения и реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами. В плане мероприятий по реализации данной программы (раздел 2 «Реформирование и развитие системы организации медицинской помощи населению»; параграф «Межсекто-

ральный подход к охране здоровья населения»; пункт 46 «Разработка мероприятий по актуальным вопросам охраны здоровья») говорится о необходимости снижения заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами. В то же время прямые указания на приоритетное значение проблемы психического здоровья в данном документе отсутствует.

Разработаны и утверждены следующие Законы Республики Казахстан в общем или специальной порядке, регулирующие деятельность системы здравоохранения в сфере психического здоровья населения: Конституция Республики Казахстан (статья 29 п. 2); Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 г. (статья 20. Оказание медико-санитарной помощи лицам, страдающим психическими заболеваниями и их реабилитация); Закон Республики Казахстан «О системе здравоохранения от 10 июня 2003 г. (статья 20. Медицинская помощь п. 3: Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи; позиция 4) оказание медицинской помощи лицам, страдающим социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; статья 40. Судебно-медицинская, судебно-психиатрическая, судебно-наркологическая экспертизы п.п. 1-4); Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 16 мая 1997 г. (ст.ст. 1-47). Приведенные здесь законодательные акты опосредованно или непосредственно регулируют деятельность системы здравоохранения лишь в отношении оказания специализированной психиатрической помощи населению, оставляя в стороне вопросы оказания психотерапевтической и медико-психологической помощи.

Государственная межведомственная программа в сфере психического здоровья населения отсутствует.

Разработана и утверждена ведомственная (Министерство здравоохранения РК) программа совершенствования системы психиатрической и наркологической помощи в Республике Казахстан на период 2001-2004 г.г., содержащая конкретные предложения и мероприятия по улучшению деятельности данных служб, но оставляющая в стороне вопросы оказания психотерапевтической и медико-психологической помощи.

Таким образом, из четырех нормативных позиций по стандартам национального приоритета в сфере психического здоровья населения две полностью отсутствуют (Государственная стратегия и программа в сфере психического здоровья), а две других (законодательство РК и ведомственные программы) сосредоточены на вопросах оказания психиатрической помощи, оставляя в стороне важнейшие аспекты психологического здоровья населения и вопросы оказания психотерапевтической и медико-психологической помощи населению.

Анализ результатов функционирования действующей системы приоритетов в сфере психического здоровья, проводимый в соответствие с критериями эффективности данного стандарта, показывает следующее.

Общий объем материально-технической и кадровой обеспеченности сектора здравоохранения, оказывающего специализированную психиатрическую помощь, непрерывно снижающийся в период с 1997 по 1999 гг., несколько повысился в последние анализируемые годы (2000-2003) в связи с повышением общего уровня экономического благосостояния в Республике. В то же время доля бюджетного финансирования служб психического здоровья за весь рассматриваемый период времени (1990-2003 г.) оставалась исключительно низкой и не превышала 1,5% совокупного государственного бюджета здравоохранения.

Вопросы психического и психологического здоровья населения в системе государственных приоритетов, рейтинговых публикациях и выступлениях в СМИ, политических программах (за исключением проблемы распространения наркоманий, опосредованно касающейся данной сферы) стабильно находятся на периферии социальной активности; исследованиями казахстанских ученых показана отрицательная динамика показателей психического и психологического здоровья населения, имевшая место в Республике в рассматриваемый период времени.

Основные документы, непосредственно регулирующие деятельность системы здравоохранения в сфере психического здоровья (Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» от 16 мая 1997 г.; Приказ МЗ Казахстана «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения № 2-30/117 от 7.08.1992 г.; Приказ МЗ Казахстана «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики» № 147 от 31.03.1997 г.; Приказ МЗ Казахстана «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» № 269 от 13 мая 1998 г.), разработаны и приняты в период 1992-1998 г.г., то есть, четыре базисных нормативных документа за последние 14 лет, и ни одного за последние 5 лет.

Таким образом, по всем пяти анализируемым позициям отмечается или отсутствие конструктивной динамики или отрицательная динамика, свидетельствующая о низкой функциональной активности действующего стандарта национальных приоритетов в сфере психического здоровья населения.

Углубленный анализ содержания названных документов, представляющих действующий стандарт национальных приоритетов в сфере психического здоровья, лишь подтверждает данную оценку.

По параметру планируемых результатов было

выявлено, что из пяти групп результатов разработанной модели, действующим стандартом не достигается ни одного. По параметру инструментов и критериев оценки действующим стандартом использование основного инструмента – многоуровневого мониторинга – не предусматривается.

При анализе организационного стандарта по параметру определения целевых групп было установлено, что из трех целевых групп, предусмотренных разработанной моделью, действующим стандартом охвачены две; по параметру определения целей и задач установлено существенное расхождение целей рекомендуемой модели и действующего стандарта, из пяти задач, предусмотренных разработанной моделью, действующим стандартом выполняются три.

При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов организационного стандарта в системе психиатрической помощи населению Республики Казахстан было выявлено следующее.

В соответствие с современными требованиями, действующим организационным стандартом в системе психиатрической помощи РК является утвержденный нормативный документ - приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 269 от 13 мая 1998 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи», в котором получают развитие принципы, установленные Законом РК «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», приводятся характеристики, правила, описывается содержание различных аспектов деятельности психиатрической службы.

Анализируемый приказ содержит 6 разделов, из которых первый, в основном, посвящен структурному и технологическому компоненту организационного стандарта (Положения 1.1. - 1.7, 1.13); Правила и инструкции (1.8 - 1.12), а также компоненты кадровой спецификации и штатной обеспеченности (1.13, 1.14). Второй раздел приказа устанавливает систему приоритетов в деятельности служб психического здоровья (позиции 2.1 - 2.4) с акцентом на определенные классы предпочтительных технологий и организационных форм их реализации. Третий раздел приказа устанавливает приоритеты в направлении научных исследований (позиции 3.1. - 3.4.). Раздел 4, 5 и 7 (позиции 4-4.1, 5-5.1, 7) устанавливает принципы координации, должностной ответственности и контроля за реализацией настоящего стандарта организации деятельности системы психиатрической помощи. Раздел 6 отменяет все предыдущие приказы и инструкции, формировавшие предыдущий организационный стандарт в рассматриваемой сфере. Таким образом, в настоящем документе, в основном, проработаны все базисные элементы, формирующие содержание организационного стандарта: структурные, техно-

логические, кадровые и, отчасти, материально-технические (ресурсные). Вместе с тем, при анализе макроструктуры данного организационного стандарта следует учитывать и наличие других компонентов, формирующих профессиональное поле психиатрии. В данной связи, вышеупомянутую структуру организационного стандарта следует считать достаточный лишь в том случае, когда разработаны и утверждены следующие группы профессиональных стандартов: стандарт мониторинга, стандарт услуг, стандарт кадровой спецификации и квалификации, образовательный стандарт, стандарт национальных приоритетов. В нашем случае данное условие выполняется лишь частично (не утверждены стандарты мониторинга, услуг, квалификации), что предполагает необходимость дополнения настоящего приказа соответствующими разделами или приложениями.

Структура психиатрической помощи регламентируется следующими положениями настоящего приказа:

- положение о психиатрической больнице (приложение № 1 приказа);
- положение о психоневрологическом диспансере (приложение № 2 приказа);
- положение о психиатрическом отделении для больных с психосоматическими расстройствами (приложение № 4 приказа);
- положение о дневном стационаре (отделении, палате) для психически больных (приложение № 5 приказа);
- положение о ночном стационаре (отделении, палате) для психически больных (приложение № 6 приказа);
- положение о психиатрической врачебной бригаде скорой медицинской помощи (приложение № 7 приказа);
- положение об общественном консультативно-экспертном совете по психиатрии (приложение № 13 приказа);
- правила устройства и эксплуатации психиатрических организаций (приложение № 7 приказа).

Рекомендуемая структура психиатрической помощи является, в основном, узкоспециализированной, предусматривающей обособленное функционирование системы психиатрической помощи в системе здравоохранения. Интеграция в общесоматическую сеть осуществляется за счет положения о психиатрическом отделении для больных с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией (приложение № 3 п. 1), предусматривающего развертывание таких подразделений в составе крупной многопрофильной больницы. А также за счет положения об отделении для больных с психосоматическими расстройствами (приложение № 4 п.1), где допускается организация подобных подразделений в составе многопрофильной больницы. Кроме того, сельские психиатричес-

кие участки (кабинеты) являются структурными подразделениями многопрофильных районных больниц. Данные структуры имеют двойное подчинение: административное (непосредственно администрации учреждения по месту расположения соответствующего структурного психиатрического подразделения), и организационно-методическое (головное психиатрическое учреждение региона). С учетом современных требований, предусматривающих более тесную интеграцию системы психиатрической помощи с общесоматической сетью, с одной стороны, и социально-гуманитарными организациями немедицинского профиля - с другой, обозначенный в анализируемом документе уровень интеграции системы психиатрической помощи с общемедицинскими структурами, представляется недостаточным. Фактически же, в Республике Казахстан в общесоматическую сеть интегрированы лишь психиатрические кабинеты в сельских районных больницах и незначительное число психиатрических кабинетов в городских многопрофильных поликлиниках.

Дифференцированная микроструктура психиатрических больниц и диспансеров - основных функциональных единиц сложившейся в РК системы психиатрической помощи - обозначается в анализируемом документе следующим образом (приложение № 8 приказа «Правила устройства и эксплуатации психиатрических организаций»):

Основные блоки: приемное отделение; лечебные отделения; лечебно-диагностические отделения; диспансерное отделение; лечебно-производственные (трудовые) мастерские с дневным стационаром; административный блок; вспомогательные отделения и службы; хозяйственные помещения; садово-парковые и спортивные сооружения малых форм, теплицы и парники.

Последние 4 блока имеют непосредственное отношение к услугам второго уровня (административно-хозяйственному обеспечению производства лечебно-диагностических услуг первого уровня) и поэтому в данном разделе более детально не анализируются.

Первые 5 блоков анализируются более детально, поскольку их микроструктура имеет непосредственное отношение к определению базисных технологий системы психиатрической помощи в РК.

В рассматриваемом приказе проводится следующая микроструктура блока лечебных отделений: общепсихиатрические территориальные; психотерапевтическое; психосоматическое; соматопсихиатрическое; соматогериатрическое; наркологическое отделение (для лиц, страдающих алкоголизмом); экспертное отделение (палаты) для лиц, проходящих трудовую или военную экспертизу; судебно-психиатрическое отделение; туберкулезное отделение; детское отделение; подростковое отделение; изолятор для инфекционных больных; нарко-

логическое отделение (палаты) для лиц, страдающих наркоманиями; отделение специализированного типа для принудительного лечения психически больных по определению суда.

Таким образом, предусматривается структурирование лечебной помощи по 4 профилям и следующим уровням дифференциации: возрастная спецификация (детское, подростковое, гериатрическое); нозологическая спецификация (общепсихиатрические, соматопсихиатрическое, психосоматическое, туберкулезное, наркологические); спецификация по функциональному признаку (экспертные, специализированные для принудительного лечения, изолятор, психиатрическое).

В то же время спецификации по реабилитационным задачам (отделения или блоки интенсивной терапии психозов, и реабилитационные отделения) настоящим приказом не предусматривается.

Далее, приводится следующая микроструктура блока лечебно-диагностических отделений: отделение функциональной диагностики; физиотерапевтическое отделение с кабинетом лечебной физкультуры; рентгенологическое отделение; патологоанатомическое отделение с цитологической лабораторией; специализированные кабинеты (стоматологический, хирургический, гинекологический, офтальмологический, отоларингологический); лаборатории (патопсихологическая, электрофизиологическая, биохимическая, клиническая, бактериологическая, серологическая).

Данным перечнем (дополняемым штатным расписанием рассматриваемых психиатрических учреждений, где предусмотрено, в частности, оказание неврологической, терапевтической и других видов помощи) достаточно полно охватывается спектр диагностических потребностей современных психиатрических учреждений. В тоже время следует отметить возможность существенного расширения и приближения к пациенту ассортимента диагностических услуг, не вошедших в данный перечень, в случае, если специализированная психиатрическая помощь оказывается в многопрофильном лечебном учреждении.

Микроструктура диспансерного отделения включает дифференциацию специализированной помощи по возрастному признаку (взрослые, подростковые и детские участки и кабинеты, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь); по нозологическому признаку (психотерапевтический кабинет) и функциональному признаку (кабинет судебно-психиатрической экспертизы). Следует отметить, что пациентам, получающим психиатрическую помощь в амбулаторном режиме, предоставляется возможность использования всего комплекса диагностических услуг, поименованных в предыдущем подразделе.

Предполагается, что общий объем (мощность) названных структурных подразделений зависит от

численности обслуживаемого населения и оговаривается специальными положениями рассматриваемого документа.

Таким образом, при достаточно дифференцированной макро и микроструктуре системы психиатрической помощи, относящейся, в основном, к сектору вторичной профилактики (реализующей лечебно-диагностические услуги), дефицитарным представляется сектор первичной и третичной профилактики. Кроме того, система психиатрической помощи недостаточно интегрирована, с одной стороны, в общесоматическую сеть, с другой - в социально-гуманитарный сектор. Последнее замечание особенно справедливо для секторов первичной и третичной профилактики в системе психиатрической помощи населению.

При анализе нормативно-предписываемых базисных технологий, реализуемых в системе психиатрической помощи было выявлено следующее:

В данном разделе анализируются следующие технологии деятельности психиатрических учреждений: профилактические; диагностические; лечебные; реабилитационные; ресоциализационные (социальные); информационные (профилактика, организация, мониторинг); административно-организационные; образовательные; научно-исследовательские.

В анализируемом приказе отсутствует специальный раздел, или выделенные блоки соответствующих разделов, рассматривающие технологические аспекты деятельности системы психиатрической помощи населению. Отсутствуют также общий технологический стандарт или серия данных стандартов, утверждаемых в отдельных приложениях приказа.

Что касается административно-организационных технологий, то таковыми следует считать собственно текст анализируемого приказа, где более или менее подробно описывается административное устройство системы психиатрической помощи, общий алгоритм и характер взаимодействия ее структурных подразделений (приложения 1.1-1.7). Между тем, в настоящем приказе отсутствует утвержденный перечень должностных обязанностей персонала психиатрических учреждений. Цели, задачи и конечные результаты деятельности конкретных подразделений четко не выделяются.

Необходимость реализации профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и социальных технологий, без какой либо их дифференциации, регламентируется подразделами «Основные задачи и функции» приложений 1-7 приказа. Характерно, что данные положения рассматриваемого приказа, по сути, не являются более полными и структуризованными в сравнении с соответствующими статьями Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Информационные технологии упоминаются в п. 3.3 основного текста приказа, где предписыва-

ется «активизировать проведение клинико-эпидемиологических исследований для получения статистических данных о распространении различных форм психических расстройств». Однако, данное упоминание следует квалифицировать как ссылку, не раскрывающую весь объем задач, проблемное поле в сфере психического здоровья, которое решается с использованием соответствующих информационных технологий. Соответственно, отсутствует описание (стандарт) такого рода технологий, в том числе и стандарт мониторинга психического здоровья населения.

Каких-либо ссылок на образовательные технологии, тем более, описания и утверждения образовательных стандартов для специалистов, действующих в службах психического здоровья, в данном приказе нет.

Научно-исследовательские технологии, без какой-либо дифференциации и систематизации, представлены п.п. 3.1, 3.2, 3.4 основного текста приказа, где, в основном, выставляются задачи, а не уточняются средства и возможности их технологического достижения:

- проведение научных исследований по изучению причин и механизма возникновения психических заболеваний, методов их профилактики и лечения (п. 3.1 приказа);
- расширение и углубление комплексных социально-психологических, клинико-психопатологических и клинико-генетических исследований психических заболеваний (п. 3.2 приказа);
- завершение разработки клинических описаний и диагностических указаний МКБ-10 по разделу «Психические и поведенческие расстройства» для дальнейшего использования в клинических и образовательных целях (п. 3.4 приказа).

При анализе нормативно-предписываемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности в системе психиатрической помощи было выявлено следующее.

В отношении спецификации врачебного персонала, нормативно-предписываемой психиатрическим учреждениям, следует отметить достаточную дифференциацию врачебно-психиатрического звена по возрастному профилю (детский, подростковый, взрослый); административно-методическому профилю (уровень организационно-методического консультативного кабинета (отдела), заведующего отделением (лабораторией), заместителя главного врача); а также по специфике лечебно-диагностических задач (амбулаторные, стационарные звенья, школы интернаты, спецшколы и другие специальные образовательные учреждения, судебно-психиатрическая экспертиза). В тоже время отсутствует достаточно важная спецификация по профилю реабилитационных задач (отделение интенсивной терапии психозов, реабилитационное отделение), задач по проведению военной экспертизы.

Следует, так же, отметить достаточную дифференциацию общесоматического врачебного звена, охватывающего 14 врачебных профилей, включая лабораторный и патологоанатомический. В данном перечне отсутствуют врач-инфекционист и специалист по ЛФК, деятельность которых необходима в психиатрическом стационаре для полноценной диагностики и наблюдения за пациентами с подозрением на инфекцию, полноценной реабилитации пациентов, особенно детского возраста.

Штатные нормативы врачебно-психиатрического звена явно не соответствуют эталонным требованиям высококачественной и дифференцированной психиатрической помощи, исключают возможность использования дифференцированных, психопрофилактических, психотерапевтических и реабилитационных подходов в деятельности врачей-психиатров. Кроме того, низкая штатная обеспеченность отрицательно оказывается на возможности раннего выявления пациентов с различной психотической патологией. Настоящее штатное расписание, предусматривающее лишь по 1 должности врача психиатра, взрослого, подросткового, детского, соответственно на 25 тысяч взрослого, 15 тысяч подросткового и 15 тысяч детского населения; по 1 должности на 30 коек по стационарному отделению для взрослых, на 20 коек по стационарному отделению для подростков и детей (при средней длительности пребывания больного на койке от 20 до 80 дней), сориентировано, в основном, на пассивную выявляемость, стандартное использование медикаментозных средств, низкую терапевтическую динамику и, следовательно, на выполнение функции социальной изоляции больных в стационарных отделениях. В условиях, когда первичная и общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами непрерывно растет, коечная мощность стационарных блоков, за счет резкого повышения эффективности лечения, должна быть существенно сокращена, а возможности эффективной амбулаторной терапии существенно расширены, штатная численность врачей психиатров как стационарного, так и амбулаторного звена подлежит неизбежному пересмотру в сторону увеличения.

Штатные нормативы общесоматического врача звена, так же нельзя считать удовлетворительными в силу двух оснований: объективно отмечаемого роста коморбидной патологии среди психически больных, а также в связи с неизбежным сокращением коечной сети стационарного блока. Таким образом, данные штатные нормативы также должны быть пересмотрены в сторону увеличения.

Все вышеизложенное касается и административно-методического звена, где все должности заведующих отделений, лабораторий, заместителей главных врачей должны быть сориентированы на меньшие объемы штатов рядовых врачей.

Следует отметить, в целом, достаточную дифференциацию среднего медицинского персонала психиатрической службы по основным направлениям деятельности (амбулаторное звено, стационар, лабораторное направление, социальная помощь, административно-методическое направление и статистика, трудовой и лечебно-физкультурный инструктаж). В то же время спецификация среднего персонала стационарного блока, за исключением возрастной, проработана недостаточно. В частности, не выделяются звенья среднего персонала интенсивной терапии психозов и реабилитационных отделений.

Штатные нормативы среднего медицинского персонала, с учетом уже оговоренных тенденций к увеличению общей и первичной заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств, сокращению коечной сети психиатрических учреждений с переносом акцентов на активную выявляемость, амбулаторную и полустанционарную помощь, представляются явно заниженными.

В данной связи, с учетом параллельного изменения штатного расписания врачебных должностей, штатные нормативы для среднего медицинского персонала должны быть пересмотрены в сторону их увеличения.

В отношении спецификации и штатных нормативов педагогического и психологического персонала амбулаторного (диспансерного) и стационарного блоков психиатрической службы, предписанного приказом МЗ РК № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи», следует отметить, во-первых, наиболее серьезный дефицит данного сектора: отсутствует, как минимум, одно существенное звено в кадровой спецификации данного направления обозначенного как «прочий персонал» - специалист в области социальной работы (высшее профильное образование) или социальный работник (среднее профильное образование). Средний медицинский персонал с одноименными функциями (медицинская сестра социальной помощи) не компенсирует данный дефицит. Далее, следует отметить низкую дифференциацию педагогического персонала и отсутствие штатной обеспеченности по данному профилю подростковых стационарных отделений.

В отношении психологического персонала следует отметить достаточную дифференциацию по профилям стационарных отделений (общепсихиатрическое, судебно-психиатрическое, экспертное, детское, подростковое, реабилитационное, психосоматическое, пограничное). Однако, в целом, штаты психологов ориентированы на диагностическую деятельность. Психокоррекционная работа, психологическое консультирование и проведение социально-психологических тренингов при данной нагрузке по диагностической деятельности является проблематичным.

Таким образом, раздел «прочего персонала» необходимо дополнить спецификацией специалистов по социальной работе и социальными работниками, а штатные нормативы педагогического и психологического персонала увеличить.

Анализ приказа МЗ РК № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи» показывает, что сведения, имеющие отношение к данному разделу в части нормативно-предписываемой ресурсной (материально-технической и финансовой) обеспеченности деятельности системы психиатрической помощи показывает, что основное содержание данного сектора частично изложено в разделе 1.8. рассматриваемого документа (правила устройства и эксплуатации психиатрических учреждений). Данные сведения неконкретны, создают лишь общее представление о производственных фондах психиатрических учреждений. В приказе отсутствуют нормативы финансовой обеспеченности деятельности учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Также отсутствует раздел, утверждающий медико-экономические стандарты оказания специализированной помощи. Не прописан стандарт материально-технической обеспеченности каждого звена, особенно диагностических и лечебных подразделений. Между тем, слабая техническая обеспеченность диагностического процесса (отсутствие современной диагностической аппаратуры), дефицит средств, выделяемых на приобретение лекарственных препаратов, отсутствие возможностей современной обработки информации и доступа во всемирную информационную сеть (компьютерное оборудование рабочих мест специалистов с доступом в ИНТЕРНЕТ) – являются слагаемыми низкой эффективности психиатрической помощи.

При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов организационного стандарта в системе психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан установлено, что в соответствие с разработанной концепцией, действующим организационным стандартом в системе психотерапевтической помощи населению РК является утвержденный нормативный документ – приказ МЗ Республики Казахстан № 147 от 31 марта 1997 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан», в котором предписываются структура, штатная обеспеченность и основные аспекты деятельности психотерапевтической службы системы здравоохранения РК.

Анализируемый документ представлен двумя основными разделами. В первом разделе утверждаются основные нормативные положения приказа, касающиеся структуры, технологий, штатной и, отчасти, ресурсной (материально-финансовой) обеспеченности психотерапевтической службы. Стандарт структуры системы психотерапевтичес-

кой помощи в РК представлен следующим положениями: положение о психотерапевтическом кабинете (приложение № 2); положение о психотерапевтическом отделении (приложение № 5); положение о Республиканском психотерапевтическом Центре (приложение № 8); положение о внештатном главном психотерапевте Министерства здравоохранения Республики Казахстан, областного, городского управления (отдела, департамента) здравоохранения (приложение № 7).

Стандарты основных технологий, предписываемых психотерапевтической службе, устанавливаются в следующих положениях приказа: положение о враче-психотерапевте (приложение № 1); положение о психотерапевтическом кабинете (приложение № 2); положение о психотерапевтическом отделении (приложение № 5); положение о Республиканском психотерапевтическом центре (приложение № 8); положение о внештатном главном психотерапевте Министерства здравоохранения Республики Казахстан, областного, городского управления (отдела, департамента) здравоохранения (приложение № 7).

Стандарты кадровой спецификации и штатной обеспеченности системы психотерапевтической помощи представлены в следующих положениях приказа: штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического кабинета (приложение № 3); штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического отделения (приложение № 6); положение о Республиканском психотерапевтическом Центре (приложение № 8).

Стандарты материально-технической и финансовой обеспеченности психотерапевтической службы частично представлены в следующих приложениях: примерный перечень оборудования психотерапевтического кабинета (приложение № 4); штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического кабинета (приложение № 3); штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического отделения (приложение № 6); положение о Республиканском психотерапевтическом Центре (приложение № 8).

Таким образом, в анализируемом приказе, в основном, представлены все компоненты организационного стандарта (структурный, технологический, кадровый, ресурсный). Однако, в полной мере, достаточной данную структуру документа следует считать лишь в совокупности с утверждаемым стандартом услуг, квалификационным и образовательным стандартом, отсутствующими в приказе МЗ РК № 147 «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан».

Анализ второго раздела приказа, предписывающего внедрение утвержденных нормативов в деятельность системы психотерапевтической помо-

щи на региональном и республиканском уровне, ничего не добавляет к данной оценке, поскольку не содержит дополнительных нормативных указаний или упомянутых стандартов. Содержание п.2. приказа, касающееся необходимости введения дополнительных учебных часов в медицинских институтах на старших курсах для углубленного изучения основ психотерапии и медицинской психологии, нельзя считать за четко структурированный.

При анализе нормативно-предписываемой структуры психотерапевтической помощи выявлено, что общая структура психотерапевтической помощи, устанавливаемая соответствующими положениями анализируемого приказа (см. п. 6.2.3.2.1.), представлена: психотерапевтическими кабинетами для обслуживания взрослого и детского населения в городских поликлиниках (в том числе консультативно-диагностической помощи, детских городских поликлиниках, поликлинических отделениях областных, детских областных, городских, детских городских и центральных районных многопрофильных больницах, психоневрологических и наркологических диспансерах (диспансерных отделениях областных и городских центров психического здоровья)); штатами врачей психотерапевтов для оказания психотерапевтической помощи больным стационаров общей лечебной сети, детских психиатрических отделений психоневрологического диспансера и психиатрической больницы (Центра психического здоровья), в гастроэнтерологическом, кардиологическом, пульмонологическом, кожно-венерологическом, детском психиатрическом отделениях; психотерапевтическими отделениями в Республиканских психиатрических больницах (Центрах), областных, городских психиатрических больницах, Центрах психического здоровья, психоневрологических диспансерах или многопрофильных больницах; Республиканским психотерапевтическим Центром, организованным на базе Республиканской психиатрической больницы (Центра).

Таким образом, психотерапевтическая помощь представлена в системе городского здравоохранения Республики Казахстан, на уровне сельского здравоохранения. Система психотерапевтической помощи дифференцирована по амбулаторному и стационарному уровню ее оказания, однако, отсутствует на полустанционарном уровне (дневные стационары). Выделяется детский и взрослый профиль оказания психотерапевтической помощи, подростковый отсутствует. Достаточно отчетливо выделяется нозологическая спецификация рассматриваемой специализации: психиатрическая, наркологическая, общесоматическая (а также, по различным нозологическим профилям: кардиологическому, пульмонологическому и т.д.). Следовательно, система психотерапевтической помощи достаточно интегрирована с основными службами психичес-

кого здоровья с одной стороны (психиатрической, наркологической) и сетью общесоматических учреждений – с другой.

При анализе нормативно-предписываемых, базисных технологий, реализуемых в системе психотерапевтической помощи учитывалось соответствие нормативно-предписываемых технологий стандарту современных требований по следующим позициям: профилактические технологии; диагностические технологии; собственно терапевтические (психотерапевтические) технологии, используемые в лечении, реабилитации, ресоциализации; информационные технологии (организация, мониторинг); образовательные технологии; научно-исследовательские технологии; административно-организационные технологии.

В рассматриваемом приказе технологический блок представлен лишь перечнем терапевтических и организационных задач, которые должны решаться на уровне психотерапевтического кабинета (приложение №№ 1-2 приказа), на уровне отделения (приложение № 5 приказа), на уровне Республиканского Центра и главного внештатного психотерапевта МЗ Казахстана (приложение №№ 7-8 приказа). Таким образом, речь, в основном, идет об организационных и лечебно-диагностических технологиях. Причем последние описаны в далеко не полном ассортименте (стандарт услуг психотерапевтического профиля в секторах первичной, вторичной, третичной профилактики отсутствует).

В отношении технологий первичной профилактики, в анализируемом приказе сказано лишь то, что «врач психотерапевт обеспечивает и несет ответственность за проведение психогигиенических и психопрофилактических мероприятий» (приложение № 1).

Образовательные технологии упомянуты в п.2. приказа в части необходимости введения дополнительных учебных часов на старших курсах медицинских институтов для углубленного изучения основ психотерапии и медицинской психологии (дипломное образование), и необходимости проведения циклов по психотерапии на кафедре института усовершенствования врачей (последипломное образование). В тексте приказа отсутствуют какие-либо ссылки на необходимость использования современных информационных технологий для диагностики уровня психологического здоровья населения, научно-исследовательских технологий, развивающих профессиональную психотерапию.

При анализе нормативно-предписываемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности в системе психотерапевтической помощи выявлено, что приказом МЗ РК № 147 от 31 марта 1997 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан» предусматривается, во-первых, исключительно врачебный психотерапевтический профиль психотерапии (ме-

дицинская модель), во-вторых, недостаточно-дифференциированную спецификацию врачебного звена по возрастному профилю. А также недостаточную обеспеченность штатами врачей психотерапевтов всех звеньев – от амбулаторного до стационарного (в дневных стационарах должностей врачей психотерапевтов вообще не предусмотрено). Согласно современным требованиям по обеспечению населения психотерапевтической помощи, должности врачей психотерапевтов должны вводиться на каждые 5-7 тысяч взрослого, 3-5 тысяч детского и 3-5 тысяч подросткового населения. Штатные нормативы амбулаторного звена должны быть пересмотрены согласно данным требованиям. Должны быть установлены должности врачей психотерапевтов для дневных стационаров в системе психиатрической и наркологической помощи, а также дополнительные должности врачей психотерапевтов сверх общего количества врачебных ставок в детских психиатрических и наркологических, подростковых психиатрических и наркологических, стационарных отделениях; в гастроэнтерологических, кардиологических, пульмонологических, кожно-венерологических стационарных отделений общей лечебной сети. Необходимо снизить нагрузку в психотерапевтическом стационаре.

Основные замечания по разделу среднего медицинского персонала дублируют предыдущий, поскольку ставки средних медицинских работников, в основном, соответствуют врачебным должностям. В частности, должна быть изменена штатная обеспеченность средним медперсоналом как амбулаторного (соответственно врачебным должностям), так и стационарного звена. Должности процедурной медицинской сестры, медсестры-массажиста, инструктора ЛФК также необходимо пересмотреть в связи с необходимостью интенсификации лечебного процесса и необходимостью сокращения стационарного блока.

При анализе нормативно-предписываемой ресурсной (материально-технический и финансовой) обеспеченности психотерапевтической службы МЗ РК выявлено, что в рассматриваемом приказе № 147 данный раздел сводится к перечню оборудования психотерапевтического кабинета, утверждаемому в приложении № 4 приказа, общей характеристики производственного фонда стационарного отделения, оговариваемому в приложении № 5 приказа. В приказе отсутствуют нормативы финансовой обеспеченности деятельности учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь. По тексту приказа можно судить лишь о затратах, связанных с оплатой труда персонала психотерапевтической службы. В анализируемом документе отсутствует раздел, утверждающий медико-экономические стандарты оказания специализированной психотерапевтической помощи. Не прописан стандарт материально-технической обеспеченности ста-

ционарного и полустанционарного звена, Республиканского психотерапевтического Центра.

При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов организационного стандарта психологической помощи в системе здравоохранения РК выявлено следующее.

В соответствие с разработанной концепцией, действующим организационным стандартом психологической помощи в системе здравоохранения является утвержденный нормативный документ – приказ МЗ РК № 321 от 2 июля 1992 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения», в котором предписывается структура, штатная обеспеченность и основные технологии деятельности психологической службы системы здравоохранения РК.

Анализируемый документ представлен тремя основными разделами. В первом разделе является мотивированной частью, и рассматривает актуальность психологической службы. Второй раздел документа представлен директивами по расширению сети психологических кабинетов в специализированных учреждениях и общелечебной сети здравоохранения РК. В третьей части утверждаются основные положения приказа, касающиеся структуры, технологий, штатной и, отчасти, ресурсной (материально-финансовой) обеспеченности психологической службы. Стандарт структуры психологической службы системы здравоохранения РК представлен следующими положениями: положением о медико-психологическом кабинете (приложение № 2); положением о медицинском психологе психиатрического (психоневрологического) стационара и психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) (приложение № 3); положением о медицинском психологе наркологического учреждения (приложение № 4); положением о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5).

Стандарт основных технологий, предписываемых психологической службе, утверждается в следующих положениях: положение о медицинском психологе (приложение № 1); положение о медицинском психологе психиатрического (психоневрологического) стационара и психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) (приложение № 3); положение о медицинском психологе наркологического учреждения (приложение № 4); положение о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5).

Стандарты кадровой спецификации и штатной обеспеченности утверждаются в следующих положениях: положение о медицинском психологе (приложение № 1); положение о медицинском психологе психиатрического (психоневрологического) стационара и психоневрологического диспансера

(диспансерного отделения) (приложение № 3); положение о медицинском психологе наркологического учреждения (приложение № 4); положение о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5); штатные должности медицинских психологов и нормативов обслуживания для оказания медико-психологической помощи в учреждениях здравоохранения (приложение № 7).

Стандарт материально-технической и финансовой обеспеченности психологической службы частично представлен в следующих положениях: положение о медико-психологическом кабинете (приложение № 2); положение о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5); примерный перечень оборудования кабинета медицинского психолога в психиатрических, наркологических и соматических учреждениях (приложение № 6); штатные должности медицинских психологов и нормативов обслуживания для оказания медико-психологической помощи в учреждениях здравоохранения (приложение № 7).

Таким образом, в анализируемом приказе, в основном, представлены все компоненты организационного стандарта (структурный, технологический, кадровый, ресурсный). Однако, достаточной настоящей макроструктуру документа следует считать лишь в совокупности с утвержденным стандартом услуг, квалификационным и образовательным стандартом, отсутствующим в анализируемом документе.

При анализе нормативно-предписываемой структуры психологической помощи выявлено, что общая структура психологической помощи, устанавливаемая соответствующими положениями приказа № 321 (см. п.6.2.3.1.) представлена: медико-психологическими кабинетами (лабораториями) в психиатрических учреждениях; медико-психологическими кабинетами (лабораториями) в наркологических учреждениях; медико-психологическими кабинетами в соматических учреждениях здравоохранения.

Таким образом, медико-психологическая помощь представлена как в специализированных учреждениях здравоохранения, так и в общей лечебной сети. Данный вид помощи предусматривает охват как амбулаторного, так и стационарного звена соответствующих служб.

В анализируемом приказе отсутствует возрастная дифференциация медико-психологической службы, а также дифференциация по специфическим задачам, выполняемым в системе психологической помощи населению.

Кроме того, в данном приказе медико-психологическая помощь не предполагает организации самостоятельных консультативных кабинетов (консультаций) для первичного приема населения с целью ме-

дико-психологического консультирования. Таким образом, профессиональный диапазон специалистов-психологов ограничивается прикладными клиническими проблемами, оставляя вне поля основной деятельности психологические проблемы населения.

При анализе нормативно-предписываемых базисных технологий, реализуемых в системе медико-психологической помощи населению выявлено, что в рассматриваемом приказе технологический блок представлен лишь перечнем диагностических, коррекционных, профилактических и организационных задач, которые должны решаться на уровне медико-психологического кабинета. В тексте приказа не упоминается информационные, научно-исследовательские технологии, являющиеся основным потенциалом развития профессии. Диагностические и коррекционные технологии лишь обозначены (стандарт услуг данного профиля отсутствует). Образовательные технологии упоминаются в п.п.2 и 3 приказа в части поручений по подготовке предложения в Министерство образования Республики Казахстан о подготовке медицинских психологов для использования их в лечебно-профилактических учреждениях, а также в части решения вопроса о проведении циклов по переподготовке и повышению квалификации медицинских психологов. Однако, как уже было сказано, отсутствует утвержденный квалификационный и образовательный стандарты.

При анализе нормативно-предписываемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности медико-психологической службы следует отметить отсутствие в спецификации психологического профиля сектора первичного консультирования населения в связи с имеющимися психологическими проблемами, достаточную дифференциацию по возрастному и нозологическому сектору, представленность психологической службы на амбулаторном, стационарном уровнях, дневном стационаре и ЛТМ. В то же время штатная обеспеченность психологическими кадрами, регламентируемая анализируемым приказом, ориентирована на выполнение диагностической функции и делает проблемным выполнение коррекционной работы с пациентами психиатрического, наркологического и общесоматического профилей. С тем, чтобы эти последние, чрезвычайно важные функции выполнялись, необходимо увеличить штатную численность психологического персонала. А также предусмотреть открытие сети психологических консультаций для населения с психологическими проблемами. Все сказанное касается и среднего медицинского персонала (медицинских сестер социальной помощи и лаборантов медико-психологических кабинетов).

При анализе нормативно-предписываемой ресурсной (материально-технической и финансовой) обеспеченности медико-психологической службы МЗ РК выявлено, что в рассматриваемом приказе

данний раздел сводится к перечню оборудования медико-психологических кабинетов, установленному в приложении № 6 приказа. Отсутствуют нормативы финансовой обеспеченности деятельности медико-психологического кабинета (лабораторий). По тексту приказа можно судить лишь о затратах, связанных с оплатой труда персонала. В анализируемом документе отсутствует раздел, утверждающий медико-экономические стандарты медико-психологической помощи.

По параметру планируемых результатов из трех групп результатов разработанной модели, действующим стандартом в ограниченном объеме достигается один. По параметру инструментов и критериев оценки было выявлено, что действующим организационным стандартом использование основного оценочного инструмента, предписываемого рекомендуемой моделью, не предусмотрено.

Выводы

1. Концепция системно-развивающего стандарта в деятельности служб психического здоровья является адекватной теоретической и практической базой для совершенствования процессов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья Республики

2. Действующая модель мониторинга ситуации в сфере психического здоровья населения в целом, является недостаточно эффективной в отношении процессов охраны и развития социального психического здоровья

3. Стандартный ассортимент и объем услуг, реализуемых в системе психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи в недостаточной степени соответствует социальным потребностям в обеспечении психического здоровья населения РК, с наиболее выраженным дефицитом в секторах первичной и третичной профилактики, профилях психотерапевтической и медико-психологической помощи

4. Действующий квалификационный стандарт (реестр профессиональной спецификации специалистов, занятых в службах психического здоровья, установленные квалификационные требования к данным специалистам) в недостаточной степени отвечает современным требованиям с преимущественным дефицитом по психотерапевтическому, медико-психологическому профилям и профилю социальной работы в секторах первичной и третичной профилактики.

5. По основным индикаторам (структурным и эффективным) стандарт организации деятельности служб психического здоровья – психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической, обнаруживает недостаточную степень соответствия современным требованиям.

6. Анализ структурных и эффективных индикаторов стандарта нормативного обоснования при-

оритетов в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан устанавливает недоста-

точную степень соответствия действующего стандарта современным требованиям.

Литература:

1. 10 октября – Всемирный День психического здоровья. Психическое здоровье и работа // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2000. – С. 68.
2. Брундаланд Г. Х. 7 апреля 2001 года – Всемирный день здоровья: «Психическое здоровье всему миру» // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. – С. 3-5.
3. Гурович И. Я., Кирьянова Е. М., Шмуклер А. Б. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 1999. – С. 85-88.
4. Дедков Е. Д., Незнанов Н. Г., Борцов А. В., Пенюгина Е. Н. Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 155-156.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда, ВОЗ, 2001. – С. 215.
6. Зорин Н. А. Об интерпретации научометрических данных в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 1999. – С. 62-68.
7. Игнатов Ю. Д., Дедков Е. Д., Петрищев Н. Н., Незнанов Н. Г., А.В.Борцов Формирование модели преподавания психолого-психиатрических дисциплин с медицинским ВУЗе // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 157-158.
8. Кабанов М. М. Смена парадигм в современной медицине (от организмоцентрической к эволюционно- популяционной) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 4, 1994. – С. 7-11.
9. Карась С. И., Семин И. Р., Райзман Е. М., Елисеев А. В., Конев А. В. Новые медицинские технологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 2000. – С. 107-109.
10. Нуллер Ю. Л. Новая парадигма в психиатрии: понятие регистров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 1993. – С. 29-38.
11. Нуллер Ю. Л. О парадигме в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 4, 1991. – С. 5-13.
12. Окаша А. К итогам XII съезда Всемирной психиатрической ассоциации (Йокогама, 2002). Стратегия и политика ВПА // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. – С. 179-182.
13. Покровская И. А., Немцов А. В. Применение статистических методов в научной психиатрии. Сообщение 2. Основы выборочного метода // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 1999. – С. 70-73.
14. Роговин М. С., Залевский Г. В. Верифицируемое и интуитивное познание психического // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 8-12.
15. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7.
16. Семин И. Р., Карась С. И., Райзман Е. М., Елисеев А. В., Конев А. В. Когнитология в обучении психиатрии // Российский психиатрический журнал. - № 1, 2002. – С. 16-20.
17. Судаков С. А. Особенности применения числовых статистических методов для нечисловых данных в задачах психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии. - № 2, 2002. - С. 51-53.
18. Циркин С. Ю. Перспективы концептуальной психиатрической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. – С. 100-106.

РЕЗЮМЕ

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

О. Г. Юсопов, Ж. Ш. Аманова, Ж. К. Мусабекова

В настоящей статье освещаются вопросы изучения психологического здоровья, а также подробно описываются его основные компоненты. Также на материалах эпидемиологического исследования описывается, насколько уровень развития психологического здоровья влияет на риски вовлечения в потребление психоактивных веществ, а также на социальную адаптацию среди учащихся.

Ключевые слова: психологическое здоровье, психоактивные вещества, подростки, профилактика.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Л. Л. Мациевская

В статье проводится анализ результатов групповой психотерапии студентов, страдающих пограничными психическими расстройствами, включающий оценку терапевтических факторов группового процесса, катамнестическое психодиагностическое исследование, анкетирование участников группового процесса и его супervизорскую оценку.

Ключевые слова: краткосрочная групповая психотерапия, интегративная модель, терапевтические факторы, экспериментально-психологическое обследование.

АКТУАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТЕКСТЫ И УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОГО ДВИЖЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

А. Л. Катков, В. В. Макаров

В статье Каткова А. Л., Макарова В. В. «Актуальные социальные контексты и условия формирования интегративного движения в психотерапии» подробно анализируются основные социальные контексты, формирующие запрос на формирование интегративной психотерапии. Рассматриваются функции интегративной психотерапии, наиболее востребуемые в современных условиях – терапевтическая, развивающая, социально-стабилизирующая. Обращается внимание на необходимость разработки общей теории психических процессов и терапевтических изменений, адекватно использующей современные научные подходы – постнеклассический, постмодернистский. Приводятся сведения о необходимых реформах в сфере организации профессиональной психотерапевтической деятельности.

Ключевые слова: психотерапия, интегративное движение, научные подходы, организация помощи.

RESUME

INTERRELATION OF A LEVEL OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AND CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

O. G. Yusupov, Z. S. Amanova, Z. K. Musabekova

In present clause the questions of studying of psychological health are taken up, and also its basic components are described in details. Also it is described on materials of epidemiological research, how much the level of development of psychological health influences the risks of involving in consumption of psychoactive substances, and also on social adaptation among pupils.

Keywords: psychological health, psychoactive substances, teenagers, preventive maintenance.

GROUP PSYCHOTHERAPY OF BOUNDARY MENTAL FRUSTRATION OF STUDENTS OF MEDICAL HIGH SCHOOL

L. L. Matsievskaya

In the clause the analysis of results of group psychotherapy of the students, suffering by the boundary mental frustration, including an estimation of therapeutic factors of group process, catamnestic psychodiagnostic research, questioning of participants of group process and its supervisor estimation is spent.

Keywords: short-term group psychotherapy, integrative model, therapeutic factors, experimentally-psychological inspection.

ACTUAL SOCIAL CONTEXTS AND CONDITIONS OF FORMATION OF INTEGRATIVE MOVEMENT IN PSYCHOTHERAPY

A. L. Katkov, V. V. Makarov

In A. L. Katkov's, V. V. Makarov's clause «Methodological bases of integrative psychotherapy» the basic social contexts forming inquiry about formation of integrative psychotherapy are described in details. Functions of integrative psychotherapy, most claimed in modern conditions - therapeutic, developing, socially-stabilizing are considered. Attention is paid to necessity of development of the general theory of mental processes and the therapeutic changes, adequately using modern scientific approaches - postnonclassical, postmodernist. Data on necessary reforms in sphere of the organization of professional psychotherapeutic activity are resulted.

Keywords: psychotherapy, integrative movement, scientific approaches, the organization of the help.