

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XVII**

**№ 3**

**2011**

**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. Жужжанов; 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; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов

## 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); кандидат медицинских наук А.Т. Ескалиева (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); 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: neovitae@pisem.net

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

<i>Бурикова И.С.</i> Формирование человеческого капитала как механизм противодействия социальным эпидемиям	7-13
<i>Волков Е.Н.</i> Инновационные социальные технологии и проблема социальных эпидемий: постепенная социальная инженерия и социальные чертежи (карты)	14-18
<i>Сандомирский М.Е.</i> Социомедийная психотерапия в контексте профилактики социальных эпидемий	18-24
<i>Сидоров П.И., Якушев И.Б.</i> Влияние аномии и перmissивности на рост психических эпидемий	24-28

### ПСИХОТЕРАПИЯ

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

<i>Есеркенова А.М.</i> Особенности психотерапии девиантных детей	29-31
<i>Катков А.Л.</i> Психотерапия, консультирование злоупотребляющих ПАВ на этапах профилактической и первичной наркологической помощи	32-33
<i>Катков А.Л.</i> Эпистемологический анализ психотерапевтической теории	33-34
<i>Катков А.Л., Пак Т.В., Аманова Ж.Ш.</i> Стратегия развития психотерапии в Республике Казахстан	34-39
<i>Петрушин С.В.</i> Использование большой группы как инструмента социальной психотерапии	39-43
<i>Пушкина М.А.</i> Социальная психотерапия в структуре государственной политики	43-45
<i>Титова В.В.</i> Модель первичной психотерапевтической помощи с использованием теле-, радио- и интернеткоммуникации	46

### ПСИХИАТРИЯ

**Том XVII  
№ 3  
2011 год**

<i>Козинская Т.И.</i> Медико-социологические показатели семейных отношений больных эпилепсией	47-49
--	-------

### ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**выходит  
4 раза в год**

<i>Иванова С.А., Гаврилова В.А., Трифонов О.И., Бохан Н.А.</i> Тироксин, трийодтиронин и тиреотропный гормон у лиц, осужденных за убийство	50-51
---	-------

---

---

<i>Саркисян Ш.В.</i> Аддиктивное поведение подростков как психолого-педагогическая проблема	51-54
<i>Сильченко С.В.</i> Лишний вес и пищевая аддикция как психосоматическая проблема	54
<i>Трофимова М.В., Гаврилова В.А., Гусев С.И., Иванова С.А.</i> Особенности агрессивного поведения у осужденных в зависимости от характера совершенного преступления	55-56

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

<i>Богомолова А.С.</i> Роль менеджера в организации профессиональной деятельности психолога	57-59
<i>Гречанинова Е.В.</i> Нарушения пищевого поведения во время беременности и кормления грудью	59
<i>Доценко И.А.</i> Особенности психической адаптации в подростковом возрасте	60-62
<i>Куприянова И.Е.</i> Превентивные аспекты изучения психического здоровья	62-63
<i>Литовченко И.В.</i> Психология и проблемы современного общества	64
<i>Махадиева Б.О., Гафнер И.Г., Кудасбаева З.О.</i> Тенденции национальной идентичности в социологической науке	64-68
<i>Нургазина А.З., Жаксылыков Н.А., Доценко И.А., Жолдасова Ж.А., Тлеубаева Ш.М.</i> Поведенческие реакции в подростковом возрасте	68-70
<i>Щепина Л.</i> Феномен новизны и формирование устойчивого ресурса в процессе снижения веса и модификации фигуры	71

## **ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ**

<i>Джолдыгулов Г.А.</i> К вопросу о комплаенсе в психиатрии (обзор литературы)	72-75
<i>Джолдыгулов Г.А.</i> Современные подходы к диагностике и терапии биполярного расстройства (обзор литературы)	76-80
<i>Сандыбаева Р.К.</i> Исторические дискуссионные вопросы шизофрении (литературный обзор)	80-83
<i>Сахиев С.Е.</i> Казахстан и Россия вместе - против терроризма и за безопасность в Центральной Азии	83-88
<i>Резюме</i>	89-92

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## CONTENT

### SOCIAL EPIDEMICS

#### FOUNDERS:

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

- Burikova I.S.*  
Formation of the human capital as the counteraction  
mechanism to social epidemics 7-13
- Volkov E.N.*  
Innovative social technologies and the problem of social  
epidemics: the piecemeal social engineering and social  
blueprints (maps) 14-18
- Sandomirsky M.E.*  
Socio Media psychotherapy in a context of preventive  
maintenance of social epidemics 18-24
- Sidorov P.I., Yakushev I.B.*  
Influence of an anomy and permissive on growth of  
mental epidemics 24-28

### PSYCHOTHERAPY

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

- Eserkepova A.M.*  
Features of deviant child psychotherapy 29-31
- Katkov A.L.*  
Psychotherapy, consultation abusing psycho active  
substances at stages of the preventive and primary  
narcological help 32-33
- Katkov A.L.*  
The Epistemological analysis of the psychotherapeutic  
theory 33-34
- Katkov A.L., Pak T.V., Amanova Z.S.*  
Strategy of development of psychotherapy in  
Kazakhstan Republic 34-39
- Petrushin S.V.*  
Use of the big group as instrument of social psycho-  
therapy 39-43
- Pushkina M.A.*  
Social psychotherapy in state policy structure 43-45
- Titova V.V.*  
Model of the primary psychotherapeutic help with use  
TV - radio- and Internet communications 46

### PSYCHIATRY

**Volume XVII  
№ 3  
2011**

- Kozinskaya T.I.*  
Medico-sociological indicators of family relations sick  
of an epilepsy 47-49

### BOUNDARY DISORDERS

**Published 4 times  
in a year**

- Ivanova S.A., Gavrilova V.A., Trifonov O.I., Bohan N.A.*  
Thyroxine, triiodothyronine and a thyrotropic hormone  
at the persons condemned for murder 50-51
- 
-

---

<i>Sarkisjan S.V.</i> Addiktive behavior of teenagers as a psychologo- pedagogical problem	51-54
<i>Silchenko S.V.</i> Excess weight and food addiction as a psychosomatic problem	54
<i>Trofimova M.V., Gavrilova V.A., Gusev S.I., Ivanova S.A.</i> Features of aggressive behavior at condemned depending on character of the committed crime	55-56

### **HEALTH PSYCHOLOGY. VALEOLOGY.**

<i>Bogomolova A.S.</i> Role of the manager in the organization of professional work of the psychologist	57-59
<i>Grechaninova E.V.</i> Disturbances of food behavior during pregnancy and feeding by a breast	59
<i>Dotsenko I.A.</i> Features of mental adaptation at teenage age	60-62
<i>Kupriyanova I.E.</i> Preventive aspects of studying of mental health	62-63
<i>Litovchenko I.V.</i> Psychology and problems of a modern society	64
<i>Mahadieva B.O., Gafner I.G., Kudasbaeva Z.O.</i> Tendencies of national identity in a sociological science	64-68
<i>Nurgazina A.Z., Zhaksylykov N.A., Dotsenko I.A., Zholdasova Z.A., Tleubaeva S.M.</i> Behavioural reactions at teenage age	68-70
<i>Shepina L.</i> Phenomenon of novelty and formation of a steady resource in the course of weight reduction and figure updating	71

### **THE INFORMATION AND REVIEWS**

<i>Dzholdygulov G.A.</i> To a question about compliance in psychiatry (the literature review)	72-75
<i>Dzholdygulov G.A.</i> Modern approaches to diagnostics and therapy of bipolar disorder (the literature review)	76-80
<i>Sandybaeva R.K.</i> Historical debatable questions of schizophrenia (the literary review)	80-83
<i>Sahiev S.E.</i> Kazakhstan and Russia together - against terrorism and for safety in the Central Asia	83-88
<i>Summary</i>	89-92

---

---

---

## СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

### ФОРМИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА КАК МЕХАНИЗМ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЯМ

И.С. Бурикова

ст. научный сотрудник лаборатории политического консультирования факультета политологии Санкт-Петербургского государственного университета, канд. психол. наук (г. Санкт-Петербург, РФ)

#### *Вместо предисловия*

Данная статья написана под прямым влиянием книг и статей, идей и бесед, выступлений и лекций доктора психологических наук, профессора А.И. Юрьева, основателя политической психологии в России, руководителя научного коллектива (И.С. Бурикова, М.А. Коновалова, М.А. Пушкина и др.), проводившего исследование психологических качеств человеческого капитала в регионах России.

В статье отмечается, что противодействие социальным эпидемиям необходимо строить на основании усиления человека, а, следовательно, на формировании должных качеств человеческого капитала, отвечающих требованиям современного мира. Социальные эпидемии имеют психологические причины и должны быть решены психологическими методами. Причем методы, которые предлагают использовать авторы теории, – это методы социальные, массовые, охватывающие большинство населения. Ключевым подходом и соответственно механизмом формирования человеческого капитала, способно-

го противостоять социальным эпидемиям, является механизм социальной психотерапии.

С 2006 года на факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета (СПбГУ), а затем на факультете политологии ведется разработка темы «Изучение состояния человеческого капитала в России». Под руководством А.И. Юрьева разработана теоретическая модель изучения человеческого капитала с учетом психологического статуса человека, проведены масштабные исследования, полученные результаты, представленные в ряде монографий и статей, вызвали резонанс и обсуждение в экспертном сообществе<sup>1</sup>.

Актуальность проведения исследования человеческого капитала с учетом психологической составляющей А.И. Юрьев обосновал в своей работе «Аксиомы психологического измерения человеческого капитала»<sup>2</sup>. «Глобальные изменения в мире создают значительные возможности для людей, у которых ранее не было доступа к ресурсам и знаниям,

---

<sup>1</sup> Стратегическая психология глобализации. Психология человеческого капитала. Учебное пособие под научной редакцией доктора психол. наук А.И. Юрьева. С - Пб.: «Logos», 2006.

Юрьев А.И., Коновалова М.А. «Психология постчеловека». В книге «Постчеловек. От неандертальца к киборгу» под ред. Т. Чесноковой. М., 2008. с. 273-308.

Юрьев А.И. Психолого-политические угрозы глобализации // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 6, выпуск 3, 2006. с. 131-142.

Юрьев А.И. Концепция психологии личности как психологии веры. // сб. статей «Философия 21 века», С-Пб. 2006

Юрьев А.И., Бурикова И.С., Коновалова М.А., Пушкина М.А., Человеческий капитал: проект и технология его производства, как направление социальной стратегии России. // Материалы международной научно-практической конференции «Образ России в контексте формирования культуры толерантности внутри страны и за рубежом». 13-15 ноября 2009 года. Москва. МГГУ.

Юрьев А.И., Бурикова И.С., Коновалова М.А., Пушкина М.А., Психологический портрет политика по индикаторам качеств человеческого капитала // Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология, социология, педагогика. 2009, том 1, № 3.

Бурикова И.С. Психология позитивной политики: формирование жизненных сил человека // Международная научная конференция, посвященная 20-летию кафедры политической психологии СПбГУ, С-Пб, 23-24 октября 2009 года.

Пушкина М.А. Methodology of carrying out of mass psychological and political researches in Russia // ISPP Conference, 32th Annual Scientific Meeting at Trinity College, Dublin, Ireland.

Пушкина М.А. Психологические аспекты государственной политики по формированию смысла жить в России // Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы политического восприятия России», М.: МГУ, 17-19 ноября 2009.

Пушкина М.А. Методология проведения массовых психолого-политических исследований в России (на примере психологического измерения человеческого капитала) // Международная научная конференция, посвященная 20-летию кафедры политической психологии СПбГУ, С-Пб, 23-24 октября 2009 года.

<sup>2</sup> Юрьев А.И. Аксиомы психологического измерения человеческого капитала // Вестник СПбГУ. Серия 12, 2009. Выпуск 3. С. 150-155.

---

---

и возможности которых участвовать в социальной жизни были ограничены. Однако имеющиеся эмпирические данные свидетельствуют о том, что во многих случаях возникающие дополнительные возможности не влекут за собой значительные изменения в уровне экономического, социального и культурного развития. В основе данного исследования лежит предположение, что одна из причин неэффективной реализации населением существующих возможностей кроется в психологических характеристиках человеческого капитала.

Современная мировая конкуренция в экономике и в политике определяется качеством человеческих ресурсов, которым располагают страны-конкуренты. Для этого измеряется и сравнивается развитие человека и человеческого потенциала во всех странах мира. Поэтому оценка развития человека, человеческого потенциала к конкуренции и сотрудничеству проводится в международном масштабе и масштабе России (1. Доклад о развитии человека. 2004. Директор Сакико Фукуда Парр, ПРООН, Изд-во «Мир», 2004. 2. Доклад о развитии человека в РФ в 2005 году. Автор. коллектив под рук. Бобылева С.Н., Александровой А.Л., М., 2005 и др.).

Научно-практическая проблема заключается в том, что зачастую человек и человеческий потенциал оцениваются по косвенным, экономическим и социальным признакам экономистами, социологами, демографами. Во всех оценках человека нет прямых психологических измерений его качества, что ставит под сомнение не только опубликованные данные, но даже идею таких оценок. Психологи нигде не участвуют в измерении качества человека, хотя именно они сотни лет разрабатывали для этого инструменты измерения когнитивных процессов, свойств личности, психических состояний и др.»

Новизна данной методике складывается из следующих факторов: «1) Современные методы оценки человеческого капитала широко используют косвенные способы оценки отдельных его составляющих (например, через показатели доступности услуг образования). На подобных оценках, в частности, основывается «индекс человеческого развития», применяемый ПРООН. Но непосредственное измерение тех или иных параметров человеческого капитала, в том числе его психологических характеристик, затрудняется в связи с отсутствием или сложностью получения первичной информации.

2) В практике изучения человеческого капитала недостаточно широко применяются междисциплинарные подходы к изучению развития человека с точки зрения его способности принять глобальные изменения и успешно использовать их для себя и

общества. Знания о человеке фрагментарны, рассыпаны по многочисленным областям знания, что ведет к фрагментарности эмпирических оценок человеческого капитала.

3) В современной психологии дискуссионным остается вопрос о возможности применения системы единых психологических параметров исследования человека из разных этносов, стран, континентов, культур в период глобальных изменений. Это сдерживает развитие сравнительных международных исследований человеческого капитала, которые учитывали бы не только его социально-экономические, но и психологические характеристики.

4) Недостаток первичной информации, характеризующей психологические составляющие человеческого капитала, снижает достоверность и полноту его оценки и ограничивает возможности практического применения результатов такой оценки. Отсутствие подобной информации затрудняет разработку и реализацию государственной политики, основанной на результатах научных исследований, в сфере развития человеческих ресурсов, а также оценку эффективности такой политики»<sup>3</sup>

#### **Человеческий капитал и психологические причины социальных эпидемий**

Понятие «человеческий капитал», как известно, было введено в оборот не психологами, а экономистами. Еще в XVII веке родоначальник английской классической политэкономии У. Петти впервые предпринял попытку оценить денежную стоимость производительных свойств человеческой личности. Он считал, что «весь род людской имеет такую же стоимость, как и земля, будучи по своей природе столь же непреходящим». Экономисты определили человеческий капитал, как сформированный в результате инвестиций и накопленный человеком определенный запас здоровья, знаний, навыков, способностей, мотивации, которые ведут к росту квалификации работника. Но вся экономическая концепция человеческого капитала понималась и измерялась в терминах финансового капитала, не давая представлений о том, какие конкретные качества человека составляют его сущность? В результате мир «накопил» невероятный запас финансового капитала, неадекватного человеческому.

Внимание к человеческому капиталу в России обусловлено его особой проблемой – катастрофическим сокращением работоспособного населения. При наличии огромных природных ресурсов и финансовых резервов страна стоит перед вероятным «человеческим дефолтом» - отсутствием достаточного количества людей современного качества для

---

<sup>3</sup> Юрьев А.И., Бурикова И.С., Коновалова М.А., Пушкина М.А. Методология региональных исследований человеческого капитала: психологический аспект // 2008 г. 3 международный конгресс «Бизнес, Личность в инновационной экономике». Беларусь, Минск.

---

---

их использования. Поэтому в конце 90-х годов XX века А.И.Юрьевым были предприняты попытки теоретически описать психологию человеческого капитала и начать его систематические измерения для модификации политики в области наращивания качеств человеческого капитала. Надо сказать, что идея человеческого капитала в этой интерпретации до сих пор трудно воспринимается, хотя за 10 лет удалось ввести этот термин в государственные планы России.

Создается парадокс: есть новые технические достижения, есть новые современные более прогрессивные и эффективные формы социальной жизни, но население не способно воспользоваться всеми этими благами. И это становится проблемой не конкретного человека, а региона, целой страны. Не секрет, что сейчас можно говорить о некоей форме «человеческого дефолта» в регионах Российской Федерации (РФ). То есть регион не может развиваться, не могут строиться и работать наукоемкие производства и причина этого не в отсутствии материальных ресурсов, а в отсутствии человеческих резервов. В буквальном смысле слова людей нет, а то население, которое есть пока не готово работать в новых условиях глобального мира, когда сокращается время и пространство, а темп жизни увеличивается. Люди не выдерживают новых темпов жизни и вымирают как физически, так и морально, становясь мишенью социальных эпидемий.

Причина такого бедственного положения дел в психологическом состоянии человеческого капитала в России. Будучи психологически ослабленными и имея низкий уровень качеств человеческого капитала, регионы России стали объектом распространения таких социальных эпидемий как наркомания, алкоголизм, идеология экстремизма и терроризма, секты и многие другие «вирусы сознания». Они оказались способны дать ложное, временное, но, тем не менее, ощущение психологического комфорта для психологически ослабленного населения. Не надо самостоятельно ставить цели – их ложные эквиваленты предлагаются извне, есть такие же эквиваленты ценностей и смыслов. Человек представляет собой вакуум качеств человеческого капитала, который впитывает в себя любую попадающуюся под руку информацию, потому что общество, государство, институты социализации, семья и его ближайшее окружение оказываются неспособными выполнять эту роль. Борьба за сознание человека выигрывается сторонниками и распространителями социальных эпидемий.

Простыми механическими действиями изменить ситуацию к лучшему невозможно. То есть нельзя человека научить работать на новом наукоемком предприятии, дать ему больший объем знаний, приучить к новым социальным формам жизни, если психологически он не готов воспринять это. Конкурентоспособность России на мировой арене напрямую зависит от психологического состояния человеческого капитала. В эпоху глобализации на первое место выходит не

умение власти управлять природными ресурсами и территорией, а умение власти формировать и управлять человеческим капиталом. А формирование человеческого капитала возможно только на основе единой концепции требований к качествам человека.

### **Психологическая теория человеческого капитала**

В основе проведенных нами исследований человеческого капитала лежит теоретическая модель оценки человеческого капитала, разработанная на кафедре политической психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета под руководством А.И.Юрьева. Модель использует методические разработки Б.Г. Ананьева и В.А. Ганзена. Согласно теоретическим разработкам, человеческий капитал – это количество и качество людей, пригодных по своим медицинским показателям, психологическим, интеллектуальным, культурным, профессиональным параметрам для конкурентной борьбы. Человеческий капитал обладает четырьмя базовыми способностями.

1. Жизнеспособность – способность человека воспроизводить себя, т.е. способность жить в неких оптимальных условиях и давать потомство. Эта способность соответствует природным свойствам и естественному смыслу жизни индивида – сохранению себя и потомства.

2. Работоспособность – способность человека выполнять определенную работу в необходимом количестве и с необходимым качеством. Работоспособность является свойством человека как субъекта деятельности, характеризует некую меру жизненной энергии человека.

3. Способность к инновациям – способность человека адаптироваться к нововведениям в различных сферах жизни. Это способность изменять свое сознание и поведение вслед за изменением внешних условий. Способность к инновациям – характеристика человека как личности, субъекта общественных отношений.

4. Способность к обучению – способность человека приобретать новые знания, умения, навыки. Способность к обучению – свойство человека как индивидуальности, неповторимой своеобразной сущности. Эта способность связана с целями жизни, т.к. именно цель как осознанный образ превосхищаемого будущего определяет нашу жизнь в настоящем.

В разработке психологии человеческого капитала приняли участие А.И. Юрьев, И.С. Бурикова, М.А. Коновалова, М.А. Пушкина. Теоретические основания психологического исследования человеческого капитала были изложены в книге этих авторов «Стратегическая психология глобализации: Психология человеческого капитала» (СПб: Логос, 2006). А результаты исследований в двух регионах России опубликованы в коллективной монографии «Опыт психологического измерения человеческого капитала» (СПб: АНО ИЦК «Русский запад», 2009).

**Схематическое изображение базовых способностей человеческого капитала  
и примеры их проявления**

<p><b>РАБОТОСПОСОБНОСТЬ</b> <i>Пример проявления способности: повышение профессиональной конкурентоспособности до уровня современных требований и др.</i></p>	<p><b>СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ</b> <i>Пример проявления способности: обучение новым профессиям, самостоятельное получение новых научных и культурных знаний и др.</i></p>
<p><b>ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ</b></p>	
<p><b>ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ</b> <i>Пример проявления способности: сокращение ухода из жизни мужчин в рабочем возрасте и др.</i></p>	<p><b>СПОСОБНОСТЬ К ИННОВАЦИЯМ</b> <i>Пример проявления способности: изменение мировоззрения общества, изменение организации общества, новым формам управления обществом и т.п., соответствующие глобальным изменениям</i></p>

А.И. Юрьев ввел аксиомы психологического исследования больших масс людей<sup>4</sup>:

**«Аксиома первая.** *Психологическое состояние человека может быть измерено с помощью интегрального показателя его развития на основе идеи академика Б.Г. Ананьева о человеке как предмете исследования и концепции, профессора В.А. Ганзена о целостном описании психики человека.*

**Аксиома вторая.** *Население города или региона, большие массы людей могут быть психологически охарактеризованы в тех же терминах, что отдельно взятый человек, как носитель психических процессов, свойств и состояний.*

**Аксиома третья.** *Сходство отдельных людей и населения различных регионов и городов является предметом психологического измерения так же, как исследование их психологических различий. Общим знаменателем психологического сходства людей и массовых явлений являются глобальные изменения в мире, порождающие унификацию требований к человеку со стороны технических устройств, процедур установления связи, атрибутов экономики, правил передвижения по миру и т.д.*

**Аксиома четвертая.** *Использовать понятие «человеческий капитал» для измерения интегрального психологического показателя развития населения регионов и городов, чтобы сделать его измеримым и совместимым с ключевым показателем развития общества - финансовым капиталом.*

**Аксиома пятая.** *Можно применять для измерения интегрального психологического показателя состояния населения регионов и городов психологические методы и методики измерений, разработанные для изучения частных показателей психического состояния, свойств и процессов».*

В 2006 году было проведено социально-психологическое исследование – «аудит человеческого капитала». Весной 2007 г. было проведено второе исследование в одном из регионов РФ совместно с Центром стратегических разработок. Каждую способность человеческого капитала (жизнеспособность, работоспособность, способность к инновациям, способность к обучению) можно измерить с помощью набора существующих валидных психологических и психофизиологических методик. Результаты исследования опубликованы в работе «Опыт психологического измерения человеческого капитала» (2009)<sup>5</sup>.

Исходя из теоретических подходов к оценке человеческого капитала и методологических обоснований, проведения психологических исследований больших масс людей, были отобраны индикаторы оценки человеческого капитала по четырем базовым способностям. В качестве первичных показателей рассматривались показатели, соответствующие психологической структуре человеческого капитала, которые могут быть измерены стандартизированными методиками в ходе психологической части исследования.

Таким образом, для общей оценки развития человеческого капитала был разработан интегральный показатель человеческого капитала, объединяющий четыре вторичных индекса (жизнеспособности, работоспособности, способности к инновациям, способности к обучению), которые в свою очередь интегрируют от 6 до 14 первичных показателей.

Приведем некоторые психологические особенности человеческого капитала, полученные в ходе исследования:

<sup>4</sup> Юрьев А.И. Аксиомы психологического измерения человеческого капитала // Вестник СПбГУ. Серия. 12. 2009. Выпуск 3. С. 150-155.

<sup>5</sup> Опыт психологического измерения человеческого капитала.// Коллективная монография. Под научным руководством проф. А.И.Юрьева, СПб: АНО ИЦК «Русский запад», 2009.

- 
- 
- а) слабые стороны, которые негативно влияют на качество человеческого капитала:
- низкий уровень активации центральной нервной системы (ЦНС). Если говорить о человеке, то низкий уровень активации ЦНС – это свидетельство о сниженном функциональном состоянии человека, сниженной готовности к действиям. Другими словами, население имеет признаки переутомления. Еще одно подтверждение - ориентация на быстрое действие выполнения любых тестовых заданий в ущерб качеству выполнения. Нестабильность и хаотичность реакций;
  - вызывает беспокойство неадекватно завышенная самооценка физического состояния, активности и настроения. Элементы эйфории. Последствия неадекватного восприятия своего состояния – недооценка угроз, связанных с физическим состоянием организма, несоблюдение правил безопасности жизнедеятельности, режима труда и отдыха, питания и т.п.;
  - потенциальные и реальные проблемы, связанные с физическим состоянием организма, в частности с сердечнососудистыми заболеваниями;
  - сниженный уровень психического здоровья и присутствие суицидальных тенденций.

Причем исследование показало, что население не находится в ситуации ярко переживаемого кризиса или психологического аффекта. То есть объективно, кризиса нет. Низкий уровень психического здоровья - это пролонгированное состояние. Впечатление, что население находится в ситуации непрекращающегося психологического стресса, переходящего в дистресс.

- удовлетворительный уровень социально-психологической адаптации, то есть психологически население с трудом адаптируется к современным условиям изменений в мире и в стране. Средний и высокий уровень личностной тревожности.
- б) Сильные стороны, отталкиваясь от которых, можно восстановить жизнеспособность, работоспособность, способность к обучению человеческого капитала:
- высокий уровень жизненных и нравственных ценностей. Высокий уровень религиозности жителей. Низкий уровень асоциальных тенденций и делинквентного поведения (стоит напомнить, что это общие характеристики населения; в общем показателе нет дробления на подгруппы по возрасту, полу, социальному положению). Фактически население демонстрирует свой изначально позитивный настрой, хорошую основу для развития. С таким нравственным населением при нали-

чий политической воли и четко сформулированных целей можно строить сильное современное государство;

- высокий уровень силы процессов возбуждения. Можно считать, что у населения потенциально есть достаточно высокая выносливость. При наличии поставленных целей - высокая целеустремленность.

#### **Направления и способы формирования человеческого капитала**

Настоящее исследование выполнялось в связи с крайней потребностью в информации о психологическом состоянии населения России на примере одного-двух регионов. Эти данные позволяют произвести оценку, схожую с аудитом, человеческого капитала страны для обоснования ее политических, экономических, социальных планов. На основе этих сведений можно судить о причинах успехов и неудач отечественной экономики, становления гражданского общества, причинах подверженности населения социальным эпидемиям, понять, по каким направлениям в первую очередь происходит снижение психологических параметров качества человеческого капитала.

Такая информация необходима для модернизации всей системы формирования и накопления человеческого капитала в системах воспитания, образования, культуры, медицины. Также она нужна самой психологической науке, которая отдала первенство в оценке человека и человеческого потенциала сопредельным наукам - социологии и экономике. Эти данные позволяют прямо оценивать психологическое состояние человека и общества через уровни развития когнитивных процессов, показатели психического состояния и структуру психологических свойств, а не использовать оценку их состояния через вторичные показатели потребления, получаемые экономикой и социологией.

Пока же политика и экономика пользуются сведениями об уровне развития современного человека по результатам работы ПРООН, которая сосредоточила внимание на анализе «диапазона возможностей человека», создающих условия для адаптации к глобальным изменениям в мире. Наиболее значимыми среди них выступают:

- 1) долгая и здоровая жизнь;
- 2) обладание знаниями;
- 3) доступ к ресурсам, необходимым для достойной жизни;
- 4) участие в жизни сообщества.

Результатом этих исследований является разработка индексов развития человеческого потенциала (ИРЧП), измеренного почти в двухстах странах мира. Эти измерения объясняют причины задержки восприятия многими странами изменений в мире и

---

---

---

---

дают рекомендации для сокращения их отставания от этого процесса. Предполагается, что если необходимые условия будут созданы, а возможности предоставлены, то более высокий ИРЧП обеспечит решение очень острых экономических, демографических, экологических и социальных проблем.

Но, во-первых, ИРЧП не располагает сведениями о психологических параметрах современного человека, которые определяют эффективность его адаптации к глобальным изменениям. Они неизвестны. Все действующие инновации в области политики, социальной жизни, экономики, труда ориентированы на данные о человеке, полученные в середине XX века. За последние 15-25 лет человек во всем мире радикальным образом изменился, и на проверенные социально-экономические стимулы он дает совершенно неожиданные поведенческие реакции. Из-за этого несоответствия стимулов и реакций очень существенно снижается эффективность многих финансовых и социальных акций и кампаний. Для обоснованных выводов и формирования планов развития экономики и общества требуется системное психологическое описание состояния и возможностей современного человека.

Во-вторых, требуется прогноз психологических параметров «инновационного человека», адекватного уже состоявшимся и грядущим глобальным изменениям. Вся система образования, воспитания, профессионализации, стимулирования трудовой деятельности и социальной активности должна готовить человека не к тому, что «сейчас и здесь», а к будущему, которое уже стало настоящим. Сегодня ясно, что темп научно-технических и социальных изменений много выше, чем темп модификации состояния и поведения масс людей. Сокращение численности населения в наиболее развитых странах мира – тревожный симптом. Отсутствие данных о психологическом состоянии людей, наиболее активно участвующих в глобальных изменениях политики, экономики, уже застало врасплох мировую систему образования, воспитания, культуры, науки. Человек становится жертвой распространяющихся социальных эпидемий, так как ему нечего им противопоставить. Требуется системное психологическое описание нового инновационного человека для его целенаправленного формирования.

В-третьих, отсутствуют интегральные показатели психологического развития человека с точки зрения его способности принять глобальные изменения и успешно использовать их для себя и общества. Знания о человеке фрагментарны, рассыпаны по многочисленным областям знания и нет интегрального показателя живучести человека в условиях глобальных изменений, небывалых по скорости, интенсивности и масштабу. При наличии высоких

показателей ИРЧП эффективное использование ресурсов, доступного обучения и др. требует соответствующего интегрального показателя качества человеческого капитала (ИПКЧК), который формируется уровнем развития памяти, внимания, мышления, восприятия, структуры личности, психического состояния человека. Возможности (ИРЧП) должны быть использованы для развития ИПКЧК, которые и определяют реальную адаптацию человека к современной социальной и техносферной среде глобализованного мира.

В-четвертых, современная наука пока отказывается от применения системы единых психологических параметров исследования человека из разных этносов, стран, континентов, культур в период глобальных изменений. Принято считать, что методики должны быть адаптированы для каждой конкретной выборки исследуемых людей. Но в рамках исследований человеческого потенциала нас интересует сравнение людей в успешных странах и странах - аутсайдерах и измерять их психологию надо одним инструментом.

Получается, что масса фундаментальных исследований выполнена с точки зрения адаптации изменений к этническим особенностям народов, в то время как, напротив, именно этнические и иные особенности должны адаптироваться к единым требованиям глобального мира, чтобы те или иные сообщества могли успешно развиваться. В глобальном мире уже действует единая информационная система, которую приняли все народы и страны, единая финансовая система, единая транспортная система, единая система мер и весов и т.д., которыми пользуются абсолютно все люди на планете. И применять для исследования человека и человеческого капитала необходимо единые параметры психологического развития безо всяких скидок на национальные или культурные различия.

Обобщая полученные результаты по одному из регионов можно отметить, что интегральный показатель качества человеческого капитала в регионе, равный 0,47, недостаточен для современных условий модернизирующейся России. Формируют этот, откровенно низкий для условий глобализации, индекс резкое снижение работоспособности населения (0,38), способности к обучению (0,42) и жизнеспособности в целом (0,49). Единственным положительным параметром человеческого капитала региона является способность к инновациям (0,6). Очевидно, что для выполнения даже скромных планов социально-экономического развития региона нет достаточного человеческого капитала. Для воссоздания человеческого капитала области требуется основательная коррекция всей стратегии социальной политики, лозунгом которой может являться идея «Сначала люди – потом экономика».

---

---

Оценки социально-экономических характеристик, связанных с основными показателями человеческого капитала, еще сырые. Однако уже сейчас понятно, что формирование человеческого капитала – это задача государственной социальной политики. Показатель человеческого капитала является отражением интегрального состояния государства, его способности влиять на становление:

- смысла жизни у населения, что позволит бороться с проблемами демографии и депопуляции страны. Сегодня насаждаемым извне смыслом жизни является гедонизм и безудержное потребление;
- жизненной позиции граждан, что даст возможность повысить производительность труда и найти себя в так называемом глобальном рынке труда;
- ценностей общества, что определит успешность адаптации ко всему новому, к другим людям, обществам, народам, к другим технологическим достижениям, инновациям, даст представление о добре и зле, которые были утрачены за последние годы. Человеку нужны ориентиры;
- индивидуальных целей каждого человека, что приведет к созданию эффективной системы управления – управления целеустремленным населением, способным ставить перед собой цели и достигать их. На сегодня у большинства наших граждан целей просто нет. Нет информации об окружающем мире или эта информация является обманчивой и потому неприемлемой. Невозможно совершить целеполагание.

Выработка рекомендаций для коррекции стратегии социальной и экономической стратегии региона потребует времени, более углубленного анализа огромного массива данных «психофизиологического и психологического аудита» человеческого капитала. Но уже сейчас установлено несоответствие между реальными возможностями населения региона и требованиями глобальной экономики и политики. Вбрасываемый в регион финансовый капитал существенно превосходит ассимилирующий его человеческий капитал, который оказывается не в состоянии его «переварить».

Очевидным решением обнаруженной проблемы является разработка целенаправленной социальной стратегии формирования и накопления человеческого капитала региона через все системы

образования, воспитания, психофизиологического развития населения области. Фактически требуется согласование действий системы образования, здравоохранения, средств массовой информации, органов управления на основе единой концепции повышения жизнеспособности, работоспособности, способности к инновациям и способности к обучению всего населения региона. Ясно, что для этого потребуются усилия и работа не меньшие, чем были предприняты страной для преодоления дефицита финансового капитала страны после дефолта. Сегодня можно с некоторой долей уверенности говорить о возможности «человеческого дефолта» региона, если не будут предприняты психокоррекционные меры психологической стабилизации его населения. В качестве таких мер, мы предлагаем обратиться к политической воле и к методам социальной психотерапии, которая широко применяется в международной практике, но которая порой вызывает непонимание отечественных специалистов.

Распространение суждений о том, что первоочередным во всем становятся «права человека», который должен сам осуществлять свой выбор смыслов, целей и ценностей без подсказок извне, как минимум, наивны. Мы знаем, что ежедневно и постоянно являемся объектом какого-либо информационного воздействия. Хаосом информации, обрушивающейся на человека в глобальном мире, нужно учиться управлять. Пока человек не владеет способностью самостоятельно выстраивать информационные потоки и ориентироваться в информационном хаосе, ему нужно помогать находить «точки отсчета». Без государственной поддержки, населением начинают управлять интересы частных групп, никого не спрашивающих о правах человека, а просто формирующих население, ослабленное перед лицом социальных эпидемий.

Россия на пороге мер, сходных с теми, которые были предприняты в США после «Великой депрессии», в Германии – после поражения в Первой мировой войне, в послереволюционной России – после гражданской войны (1918-1921 гг.) и разрухи. Но формирование человеческого капитала времен глобализации возможно только на основе единой концепции требований к качествам человека, подчинении этой концепции усилий всех ответственных сторон, массовой психологической и психофизиологической коррекции населения для условий глобализации и противодействия социальным эпидемиям.

---

---

## ИННОВАЦИОННЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ: ПОСТЕПЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ИНЖЕНЕРИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ЧЕРТЕЖИ (КАРТЫ)

Е.Н. Волков

канд. философ. наук, доцент, Нижегородский филиал Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», г. Нижний Новгород, Россия

Социальные эпидемии, как я определяю для себя, - это массовое распространение и функционирование патологических, тупиковых и регрессивных когнитивно-поведенческих комплексов (комплексов верований и моделей поведения). Базальный источник таких явлений - фундаментально господствующая иррациональность и предрасположенность к заблуждениям всех членов общества. У человека как биологического вида есть способность к овладению и использованию научного (критического) мышления и рационального поведения, но у абсолютного большинства она не реализуется обыденно-стихийным образом и требует огромных культурных и организационных усилий для обучения и поддержания. Американский классик когнитивной психотерапии Альберт Эллис в своё время написал статью о биологических основах человеческой иррациональности, в которую включил список почти двухсот пятидесяти (250!) наиболее значимых иррациональных верований, широко распространённых в современной культуре самых развитых обществ<sup>1</sup>.

Большинство из тех явлений, что сейчас называют социальными эпидемиями, наблюдаются, с различными модификациями, уже тысячелетиями, но воспринимаются и оцениваются современным обществом с точки зрения идеологий и норм, завоевавших господство в последние полтора-два века. Наблюдается также существенный разрыв между научно-экспертными оценками и рекомендациями и оценками и стратегиями государственных и части общественных организаций в отношении ряда явлений, которые можно отнести к социальным эпиде-

миям. Существует, таким образом, серьёзная проблема выстраивания диалога между экспертами, государством и обществом, при том, что средства массовой коммуникации вносят в основном негативный вклад в этом направлении, а другие институты общественного дискурса либо неразвиты, либо охватывают весьма ограниченные группы. При всей сложности этого конгломерата трудностей хочется верить, что нить Ариадны существует и для данного случая.

В поле моего внимания длительное время (почти 20 лет) находится такая разновидность социальных эпидемий, как деструктивные культы<sup>2</sup>. Исследования этого феномена с различных сторон и с разных точек зрения - и как предмета гуманитарных (социологических и социально-психологических) изысканий<sup>3</sup>, и как проблемы в запросах о консультировании<sup>4</sup>, и как объекта судебной экспертизы<sup>5</sup>, - позволили мне сформулировать ряд гипотез об источниках<sup>6</sup> данной социальной эпидемии и о путях её профилактики и минимизации<sup>7</sup>.

Ещё в начале своих исследований я высказывал предположение: «Проблема деструктивных культов заключается не только и не столько в них самих, сколько в тех глобальных социально-психологических процессах, индикаторами которых они являются, хотя и в социопатологической форме. Наиболее разумно и продуктивно рассматривать деструктивные культы как патологический источник информации о том, что происходит с основным обществом. Культи и секты - это дериваты (отклонения), сигнализирующие о процессах и чертах, присущих всем индивидам и социальным образованиям. В них

---

<sup>1</sup> См.: Ellis A. The Biological Basis of Human Irrationality. The Albert Ellis reader: a guide to well-being using rational emotive behavior therapy / edited by Albert Ellis and Shawn Blau. A Citadel Press Book. Secaucus, N.J. 1998, pp. 271-292.

<sup>2</sup> См.: The Phenomenon of Cults from a Scientific Perspective. Crakow, Dom Wydawniczy Rafael, 2007.

<sup>3</sup> Волков Е. Н. Психологическое (групповое и манипулятивное) насилие в сфере религиозных отношений: признаки, критерии и конкретные проявления с точки зрения социального психолога // Социально опасные религиозные объединения, организационно-правовые и морально-психологические меры нейтрализации их деятельности: Материалы научно-практической конференции. — Н. Новгород: Нижегородская Академия МВД России, 2005. — С. 101-122.

<sup>4</sup> Волков Е. Н. Консультирование по случаям интенсивной манипуляции и социальной зависимости: специфика, подходы и техники // Здоров'я України — XXI сторіччя, № 23/1, декабрь 2008. — С. 66-67.

<sup>5</sup> Волков Е. Н. Экспертные инструменты определения степени социальной патологии культовых групп (на примере экспертизы церкви саентологии) // Феноменология и профилактика девиантного поведения: материалы II Всероссийской научно-практической конференции, 27-28 октября 2008 г. — В 2-х тт.: Т. 1. — Краснодар: «АСВ-полиграфия», 2008. — С. 70-77.

<sup>6</sup> Волков Е. Н. Культовая травма — травма чего? Зависимость от реальности как социальная зависимость, или Реабилитация критической рациональности. Предисловие и статья научного редактора // Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости. — СПб.: Речь, 2008. — С. 11-43.

<sup>7</sup> Волков Е. Н. Здоровое мышление как средство профилактики и терапии патологического мышления в деструктивных культах // Медиевистика и социальная работа. — Н. Новгород: ННГУ, 2004. — С. 175-194.

---

---

нужно тщательно вглядываться в поисках себя и в поисках тех опасных тенденций, которые они выражают с максимальной силой и четкостью. Это, в свою очередь, приводит к необходимости глубокой инвентаризации всего социального инструментария и переналадки его в соответствии с настоящим положением дел»<sup>8</sup>. Под этими словами я и сейчас, 11 лет спустя, готов снова и снова подписаться.

Необходимость инвентаризации и переналадки социального инструментария может объективно существовать, но от объективной потребности до субъективного осознания и признания может пролегать долгая и сложная дорога, - если есть в запасе время и есть субъективное желание докопаться до реального положения дел и до выхода из него. Одна из самых больших сложностей на этом пути - достижение ясного понимания того обстоятельства, что для решения многих конкретных проблем не существует «прямых» избирательных рецептов.

Указанная сложность связана, прежде всего, с вроде бы очевидным фактом взаимосвязанности различных процессов, структур и элементов и в природных, и в социальных образованиях. Уже лет семьдесят это свойство объектов и процессов реальности называют «системностью»<sup>9</sup> и столько же лет склоняют почти на каждом шагу, но в социальной политике оно учитывается до сих пор скорее терминологически, чем практически.

Дело в том, что прикладное использование концептов высокого уровня обобщения полностью определяется наличием или отсутствием транслирующих и операционализирующих концептов и инструментов более низких уровней, вплоть до наличия таких прозаических ресурсов, как, например, печатный станок и бумага. Можно принципиально додуматься до паровой машины в условиях Древней Греции (пусть даже этот факт - исторический миф), но сделать её работоспособное воплощение без множества соответствующих металлургических и механических технологий, вплоть до правильной формы заклёпок, - нереально.

Но и технологии, будучи в полном наличии и высокого качества, сами по себе ничего не делают, - нужны люди, умеющие эти технологии применять и развивать. А это уже вопрос технологий и содержания образования. Пример, который бросается мне в глаза каждый учебный год: абсолютное большинство студентов не умеют пользоваться даже базовыми функциями текстового процессора «Word» и его аналогов, хотя фактически уже вырастают с ним с детского сада. Технология есть, а эффективных пользователей - мизерное количество.

Проблема с прикладной реализацией системного подхода состоит также в том, что объекты деятельности человека сложны и разнородны, а сам деятель может в каждый момент времени действовать только линейно и однонаправленно на какую-то часть или аспект объекта. Это означает, что необходимо находить наиболее оптимальную точку приложения сил и одновременно учитывать, из какой точки и куда двигает сам себя и свою деятельность конкретный деятель (деятели). Многие тонкости работы «одномерного» человека со сложными социальными объектами - другими индивидами или группами людей - были подмечены уже классиком социальной психологии Куртом Левином в его теории поля и более подробно исследованы современными учёными<sup>10</sup>.

Всё вышеизложенное, во многом почти что очевидное и общеизвестное для специалистов, приходится прописывать снова и снова, чтобы как можно надёжнее нащупать те стартовые позиции, с которых реально осуществимо твёрдое поступательное движение в решении назревших и перезревших проблем. Нередко загвоздка не в отсутствии новых идей, а в непременном устоявшихся представлений и привычек, в отсутствии нового взгляда на старое, в неготовности комбинировать и извлекать полезный опыт из других сфер деятельности.

В истории цивилизации мы видим разительное расхождение, - по методам, креативности и продуктивности, - двух основных направлений созидательной активности людей, начавшее отчётливо обозначаться несколько веков назад. Первое направление, достигшее к настоящему времени фантастических успехов, - это научная техническая инженерия, которая мощными темпами генерирует всё новые и новые инструменты комфорта, коммуникации, материального обустройства и медико-биологического обеспечения.

Второе направление - это совершенствование социума, индивидуальное развитие людей, экономическое, политическое, организационное и социогуманитарное развитие отдельных человеческих сообществ (государств, наций) и всего человечества в целом. В этом направлении тоже произошли громадные изменения, но многие из них носили и носят весьма неоднозначный, в том числе и регрессивный, характер; достигнуты они в значительной степени стихийно и случайно, чрезвычайно мало управляемы и прогнозируемы. Различные социальные изобретения (например, демократические выборы с всеобщим участием, разделение властей

---

<sup>8</sup> Волков Е. Н. Экология третьего тысячелетия. — Журнал практического психолога, № 1-2, 2000. — С. 4.

<sup>9</sup> Системный подход - Википедия. Документ Интернета, дата доступа 2011.08.26: [http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%BD%D1%8B%D0%B9\\_%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%85%D0%BE%D0%B4](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%85%D0%BE%D0%B4)

<sup>10</sup> См.: Росс. Л., Нисбетт Р. Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии. - М.: Аспект Пресс, 1999. — С. 50-55.

---

---

и т. п.) усваиваются и используются на порядки труднее и хуже, чем изобретения технические, не говоря уже о продвижении и использовании наиболее разумных моделей мировоззрения и образа жизни, которые, по существу, являются такими же продуктами человеческой изобретательности, как атомные электростанции или компьютеры.

Можно ли из опыта первого направления извлечь что-то такое, что позволило хотя бы несколько повысить эффективность новаторства и управляемость процессами на втором направлении?

Я ни в коем случае не претендую на поиск и изобретение панацей - их нет и не может быть. Но какие есть реальные пути для осуществления целенаправленных сдвигов в социальной сфере от худшего положения к более приемлемому? Техническая инженерия как раз и демонстрирует их во всей мощи - методы постепенного, пошагового приближения чисто теоретических моделей к практическому воплощению «на местности» и методы такого же пошагового «вычёрпывания» из прототипов и «стендовых образцов» допущенных ошибок на пути к «серийному промышленному» изделию. Никаких панацей и утопий - всего лишь нудная реалистически и рационально организованная работа на последовательных научных принципах.

Идея переноса указанного опыта в социальную область в виде постепенной социальной инженерии (piecemeal engineering) была довольно подробно изложена уже более 60 лет назад Карлом Поппером<sup>11</sup>. Накапливается, развивается и осмысливается наукой опыт социоинженерных проектов самого разного масштаба<sup>12</sup>, правда, не в странах СНГ, а в Северной Америке (США и Канада) и Западной Европе. На территории же бывшего СССР, как всегда, чего-то не хватает, чтобы целенаправленно и быстро перенимать наиболее перспективные идеи и наиболее ценный опыт, а не идти по колеям модных ошибок.

Уточню здесь ещё подробнее задачу, которую хочу решить в этой статье. Да, есть такие проблемы в обществе, которые можно обозначить термином «социальные эпидемии». Да, хочется как можно быстрее и радикальнее их решить - сразу и сейчас. Да, хочется получить целевые рецепты, касающиеся исключительно прямого устранения этих эпидемий. Но...

Предположим, вам надо или очень хочется добраться в какой-то географический пункт. Но туда не построены дороги. Дороги не построены, потому что нет нужной техники и кадров для их прокладки. Техники нет, потому что наука и инженерия их ещё не разработали, а кадров нет, потому что система образования ещё не умеет их готовить. Цепочку

причин и следствий, метафор и аналогий можно разворачивать и дальше, но мне кажется, что я кое-что прояснил. Вы можете заявить, что готовы пойти туда в одиночку и пешком, - флаг вам в руки, но проблема состоит в том, чтобы туда массово, с гарантией и безопасно доставлялись большие группы людей разного уровня физической подготовки.

И вы, и многие другие люди горят желанием попасть в эту точку земной поверхности, а в ответ скучные люди говорят: «Давайте подумаем, как сначала всю науку и инженерию поднять на нужный уровень, а заодно так изменить образование, чтобы оно вовремя и в нужном количестве поставляло нужных специалистов с наилучшими качествами и умениями. А ещё лучше изменить образование и профессиональную деятельность таким образом, чтобы граждане в целом и специалисты особенно хорошо понимали и умели и в дальнейшем вовремя осуществлять инновации в любой сфере, чтобы всегда поспевать в решении любых проблем наилучшим образом. Постройку же дороги в желанный вами пункт будем осуществлять ровно в такой степени, в какой это будет позволять продвижение в создании надёжного фундамента и системы технического обеспечения, как дорожной отрасли, так и всей научной, инженерной и образовательной деятельности».

Для полноты картины только что приведённый монолог должен быть дополнен рассуждениями о необходимости создания материальной базы и технологий по предварительной разведке сведений о том, что желанный пункт реально существует и обладает хотя бы половиной тех достоинств, за которыми туда хотят отправиться.

Проблема дальних подступов к совладанию с социальными эпидемиями несколько не упрощается, если обнаружится существование некоторого множества готовых или полуготовых технологий с наборами инструментов, поскольку выбор наилучших из них опять же предполагает выбор и/или разработку технологии выбора.

А теперь - самое интересное. Когда в наши дни речь идёт о постройке автомобильных или железных дорог, мостов, о разработке и производстве новой модели смартфона, о запуске спутников и т. п., то любой образованный человек легко представляет себе по многочисленным информационным и научно-популярным телепередачам практически все этапы этих процессов и их технологии - от идеи и чертежей проекта до испытаний и особенностей серийного производства. Но есть ли в сознании современного обывателя такие же подробные, яркие и чёткие картинки о разработке и технологиях производства решений для социальных проблем?

---

<sup>11</sup> См.: Поппер К. Открытое общество и его враги. Т. 1: Чары Платона. — М.: Феникс, Международный фонд «Культурная инициатива», 1992. — Глава 9. Эстетизм, утопизм и идея совершенства. — С. 199-211.

<sup>12</sup> См.: Росс. Л., Нисбетт Р. Человек и ситуация. — Глава 8. Применение социальной психологии на практике. — С. 327-389.

---

---

---

---

Нет, потому что в социальных науках и социальной сфере не существует системы научно-исследовательских опытно-конструкторских работ (НИОКР) и соответствующей индустрии, хоть сколько-нибудь напоминающей то, что мы наблюдаем в индустрии неодушевленных предметов. Мне могут сказать, что такое положение связано с принципиальными различиями в объектах приложения усилий, но это аргумент совершенно не о том, поскольку речь не о качествах объектов, а о системе организации деятельности и мышления субъекта - человека.

Многие различия в методологии и инструментах прикладного использования знаний между естественными и социальными науками носят исключительно культурно-исторический характер традиций и привычек и не имеют никакого научного обоснования и подкрепления. Как сложилась такая ситуация - отдельная тема для исследований и объяснений, и я готов с ходу предложить пару-тройку гипотез, но в данном случае, считаю достаточным саму фиксацию и осознание нелепости нераспространения инженерного подхода и визуально-чертёжных инструментов из технической сферы в социальную.

Техническая инженерия демонстрирует универсальный образец моста от теоретических построений и знаний для удовлетворения любопытства к их прикладному использованию для получения контролируемых и гарантируемых результатов. Опоры этого моста - чертежи, на что, конечно же, обычно мало обращают внимание, поскольку это инструмент кажется чем-то периферийно служебным. Если же рассматривать конструкцию моста в целом и смотреть на всё сооружение со стороны, то опоры уже видятся основным элементом.

Ведь чем различаются методы и языки перехода от теории к практике в естественно-технической сфере и в социально-гуманитарной? В естественно-технической сфере существует хорошо разработанный и стандартизированный язык схем и чертежей (про формулы - отдельная история), благодаря которому можно великолепно - и с однозначной интерпретацией специалистами - запечатлеть все детали и этапы продвижения к какому-то полезному предметному воплощению, находить по ним и обозначать все просчёты и слабые места, а затем точно тиражировать и делиться эффективной технологией.

А что мы видим в социально-гуманитарной сфере? Тексты о текстах, которые отсылают к текстам. Линейные тексты разливаются широкими реками и сливаются в бескрайние моря и океаны, по которым приходится плавать без сети маяков, бакенов и вооб-

ще без карт. Накапливаемый то тут, то там социальный опыт почти мгновенно растворяется в среде, которая может быть охарактеризована такими свойствами, как неструктурированность, ненаглядность, незафиксированность, неконкретная беспредметность, бесчертёжность и нестандартность.

В действительности нет никаких объективных препятствий для изменения такого аморфно-бестолкового положения дел в прикладном использовании социальных наук, да и в самих по себе социальных исследованиях, если исключить из числа объективных факторов инерцию традиций и привычек.

Современные информационные технологии и возможности компьютеров делают полностью реальной и неотложной задачу перехода в социальной отрасли от тотального господства линейных текстов к приоритету социальных чертежей — концепт-карт, позволяющих сделать ясно видимыми и легко обозримыми все просторы и все детали наших представлений о социальном мире. В этих же концепт-картах можно запечатлеть рождение стандартных социальных технологий и готовить чертежи для серийного воспроизводства сконструированных и «обкатанных» продуктов, внедряемых в социальную практику.

Создано уже целое семейство программных средств концепт-картирования, которые быстро завоевывают позиции в менеджменте, управлении проектами и знаниями, то есть в видах деятельности, максимально соприкасающихся с технической инженерией. Выделилось также два вида картографирования идей, процессов и знаний: радиальные карты, выстраиваемые в таких программах, как MindManager, iMindMap, TheBrain, PersonalBrain, XMind и др.; и полицентрические карты, конструируемые в программах Visual Understanding Environment (VUE), Compendium, IHMC CmapTools и некоторых других. Совершенно очевидно, что для социальной инженерии и вообще для социогуманитарного картирования наиболее удобны и универсальны полицентрические карты<sup>13</sup>, а радиальные модели имеют лишь частное специализированное значение<sup>14</sup>. Из перечисленных программ для полицентрического (сетевое) картирования наиболее перспективным функционалом обладает Visual Understanding Environment (VUE), к тому же эта программа постоянно совершенствуется и имеет хорошую академическую основу и поддержку в лице Университета Тафта<sup>15</sup>.

Что ещё необходимо для повсеместного внедрения и развития социогуманитарного картографиро-

---

<sup>13</sup> См.: Novak, J. D., & Canas, A. J. The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them. Technical Report, IHMC CmapTools, 2006-01. Rev. 01-2008. — Florida Institute for Human and Machine Cognition, 2008. [cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf](http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf)

<sup>14</sup> См.: Бьюзен Т. и Б. Супермышление. — Мн.: ООО «Попурри», 2003.

<sup>15</sup> [vue.tufts.edu](http://vue.tufts.edu)

вания, в том числе и социоинженерных целях? Умения создавать, правильно читать, применять и совершенствовать такие карты - это определённые когнитивные знания и умения, для обучения которым существует замечательная технология критического мышления, разрабатываемая уже несколько десятилетий в США и ставшая там одной из важнейших университетских дисциплин<sup>16</sup>. В России и других странах СНГ, к сожалению, более известна существенно урезанная и обеднённая «школьная» версия критического мышления под аббревиатурой РКМЧП (Развитие критического мышления через чтение и письмо)<sup>17</sup>. Обязательной частью образовательной программы средней и высшей школы, таким образом, должно стать полноценное «университетское» критическое мышление в варианте, продвигаемом Фондом критического мышления (The Foundation for Critical Thinking)<sup>18</sup>.

Наибольший эффект от развития отрасли социальной инженерии и внедрения социогуманитарной картографии будет обеспечен также только при существенном повышении объёма и качества социологической и социально-психологической составляющей в образовательных программах, что позволит изменить ситуацию с массовой социальной некомпетентностью, которую можно обозначить как «новую безграмотность». Уровень накопленных научных

знаний в двух указанных дисциплинах вполне сопоставим с естественно-техническими науками, но этот ресурс фактически изолирован как от системы образования, так и от прикладного применения. Социогуманитарная картография представляет из себя идеальный канал для разрушения этой изоляции.

В суммарном результате предлагаемых инноваций - инженеризации и картографии социальных наук с параллельной когнитивизацией и социологизацией образования - мы получаем:

- полностью выстроенную и инструментально обеспеченную отрасль социальной инженерии, встающую вровень с современной технической инженерией и естественными науками;
- существенно модернизированную и по содержанию, и по методам (карты заменяют учебники) систему образования, способную не только подготовить социальных инженеров, но и поднять уровень мыслительной и социальной грамотности населения в целом до актуальных требований общественного развития.

И вот тогда мы и сможем создавать высокоэффективные «вакцины» и профилактические комплексы против разъедающих нас сейчас социальных эпидемий.

## СОЦИОМЕДИЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

М.Е. Сандомирский

психотерапевт Европейского реестра, эксперт Государственной Думы Российской Федерации, к. м. н. (г. Москва, РФ)

Одной из актуальных проблем современного общества, угрожающей его стабильности, становятся социальные эпидемии, связанные с вовлечением растущих по численности групп населения в различные виды патологической зависимости (химической, психологической), деятельность тоталитарных сект и экстремистских организаций [3]. Черты социальной эпидемии приобретает и распространение психосоматических расстройств [8], в той мере, в которой их генез связан с «патическим образом жизни» (V. Weizsacker), социальными стрессами и стрессами повседневной жизни, дефицитом эффективных способов стресс-копинга в культуре общества [9], распростра-

ненностью вышеперечисленных патологических поведенческих стереотипов (от «вредных привычек» до клинически выраженных зависимостей). В терминологии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сегодня уже воспринятой обществом, принято говорить об «эпидемии хронических неинфекционных заболеваний» [7].

Пути распространения подобных эпидемий включают различные виды социальных коммуникаций, охватывающие как традиционное информационное пространство (включая медийное), так и виртуальное пространство Интернета. Именно последний сегодня становится ведущим каналом массо-

<sup>16</sup> См.: Халперн Д. Психология критического мышления. — СПб.: Питер, 2000.

<sup>17</sup> Волков Е. Н. Почему в РКМЧП сомнительны претензии на КМ. Документ Интернета: [http://evolkov.blogspot.com/2010/11/blog-post\\_05.html](http://evolkov.blogspot.com/2010/11/blog-post_05.html)

<sup>18</sup> [criticalthinking.org](http://criticalthinking.org)

---

---

вой коммуникации, как по охвату аудитории, так и по степени влияния на нее. И здесь, к сожалению, рост проникновения Интернета и других современных информационно-коммуникационных технологий может обращаться не только на пользу общества, но и в ущерб его благополучию, когда они становятся рупором для распространения негативной информации и «переносчиком» социальных эпидемий. Причина, конечно же, не в самом Интернете: он является лишь виртуальным «зеркалом» общества, отражающим протекающие в том процессы, включая и деструктивные. (Забегая вперед, необходимо подчеркнуть, что единственным экологичным способом предотвращения упомянутого потенциального вреда глобальной коммуникационной сети является утилизация ее возможностей в социально-терапевтическом русле.)

Описанные тенденции представляют угрозу для общества в целом, отражая назревающие и/или индуцируемые внутри него конфликты с возможным исходом в хаотизацию и деструкцию, социальную самоагрессию. Самоагрессия представляет собой аналог на уровне общества, тех процессов аутоагрессии, которые протекают на уровне индивида как способ канализации интрапсихического конфликта. Соответственно задачей первостепенной важности для поддержания социально-экономического, душевного и физического здоровья общества становится сегодня противодействие социальным эпидемиям. Важную роль в решении этой задачи играют методы социально-просветительские (интеллектуальные, информационные), социально-педагогические (в формате общественных организаций) и социально-терапевтические (собственно социальная психотерапия).

Объективный подход к решению задачи профилактики социальных эпидемий опирается на законы социально-психологического детерминизма, управляющие поведением больших масс людей, и созвучные, по мысли В.М. Бехтерева [2], закономерностям индивидуального психического функционирования. Их глубинной психобиологической основой выступает социальный инстинкт, благодаря которому механизмы коллективного поведения, взаимного влияния людей «запрограммированы» в мозге. Особенно наглядно это проявляется на микросоциальном уровне, в малых группах (термин, сложившийся со времен работ К. Левина) и сообществах (в том числе терапевтических). Механизм группового инстинкта, применительно к социальной ситуации, на уровне индивида может работать в обе стороны: и ухудшать адаптацию последнего, и повышать степень его адаптированности. Изначально инстинктивные механизмы адаптивны, ибо их природное предназначение - групповое выживание человека. Точнее, адаптация первичных социальных групп в условиях борьбы за выживание в дикой природе (в том числе конкуренции с другими группами). В условиях современного общества эти инстинктивные стереоти-

пы могут функционировать извращенно, становясь дезадаптивными. Но в то же время целенаправленное создание «психологически правильной» микросоциальной среды способно возвращать механизмам инстинкта первоначальную адаптивную роль.

Социальными болезнями человек страдает не в одиночку – он разделяет их с окружающими людьми, от одних получает и другим передает. Поскольку в патогенезе социальных эпидемий большую роль играет радиальная передача информации «от человека к человеку», в которой «зараженный» индивид играет роль не пассивного акцептора, а активного ретранслятора, возможно возникновение «цепной реакции», когда дезадаптивные убеждения и патологические паттерны поведения распространяются, как «снежный ком». И также, как с обычными эпидемиями, их распространению возможно поставить заслон путем психологической «иммунизации», делая здоровую часть населения невосприимчивой к болезни (или по крайней мере более устойчивой к заражению).

Среди социально-психологических факторов, способствующих устойчивости общества и служащих для профилактики социальных эпидемий, необходимо отметить [23] такие, как общинность (communality), равенство и толерантность, пропаганду здорового образа жизни, социальное участие (взаимопомощь), волонтерство, связь между поколениями, а также использование возможностей для обучения различными возрастными группами населения. Социальная стабильность, устойчивость базируется также на социальной ответственности общества, связанной со сменой ценностной парадигмы [23] - описанным Inglehart [21] переходом от приоритета материальных ценностей («иметь») к постматериальным («быть»), подчеркивающим важность экзистенциальных ценностей: индивидуальности личности и уникальности жизненного опыта каждого индивида, ценности человеческих отношений.

Обращаясь же к модели социальной эпидемии как «болезни» социального «организма», как сложной системы, состоящей из большого числа элементов (как индивидов, так и групп), важно представить, что возникающие в ней механизмы «иммунной защиты» (социальная форма психологической защиты) основаны на кооперативном взаимодействии этих элементов. Соответственно для реализации этой «иммунной» функции возникают объединения элементов социальной системы (функциональные подсистемы). В таком качестве могут выступать отдельные социальные сообщества, в рамках которых действуют механизмы коллективной психологической защиты [10]. Эти механизмы, опирающиеся на создание сообществ, оказывающих позитивное социально-воспитательное и адаптивное социально-психологическое влияние на их участников, описаны [25] как «социальное исцеление» (social cure). Исцеление – не только избавление от недугов, но и произ-

---

---

---

---

водное от слова «целостность»: общество способно решить многие проблемы, становясь более целостным в процессе формирования коллективной идентичности и социальной сплоченности, поддерживая развитие на микросоциальном уровне первичных сообществ, участники которых связаны прямой коммуникацией. Что происходит при этом на уровне индивидуальном, что непосредственно получают люди, входящие в состав таких сообществ? Участие в подобных адаптивных микросоциальных группах, формирование соответствующих им социальных идентичностей влияют на социально-психологическое благополучие участников сообществ, повышая их самооценку, адаптивные возможности и стрессоустойчивость (копинг). В основе подобного социального исцеления лежат механизмы социального инстинкта – синхронизация активности и состояний участников группы, создающая их общность, которая проявляется на мотивационном уровне – как групповые цели и ценности (ценностно-смысловая синхронизация группы); на когнитивном уровне – как групповое мышление и убеждения, групповая референция (информационная синхронизация); на поведенческом уровне – социальная поддержка, совместные действия (поведенческая синхронизация); на эмоциональном уровне – чувство общности, сопереживание, опыт разделения переживаний с другими участниками группы, способствующий угашению негативных эмоций и усилению позитивных (позитивная эмоциональная синхронизация).

В целом люди более удовлетворены жизнью, более адаптированы и здоровы душевно и физически, когда у них есть возможность поддерживать значимые социальные связи [18]. Такую же позитивную, адаптивную роль играют стабильные семейные отношения. (Уместно вспомнить, что способность сохранять длительные близкие отношения входит в число критериев зрелой, самоактуализированной личности по А. Маслоу.) В целом признано, что социальная поддержка и социальная сплоченность становятся социальными детерминантами здоровья [24, 26].

Специфика социальной сплоченности, как психологического ресурса, заключается в том, что в его использовании индивид оказывается зависимым, или точнее взаимозависимым от других людей, составляющих сообщество, участником которого он является. Поскольку принадлежность к сообществу является одной из базовых человеческих потребностей (в иерархии потребностей А. Маслоу), социальное участие (вовлеченность в сообщество), является ключевым фактором социально-психологического благополучия, связанным с качеством жизни, уровнем здоровья, поддержанием идентичности, доверием и удовлетворенностью жизнью [23]. В постматериалистической парадигме социальная вовлеченность, принадлежность к сообществу становится важным фактором устойчивости общества [23, 22].

К сожалению, один из глобальных трендов развития современного общества заключается в его неуклонной дифференциации и атомизации, прогрессирующей человеческой разобщенности. Человеческая разобщенность становится одним из факторов роста распространенности психосоматических и нервно-психических расстройств [8, 9]. Возникающие же у людей с фрустрированной потребностью в поддержке неадаптивные поведенческие стратегии компенсаторного «поиска своих среди чужих» вносят вклад в распространение социальных эпидемий. С этой точки зрения, психотерапия, направленная на профилактику социальных эпидемий, призвана не только поощрять стремление людей к сплоченности, но и помогать им создавать необходимые для ее реализации условия путем формирования соответствующей микросоциальной среды, терапевтических сообществ, групп психологической поддержки. Собственно, это осуществляется стандартным образом в процессе любой долгосрочной групповой психотерапии. В краткосрочной психотерапии также практикуется работа с социальной сетью или поощрение сотрудничества в социальной системе пациента [17].

Новым же в ситуации современного информационного, интернетизированного общества стало расширение индивидуальной социальной системы за счет ее виртуального представления. Это означает, что не только «живые» социальные связи и реальная семья способны служить ресурсами повышения социально-психологической адаптации. Данную функцию способны выполнять и сетевые социальные связи в интернете, регулярное дистанционное общение в Интернет - сообществах, подсознательно воспринимаемых как некоторый аналог реального социума и расширенная «виртуальная семья». Оптимальным же образом функция социального исцеления в сетевых сообществах может осуществляться при сочетании регулярной онлайн-овой и офлайн-овой коммуникации [10, 12]. Более того, именно подобная коммуникация становится особенно необходимой в контексте социальной психотерапии, для преодоления прогрессирующей разобщенности людей в современном обществе. Как указывает по этому поводу М. Селина: «Люди не осознают коллективной идентичности, не чувствуют себя членами общества. В такой ситуации на помощь может прийти социомедийная коммуникация, психотерапия через блоги и социальные сети» [16]. Адаптивный эффект этой коммуникации повышается, когда она становится психотерапевтической, в двух направлениях: а) участие в ней специалистов помогающих профессий и б) взаимопомощь самих участников сообществ, по принципу: «Помогая другим, помогаем себе». Как отмечает по этому поводу J.F. Helliwell: «Один из лучших видов терапии для лиц с физическими или психическими недугами – это когда им предоставляется возможность протянуть руку и помочь другим» [18].

---

---

Социальная сплоченность в виртуальных сообществах обусловлена теми же факторами, что в обычных группах, изученными социальной психологией: межличностной аттракцией участников группы, интенсивностью их коммуникации, мутуализмом их потребностей, включая потребность в принятии, поддержке и повышении самооценки, групповым согласием, общностью целей. В «коллективистской», деятельностной модели группообразования по А.В. Петровскому [5] факторами формирования сплоченности выступают ценностно-ориентационное единство (на когнитивном уровне), эмоциональные межличностные отношения (соответственно на уровне эмоциональном) и общая деятельность (на поведенческом уровне).

Соответственно Интернет, как среда для создания виртуальных сообществ, в том числе терапевтических, способен сегодня становиться важнейшим инструментом социальной психотерапии, ее «проводником» в обществе. А внутри Интернет - пространства наиболее значимым является такой его сегмент, как социальные медиа, в которых информация передается персонализированно - «от человека к человеку». К числу последних относятся: социальные сети (наиболее известный пример - Facebook), блоги (пример - Livejournal), микроблоги (пример - Twitter), сервисы для размещения пользовательского аудиовидеоконтента (в частности, Youtube) и тому подобные Интернет - площадки, предназначенные для онлайн-общения пользователей и предполагающие возможность их групповой коммуникации, формирования сообществ.

Происходящий в последнее десятилетие бурный рост популярности социальных медиа, а также заметное расширение их социального влияния, которое буквально преобразует общество, получили название социомедийной революции [13, 14, 15]. Происходит взаимопроникновение, интеграция онлайн- и офлайн-взаимодействия пользователей: эти две формы социальной коммуникации переходят одна в другую и взаимно дополняют друг друга. На базе социальных сетей возникают разного рода офлайн-группы, сообщества, неформальные клубы. Здесь существуют специфические для Интернета социально-психологические механизмы коллективной мотивации – *groundswell* и *crowdsourcing* [12]. Иными словами, социальные медиа – это такой «человеческий муравейник», в котором чем больше пользователей собирается в одном месте, тем больше людей стремятся, в свою очередь, приобщиться к подобной виртуальной «толпе». Этот феномен кооперативного поведения, создающий эффект массовости, вкупе с персонализацией, лежащей в основе информационного влияния, и делают социальные медиа эффективным каналом массовой коммуникации. Сюда же нужно добавить известный эффект «информационной диктатуры меньшинства» в социомедийных сообществах [27], со-

гласно которому в случае, когда согласованное мнение организовано и последовательно высказывается меньшинством участников сообщества (пороговая численность 10%), оно неизбежно будет принято всем сообществом в целом.

Вышеописанные свойства наделяют социальные медиа возможностью оказывать значимое влияние на общество, в том числе в контексте социальных эпидемий. Соответственно наиболее актуальной формой использования интернет-коммуникации для целей социальной психотерапии и борьбы с социальными эпидемиями является социомедийная.

*Социомедийная психотерапия (СМП) - социальная форма Интернет - психотерапии, которая использует для терапевтической коммуникации социальные медиа* [13, 14]. Именно с использованием подобных Интернет-ресурсов может наиболее эффективно происходить в массовых масштабах взаимодействие психотерапевтов с теми людьми, которым необходима помощь, а также взаимодействие людей, нуждающихся в помощи, друг с другом (взаимопомощь). Интернет оказывается важным инструментом, который помогает организовать группу людей с однородными проблемами, которым необходима психологическая помощь, создать терапевтические сообщества. В них, благодаря механизму взаимопомощи, формированию групповой сплоченности, решение различных психологических и психосоматических проблем может протекать заметно более эффективно, чем в традиционных форматах.

Принципиальным отличием социомедийной психотерапии как от терапии традиционной, так и от других форм психотерапии в Интернете является именно то, что она протекает в сформировавшихся сетевых сообществах. И благодаря этому: а) может становиться массовой, поскольку адресуется к обширной интернет-аудитории, для которой оказывается привлекательной благодаря интерактивности; б) может оказывать на аудиторию значительное влияние в силу того, что использует важные психологические механизмы, связанные с групповым поведением людей.

1. *Мотивационные групповые механизмы.* Можно выделить ряд мотивов группового поведения, обусловленных последовательными этапами микросоциальной адаптации по А.В. Петровскому [5]: принадлежность (мотив – «быть принятым»), адаптация в группе), групповая идентификация и лояльность (мотив – «быть как все», интеграция в группе), статус (мотив – признание, «быть вместе со всеми, но не как все», индивидуализация).

2. *Эмоциональные групповые механизмы.* Участники Интернет - сообщества обретают возможность получить психологическую поддержку, во-первых, напрямую, как одобрение или сочувствие от других участников. Во-вторых, сюда добавляется еще и косвенная эмоциональная поддержка, связанная с возможностью высказаться и получить обрат-

---

---

ную связь. Подобная «виртуальная исповедь» использует такие психокоррекционные механизмы:

- а) вербализация чувств, как способ эмоциональной разрядки. В этом помогает феномен «псевдонимности», или псевдо-анонимности [11];
- б) последующее эмоциональное дистанцирование.

3. *Когнитивные групповые механизмы*, информационная поддержка участников групп:

- а) прямая – рекомендации специалистов, советы и обмен опытом участников;
- б) косвенная, когда сталкивается с тем, что похожие проблемы существуют и у других людей.

4. *Поведенческие групповые механизмы*:

- а) совместная деятельность, направленная на решение индивидуальных психологических проблем участников группы, в том числе взаимопомощь;
- б) социальная фасилитация, или облегчение поиска / принятия решений и повышение эффективности последующей деятельности.

Перечисленные механизмы мотивации участников социомедийных Интернет - сообществ, их эмоциональной поддержки, совместной деятельности лежат в основе групповой динамики в ее терапевтическом аспекте, а также коллективных механизмов психологической защиты. Фактически, это те же самые ресурсы, которые используются в традиционной групповой психотерапии. Вот почему *социомедийную психотерапию, в том числе массовую, можно рассматривать как групповую психотерапию в Интернете*. В том случае, когда подобная психотерапия оказывается «необъявленной» (в терминологии В.Ю. Завьялова), по сути самостоятельной, можно говорить о том, что уже само по себе общение людей в Интернете, протекающее в группах, уже косвенно несет в себе элементы социальной психотерапии, помогает людям приспосабливаться к проблемам сегодняшней жизни. Вот почему социомедийное общение сегодня столь популярно – это, по сути, универсальная коллективная психологическая самопомощь, осуществляемая на основе социальной сетевой самоорганизации, благодаря Интернету. Повысить ее эффективность возможно, благодаря участию в подобных «самостоятельных» социальных процессах специалистов, помогающих профессий, и направлению сетевой коммуникации в социально полезное русло.

И здесь в контексте социальных эпидемий, связанных с экстремизмом, разжиганием межнациональной вражды и провоцированием деструктивных протестных действий, нельзя обойти вниманием вопрос нейтрализации потенциального вреда, который могут создавать для здоровья и стабильности общества социальные медиа, когда они выступают в качестве «переносчика» социальных эпидемий. Благодаря иррациональным компонентам инфор-

мационного воздействия, персонализации представления информации в сочетании с широким охватом аудитории, социальные медиа способны не просто влиять на массовое сознание, а «встраиваться» в него [19]. Вкупе с описанным выше эффектом «информационной диктатуры меньшинства» [27], лежащим в основе унификации мнений в сетевых сообществах, социальные медиа способны превращаться в разрушительную силу, которая может использоваться намеренно для поощрения экстремизма и разжигания напряженности, «цифровых бунтов» [1].

Современное общество, становясь информационным (правильнее было бы называть его информационно-коммуникационным, или социомедийным, обществом массовой коммуникации), оказывается менее устойчивым, чем ранее, как наглядно продемонстрировали ближневосточные события весны 2011 года. Общественное мнение становится более динамичным, а массовое сознание – инфантильным, оторванным от реальной жизненной основы. В результате возникающий внезапный «сдвиг» массового сознания может сопровождаться непрогнозируемыми последствиями: даже поверхностные кризисы могут приводить к разрушению существующего порядка [20], а роль социальных медиа таким образом может оказываться антисоциальной.

Соответственно противодействие подобным социальным эпидемиям, насаждаемым намеренно, как разновидность информационной агрессии, связанной с распространением ложной, провокационной и дестабилизирующей информации, возможно по принципу «подобное излечивается подобным». Для этого необходимо выстраивание стабилизирующих массовое сознание систем радиальной социомедийной коммуникации, предназначенных для того, чтобы сохранять психическое здоровье общества: успокаивать население, развеивать тревожно-панические слухи, нейтрализовать локальные деструктивно-агрессивные настроения [6]. Роль «социального стабилизатора» при этом играет сочетание онлайн и регулярной офлайн групповой психотерапевтической коммуникации.

Другой полюс социальных эпидемий, связанных с массовым антисоциальным, деструктивным поведением, связан, напротив, с информационным дефицитом. К примеру, сегодня в российском обществе отмечаются эпизоды неконструктивной гражданской активности, связанной с межэтническими или иными социальными противоречиями. В массах населения, на фоне усиления социальной напряженности, происходящего из-за отсутствия ясного представления о реальной ситуации в обществе и перспективах ее развития, происходит активизация иррациональных механизмов мышления, катастрофизация сценариев разрешения имеющихся проблем. Как следствие, накапливается напряженность психологическая, которая ищет выход – и находит его в экстремистских акциях, деструктивных

---

---

протестных выступлениях либо дезадаптивных массовидных процессах, носящих характер социальных эпидемий (распространение негативных слухов, панических настроений, в том числе потребительская паника). Подобные явления могут вырастать на почве иррационализации массового сознания, повышенной тревожности населения даже из бытовых недоразумений и региональных, узколокальных противоречий, одобренных провокациями и «информационным шумом» [12]. Приведу мнение социологов [4]: «Распространенность деструктивных форм протеста - прямая угроза стабильности сложившегося порядка в российском обществе. Вместе с тем, такой протест является также своеобразной «стихийной» формой обратной связи, реакцией людей на ситуацию. Эта реакция во многом определяется недостаточной адекватностью осознания ими ситуации. Чтобы уменьшить удельный вес этих форм протеста в обществе... надо по-настоящему озаботиться социальным просвещением граждан».

Фактически, людям не хватает социальных коммуникаций для того, чтобы развезть свою напря-

женность, чтобы избавиться от стрессов и неопределенности, от тревожных ожиданий и неверия в будущее, следствием которых становится аномическое отсутствие жизненных ориентиров и неуверенность в завтрашнем дне. В этом аспекте социомедийная психотерапия способна помогать людям уменьшить уровень личной психоэмоциональной напряженности, а при тиражировании в массовом порядке – способствовать снижению напряженности социальной.

Поводя итог вышеизложенному, необходимо подчеркнуть: при реализации психотерапевтических программ, направленных на противодействие социальным эпидемиям, важен охват максимально широкой аудитории, для обеспечения которого целесообразно использовать современные технологии массовой коммуникации. Наиболее перспективной из них является социомедийная коммуникация (и соответственно массовая социомедийная психотерапия) в специально создаваемых психологических интернет-сообществах, с последующим сопровождением в офлайн-группах психологической помощи.

*Список использованной литературы:*

1. Алехина Ю. Америка готовит мировую интернет-войну // «Комсомол. правда». - 28.07.2011
2. Бехтерев В.М. Избранные работы по социальной психологии. М.: Наука, 1994. – 400 с.
3. Катков А.Л. Социальные эпидемии (аналитический обзор) // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2010. - Т. XVI, №1. – С. 9-26
4. Келасьева О.В., Казаков С.В., Лейе А.Ю. Специфика коммуникации власти и населения в контексте массового публичного протеста // Журнал социологии и социальной антропологии. - 2006. - Том IX. № 1 (34). - С. 103-122
5. Петровский А. В., Шпалинский В. В. Социальная психология коллектива. М., «Просвещение», 1978. – 176 с.
6. Прогресс бесполезно душить, его нужно возглавить: мнения // ИА REX. - 02.08.2011 <http://www.iarex.ru/interviews/18191.html>
7. Решетникова Е. Предупредить недуг: Профилактика поможет справиться с эпидемией хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) // «Российская газета» - Спецвыпуск «Фармацевтика». - 16.05.2011. - №5478 (102)
8. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная терапия: Практическое руководство. – М.: Независим. фирма «КЛАСС», 2005. – 592 с.
9. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Телесные технологии. – СПб.: Питер, 2008. – 255 с.
10. Сандомирский М.Е. Социальные сети в интернете как новая информационная среда для психотерапии // Психотерапия. Приложение: Материалы съезда психологов и психотерапевтов Краснодарского края 14-16 ноября 2008 г. – С. 20-22
11. Сандомирский М.Е. Психоблогия: психологический анализ поведения пользователей блогосферы - М.: «Степень свободы», 2009. - 128 с.
12. Сандомирский М.Е. Клубы как социальный феномен. Выступление на заседании клуба Aurora Expertum 29.04.2010 // Бюллетень Aurora Expertum. - №2, 2010. – С. 23-25.
13. Сандомирский М.Е. Социомедийная психотерапия и феномен троллинга // Психотерапия. Спец. выпуск: Материалы I Всемирного Конгресса русскоязычных психотерапевтов «Языки психотерапии» 8-10 октября 2010. – С. 154-157.
14. Сандомирский М.Е. Социальная и социомедийная психотерапия. Лекция в Минздравсоцразвития РФ 12.04.2011 / Программа «Здоровая Россия». Лекции о здоровом образе жизни <http://www.takzdorovo.ru/profilaktika/mark-sandomirskij-sotsialnaya-i-sotsiomedijnaya-psihoterapiya/>
15. Сандомирский М.Е. Социомедийная революция, психология и общество // Вебпланета. – 28.10.2010 <http://www.webplanet.ru/knowhow/life/re3/2010/10/28/sociomedia.html>
16. Селина М. Исповедь в социальной сети // РИА «Новости». Аналитика и комментарии 13/04/2011 / <http://ria.ru/analytics/20110413/364180138.html>

- 
- 
17. Ялов А. *Краткосрочная позитивная психотерапия*. / В кн.: *Краткосрочная позитивная психотерапия*. - СПб.: Речь, 2000. - 220 с.
18. Helliwell J. F. *Social Cures Have Good Side Effects // Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2011, Vol. 6 No. 4, p. 5.
19. Hounshell B. *The Revolution Will Be Tweeted. Life in the vanguard of the new Twitter proletariat. // Foreign Policy*. - 2011, July/ August
20. Glasser S. *The roots of revolution are often shallow. // Globe and Mail*. - Aug. 13, 2011
21. Inglehart R. *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles among Western Public*. Princeton University Press, Princeton, NJ, 1977.
22. Inglehart R. *Changing values among Western publics from 1970 to 2006. // West European Politics*. - 2008. - Vol.31 (1/2). - Pp.130-146.
23. Salonen A.O., Ehlberg M. *Sustainability in Everyday Life: Integrating Environmental, Social and Economic Goals // Sustainability Vol. 4 No. 3 June 2011*
24. Stansfeldt S. *Social support and social cohesion. // Social Determinants of Health. / Ed. M Marmot and R Wilkinson/ Oxford University Press, Oxford, 2006*
25. *The social cure: Identity, health and well-being / Jetten J., Haslam C. & Haslam S.A.* - London, UK: Psychology Press, 2011
26. Toye M. *Social cohesion: The Canadian urban context // Canada Library of Congress. Parliamentary Information and Research Service PRB 07-56E*. - 25 October 2007. - 13 pp.
27. Xie J., Sreenivasan I S., Korniss G., Zhang W., Lim C., Szymanski B.K. *Social consensus through the influence of committed minorities // Phys. Rev. E*. - 2011. - 84, 011130

## ВЛИЯНИЕ АНОМИИ И ПЕРМИССИВНОСТИ НА РОСТ ПСИХИЧЕСКИХ ЭПИДЕМИЙ

П.И. Сидоров	академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ, директор Института психологии и психоневрологии, ректор Северного государственного медицинского университета
И.Б. Якушев	доцент Института психологии и психоневрологии Северного государственного медицинского университета

Исторические исследования в области ментальной медицины и психиатрии позволяют понять содержание и генезис её отдельных аспектов, сформировавшихся давно, но сохраняющих актуальность и сегодня. Тренды, темпы развития, концепции различных видов психиатрической помощи и сам характер психиатрических проблем всегда были связаны с историческими реалиями и социально-экономическим уровнем синхронного общества.

Одним из вопросов, сохраняющих в психиатрии неизменную актуальность, является проблема психических эпидемий (ПЭ). Психосоциальный интерес к историческим аспектам групповых контагиозных явлений с патологией психиатрического содержания сегодня обусловлен ростом рассматриваемой патологии в России и за ее пределами, чему способствует распространенность различных сект парарегионного толка (ПС).

Исследовательская психиатрическая деятельность ПЭ и ПС началась в России во второй половине XIX века. Прежде пациенты, находившиеся во власти ПЭ, попадали либо под патронаж церковных организаций, как «жертвы дьявола», либо – под дей-

ствие законов и указов, предписывающих карательные меры в отношении участников ПЭ и ПС. Теперь же данная проблема оказалась в центре внимания философов, историков, юристов, этнографов, общественных деятелей, врачей.

Большинство отечественных психиатров второй половине XIX века расценивало феномен психических эпидемий, как преимущественно психосоциальное явление. При этом психиатрами [2, 3, 7] не отрицалась возможность влияния на формирование и проявления психических эпидемий - национальной культуры и этнических традиций, вносивших в симптоматику экзотические детали, но не менявших алгоритмов развития и клинической сути этого феномена. Наличие у пострадавших при психических эпидемиях - патологии именно *психиатрического* содержания - сомнений и разночтений у психиатров не вызывало. В.М. Бехтерев в 1908 г. говорил о «коллективных или массовых иллюзиях и галлюцинациях», эпидемиях бесоудержимости, кликушества, порчи, психопатических проявлениях религиозного содержания, распространении реакций паники [12].

---

---

Психиатр А.А. Токарский подразделял причины психических эпидемий - на «предрасполагающие и производящие». К первым он относил «бедность психического содержания, ограниченность интересов, отсутствие критики, невежество»; ко вторым - господствующие в обществе идеи, внешние события, склонность к подражанию, психическую заразительность, внушение [8]. Эта классификация в значительной мере совпадает с современной трактовкой личностной и социальной идентичности субъекта, определяя универсальность трендов потенциальных путей возникновения психических эпидемий.

Исследования отечественных психиатров обозначили свод «предрасполагающих» и «производящих путем непосредственного привития идей» предпосылок психических эпидемий. К первой группе были отнесены: фанатическая вера, основанная на постороннем внушении и влиянии индуктора, наличие харизматической личности, владеющей способностью внушать свои идеи окружающим (таким индуктором мог быть и психически больной человек) [16]; низкое образование, примитивная культура, социальное неустройство. П.И. Якобий писал, что психическая эпидемия «...развивается лишь в нервном, истощенном, ослабленном физически, нравственно и умственно населении» [10, 13]. Среди причин, влияющих на психическое состояние человека в плане возникновения психических эпидемий, актуален и ряд экзогенных факторов: наркотики, алкоголь, голод, нищета, усталость, скопление большого числа людей при общности настроения участников, плохие еда и сон, чрезмерное физическое напряжение, бытовые неудобства, болезни, частые роды [14]. Важную роль играло состояние психики субъекта, уровня личностного реагирования, глубина воздействия догматов учения на его психику, актуальные суеверия [15].

Одной из главных причин психических эпидемий большинство авторов считало нагнетание психоэмоциональной напряженности (ПЭН) среди участников обряда или процесса. ПЭН влекла за собой состояние сужения сознания, ведя к невозможности отчета в своих действиях. Увеличение психоэмоциональной напряженности потенцирует внушаемость, самовнушаемость, аффектизацию, склонность к подражанию, панической настроенности, становясь фактором, влияющим на жизнь отдельного субъекта и сообщество в целом. Под влиянием внушений личность теряет индивидуальность и инициативу, становясь частью толпы, впадая в панику. «В исступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих, и сам подвергается аналогичному влиянию» [13]. С целью повышения психоэмоциональной напряженности протагонистами внутри сект парарелигиозного толка нагнетались идеи о «светопреставлении», «вечных муках грешников» и пр.

К категории «производящих» причин возникновения психических эпидемий психиатрами были

отнесены такие факторы, как войны, политические перевороты, социально-экономические реформы, потенцирующие неопределенность общественно-политических отношений и ситуаций, повышающие нервно-психическую возбудимость, приводящие к снижению устойчивости центральной нервной системы.

Таким образом, основой возникновения психических эпидемий, как психического расстройства, психиатрами был определен полиэтиологический фактор, являющийся основным критерием в формировании путей возникновения и распространения массовых психических контагий. На интенсивность возникновения и распространения контагиозных явлений психического характера влияли социально-экономические перемены и кризисы.

Современные взгляды на проблему сект парарелигиозного толка и психических эпидемий предполагают наличие нескольких методологических подходов к ней:

- 1) теологического, определяющего секту парарелигиозного толка, как «группу людей, объединенную вокруг интерпретации Библии» [20];
- 2) социологического, относящегося к секте парарелигиозного толка, как к группе людей, занимающих «индифферентную» [21] или «агрессивную» [9] позицию по отношению к остальному социуму;
- 3) юридического, создающего предпосылки для установления пределов правового поля деятельности сект парарелигиозного толка;
- 4) психологического (психиатрического), обозначающего предпосылки, создающие базис и фон для формирования у сектантов особых психических состояний;
- 5) исторического, исследующего проблему в контексте событий.

Религиозная потребность человека не универсальна: индивидуум обретает её только в процессе социализации [1, 119]. Религиозная потребность может быть формой удовлетворения стремлений: к безопасности, надежности, порядку, сопричастности семье (общине), уважению, одобрению, адекватности, идентичности [1, 210].

В современной литературе выделяют два вида идентичности: *личностная* и *социальная*. Под первой понимается самоопределение индивидуума в терминах его физических, интеллектуальных, нравственных черт. Вторая – «самоопределение в терминах отнесения себя к определенной социальной группе» [1, 211] - знание о том, кто ты и каково твое место в социуме. С. Кьеркегор писал: «Человек – общественное животное, и только в стаде он будет счастлив. Все равно, будь то глубочайший бред или великое злодейство: ему легко и спокойно с этим до тех пор, пока таковы законы стада, пока он способен влиться в него» [5]. М. Элиаде говорил, что «...чело-

---

---

век традиционной культуры видит себя существующим лишь тогда, когда перестает быть собой, довольствуясь имитацией и повторением жестов другого. Он осознает свою реальность, адекватность самому себе только тогда, когда отказывается от этой адекватности». «Общественная психология никак не может обойтись без подражания» [11, 213], «мистического соучастия» (по Л. Леви Брюлю). Если же структура социума разрушена или подвергается реформам, а большинство социальных категорий утратили прежнюю ценность, происходит переоценка субъектом - группы своей принадлежности, места в ней; становится затрудненной или невозможной традиционная (прежняя) социальная идентификация [1, 214]. Деструкция привычных взаимоотношений ведет к тому, что субъект оказывается вне стабильной и знакомой социальной системы. Неопределенность формирует у него дискомфорт и психоэмоциональную напряженность. Радикальные изменения во всех сферах жизни реформируемого общества способствуют поддержанию психоэмоциональной напряженности у значительной части населения. Роль бессознательных психических феноменов – инстинктивного и определяющего поведенческие реакции - растёт, всё более депотенциализируя деятельность аналитического полушария мозга. При этом потенцируются ощущения потери структурирующих этических ориентиров, крушения надежд и идеалов, желание чуда и поиски его в обыденной жизни. Паническая дезориентация – так определяет ощущение человека, живущего в эпоху исторических кризисов Х. Ортега-и-Гассет: «Человек дезориентирован относительно самого себя, выбит из колеи, он вне собственных пределов, заброшен в новые обстоятельства, выступающие для него, как Неведомая земля» [4].

Для того, чтобы вновь ощутить себя частью целого, звеном социальной системы, индивидуум начинает поиски новой социальной группы, которой может стать секта парарелигиозного толка - коллектив, состоящий из двух и более человек, объединившихся на основе какой-либо религиозной идеи и преследующих цели распространения этой идеи любыми способами; закрытая религиозная группа, деятельность членов которой подчинена реализации исключительной самоценной идеи [1, 52]. Её психологическими признаками являются: привязанность к лидеру, жесткая дисциплина, подавление индивидуальности [17]; высокая эмоциональность ритуалов, авторитарность внутренних отношений, тесные внутригрупповые связи [18], полная изоляция adeptов, приводящая к отрыву от социума, активная пропаганда идей [19]. Аскетизм, отказ от мирских соблазнов - норма для adeptов сект парарелигиозного толка. Обладание эксклюзивным знанием, ограниченный круг общения в сочетании с совместной, определенной, целенаправленной деятельностью способствуют удовлетворению стремления к принадлежности, сопричастно-

сти, обретению социальной идентичности. Четкая структурированность сект парарелигиозного толка выгодно контрастирует с общим социальным неустойчивым текущим моментом.

С одной стороны, секта парарелигиозного толка позволяет субъекту обрести социальную идентичность («Открытие доступа к коллективной психике означает для индивидуума обновление жизни» [11, 231]), но в групповой жизни происходит растворение его индивидуальности: «Идентификация с социальной ролью – щедрый источник неврозов. Человек не может отделаться от самого себя в пользу искусственной личности. Попытка этого вызывает бессознательные реакции, аффекты, фобии, навязчивые представления и т.д.» [11, 260]. Личностная и социальная идентификация субъекта образуют своеобразную бимодальную схему, в которой обе составляющие находятся в динамичных взаимоотношениях, определяемых прямыми и обратными связями компонентов внутри этой системы. Устойчивое превалирование одного из трендов может вести к дисгармонии функционирования диады, создавая системные проблемы и генерируя процессы либо растворения аутентичной личности в социуме, либо - социального нигилизма. В случае реализации первого варианта личностная идентичность срывается с социальной; человек осознает и оценивает себя лишь с позиций принадлежности к секте парарелигиозного толка.

Ритуалы, практикуемые в сектах парарелигиозного толка, становятся неременной и важной (обрядовой) деталью их функционирования. При всём их разнообразии, ритуалы эти обладают известной стереотипностью и повторяемостью. Значительная их часть выглядит как коллективное повторение слов и акций лидера секты парарелигиозного толка. Повторение действий протагониста - харизматика членами группы становится средством, аналогичным архаичным шаманским магическим обрядам, «предохраняющим» субъекта от широкого круга «вредоносных» (в том числе – социальных) воздействий среды. Содержание происходящего обряда, феноменологически соответствует дефиниции психической эпидемии - варибельного ряда психопатологических синдромов в большей мере истерической ориентации, имеющего полиэтиологичное происхождение, чаще психогенной направленности, проявляющихся в разных видах, одновременно охватывающих значительные группы людей [10,3].

*Эмеряченье* – психическая эпидемия, протекающая по типу эхоталий и эхопраксий. «Мерячить» - подражать, совершая странные поступки. Длительность от нескольких часов – до нескольких дней, проявляется 2-3 раза в течение года, чаще - у женщин. Эхо-феномены, возникающие в процессе эмеряченья, создают ощущение сопричастности, принадлежности, и – как следствие – защищенности, благодаря повторению «сакральных» действий человека,

---

---

«уполномоченного богами», каким являлся шаман в глазах племени, каковым является лидер секты парарелигиозного толка - протагонист и индуктор религиозных обрядов.

Эпохи общественных кризисов характеризуются развитием такого социального феномена, как *аномия* - нравственно-психологического статуса общественного и индивидуального сознания, характеризующегося разложением прежней системы ценностей; обусловленного социальным кризисом; противоречиями между провозглашаемыми целями и невозможностью их реализации традиционными способами для большинства граждан страны; выражающегося изоляцией личности от общества и депрессивной разочарованностью в жизни. Аномия проявляется на трех направлениях, обозначающих потенцию роста психиатрической составляющей в развитии аномии:

- *межличностное* (усиление взаимного недоверия, враждебности, соперничества и агрессивности, реакций изоляции, расслоения общества на субкультуры – *филиации*, к числу которых относятся и секты парарелигиозного толка);
- *культурное* (крах прежних культурных ценностей и приоритетов, изменение устоявшихся правил интерпретации событий, возникновение конфликтных систем ценностей, состояние идентификационной пустоты при отсутствии альтернативы);
- *социальное* (дезинтеграция и поляризация общества, кризис доверия к государственным институтам) [6]. Все обозначенные направления:
  - а) констатируют потенцию влияния аномии на формирование и развитие психических расстройств, частным случаем которых является психическая эпидемия;
  - б) обозначают патогенетическую ситуацию, предрасполагающую сегодня все более интенсивному возникновению, развитию и распространению различных психических расстройств, в том числе - психическая эпидемия;
  - в) констатируют то очевидное обстоятельство, что распространенность психических эпидемий, тяжесть и масштабы их последствий различного направления, превращают ситуацию

с данным психическим расстройством – в существенную угрозу для общественного здоровья и национальной безопасности государства.

Ситуация аномии способствует формированию и распространению *пермиссивности* – дестабилизации и отмены принятых в обществе запретов, являющихся структурирующими этическими элементами этого социума. В этих условиях индивидуум может терять точку опоры, утрачивая систему ценностей и этических ориентиров, оказываясь без поддержки некогда канонических устоев, структурировавших докризисный социум. Если прежние догмы утрачивают актуальность, а новые каноны и правила ещё не устоялись, то чёткая иерархическая организация секты парарелигиозного толка может становиться для индивидуума ориентиром, обещающим надежность, социальную идентичность, защиту, поддержку и одобрение. Расплатой за эти преференции могут становиться «бессознательные реакции, аффекты, фобии, навязчивые представления...», формирующиеся за счет возникновения дисгармонии в бимодальной схеме: *личностная идентичность - социальная идентичность*. Нарушение традиционного баланса вызывает потери в личностной идентификации субъекта, усиливая его социальную идентичность, которая в современных условиях аномии и пермиссивности может формироваться в условиях секты парарелигиозного толка.

Таким образом, исследование корней феноменов, аналогичных по своей сути психическим эпидемиям, демонстрирует транскультуральность этой проблемы, её трансхронность, общность черт, сходство механизмов развития и формирования, влияние на состояние психического здоровья индивидуума и социума. Изучение этой проблемы (в том числе – ретроспективное) позволяет анализировать универсальные закономерности, переходящие из прежних эпох – в нынешнюю, определяя алгоритм формирования, распространения, течения, трансформации психических эпидемий; создавая предпосылки прогнозирования и профилактики психических расстройств, возникающих в связи с психическими эпидемиями и деятельностью сект парарелигиозного толка; особенно – с учётом исторического опыта российской психиатрии.

Список использованной литературы:

1. Бурковская В.А. Актуальные проблемы борьбы с криминальным религиозным экстремизмом в современной России. / В.А. Бурковская. - М.: Институт правовых и сравнительных исследований. 2005. - С. 52, 119, 210, 211, 214. 226 с.
2. Краинский Н.В. Порча, кликуши и бесноватые как явление русской народной жизни. / Н.В. Краинский. – СПб.: Тип. М. Акинфиева и И. Леонтьева. 1900. - 24 с.
3. Кутузов Н. Знахарство в Шенкурском уезде Архангельской губернии, причины и виды его, борьба с ним. / Н. Кутузов. // Труды Первого съезда врачей Архангельской губернии. - Архангельск. 1910. - С. 90.
4. Ортега-и-Гассет Х. Вокруг Галилея (схема кризиса). / Х. Ортега-и-Гассет. // Избранные труды. - М. 1997. - С. 322.
5. Сас Т. Фабрика безумия. / Т. Сас. – Екатеринбург: Ультра. Культура. 2007. – С. 120.

- 
- 
6. Сидоров П.И. Наркологическая превентология. / П.И. Сидоров. – М.: Гениус. 2005. – С. 17. 796 с.
  7. Сикорский И.А. Эпидемические вольные смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (близ Тернополя). / И.А. Сикорский. // Вопросы нервно-психической медицины. - 1897. Т. II. - С. 453–511.
  8. Токарский А.А. Меряченье и болезнь судорожных подергиваний. / А.А. Токарский. - М. 1893. – 181 с.
  9. Трёлч Э. Церковь и секта. / Э. Трёлч. // Религия и общество. Хрестоматия по социологии религии. - М. 1996. - С. 234.
  10. Щиголев И.И. Психические эпидемии в России. / И.И. Щиголев. – Брянск: Изд-во БГУ. 2001. - С. 3, 13.
  11. Юнг К.Г. Отношения между Я и Бессознательным. / К.Г. Юнг. // К.Г. Юнг. Собрание сочинений. Психология бессознательного. - М.: Канон. 1994. – С. 213, 231, 260.
  12. Национальный архив Республики Беларусь. Фонд 1430, опись 1, дело 10527, лист 1.
  13. Российский государственный исторический архив. Фонд 796, опись 4, дело 441, листы 1-3, 7-10. Фонд 1284, опись 220, дело 5, листы 1, 2;
  14. Центральный исторический архив Москвы. Фонд 16, опись 110, дело 820, лист 5;
  15. Государственный архив Тульской области. Фонд 90, опись 47, дело 40835, листы 66-70.
  16. Государственный архив Ярославской области. Фонд 150, опись 1, дело 2470, листы 59-61.
  17. Burell M.C. *The Challenge of the cults. Michigan.* / M.C. Burell. - 1981. - P. 11-18.
  18. Larson B. *Larson's book of cults. Illinois.* / B. Larson. – Wheaton. 1982. - P. 28.
  19. Lovinger R.J. *Religion and Counseling: The Psychological impact of Religions belief.* / R.J. Lovinger. - N.Y. 1990. - P. 39.
  20. Walter M. *Rise of the cults. A quick to the cults.* / M. Walter. - Santa Anna. California. 1980. - P. 12.
  21. Wilson B. *Religion in Sociological Perspective.* / B. Wilson. - Oxford. 1982. - P. 111.
- 
-

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89:316.624-053.2

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕВИАНТНЫХ ДЕТЕЙ

А.М. Есеркепова

врач-психиатр ГУ «Областной психоневрологический диспансер»,  
г. Павлодар (РК)

В настоящее время девиантное, отклоняющееся, поведение вызывает живой интерес у врачей, психологов, педагогов, работников правоохранительных органов, социологов, философов. Каждый из нас в повседневной жизни сталкивается с разнообразными проявлениями социально нежелательного поведения - агрессией, вредными привычками, противозаконными действиями...

Отклоняющееся (девиантное) поведение - это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся её социальной дезадаптацией.

Любое расстройство из области психической патологии (психопатии, неврозы, психозы и т.д.) неоднозначно связано с отклоняющимся поведением. В некоторых случаях психические заболевания могут сопровождаться поведенческими нарушениями, вызывая патогенную дезадаптацию.

Признаками более масштабной - социальной дезадаптации - в школьном возрасте могут выступать: регулярное употребление психоактивных веществ (ПАВ) (летучие растворители, алкоголь, наркотики), сексуальные девиации, проституция, бродяжничество, совершение преступлений.

Психологическая помощь девиантного, отклоняющегося поведения имеет два ведущих направления - это психологическая превенция (предупреждение, психопрофилактика) и психологическая интервенция (преодоление, коррекция, реабилитация).

Популярной формой психологической работы с личностью является консультирование в сочетании с психотерапией. Границы между двумя выделенными формами помощи в случае девиантного поведения практически трудно различимы. Термин «консультирование» более приемлем для работы со здоровыми людьми. Учитывая сложный характер поведенческих девиаций, их склонность переходить в болезненные расстройства, далее, говоря о психотерапии или консультировании, мы будем иметь в виду именно их гармоничное сочетание.

При отсутствии единой теории личности существуют различные концепции и формы консультирования (психотерапии). Наибольшее развитие и

признание получили три ведущих направления: психоаналитическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое. Эти исторические модели дали жизнь сотням модификаций, в связи с чем появились и различные классификации.

В клинической практике принято деление методов психотерапии на симптома-центрированные, личностно-центрированные и социоцентрированные. Психотерапия может быть реализована в различных формах, например: групповая, семейная или индивидуальная, длительная или краткосрочная, директивная или не директивная, ориентированная на решение проблемы или личностные изменения. На практике чаще используются комбинированные методы. Кроме того, существует множество модификаций основных психотерапевтических методов. В «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией Б.Д. Карвасарского [1] описывается около ста психотерапевтических методик, реальное их количество - ещё больше. Многие авторы в то же время отмечают приблизительно равную эффективность различных видов психотерапии, подчеркивая ведущее значение личности специалиста.

Существующие методы групповой психотерапии, делятся на 3 вида: образовательные, аналитические и основанные на действии. К последнему виду относят аналитическую психодраму, гештальт-терапию и др. Для подростков наиболее адекватными являются модели групповой психотерапии, основанные на действии. Это связано с такими их психологическими особенностями, как стремление к группированию, потребность в интимности и кооперации, тревога, вызванная открытием субъективного мира и формированием образа «Я», тяга к расширению диапазона ролевого поведения, сохраняющаяся с детства конкретность мышления и эмоциональная непосредственность. Но именно из-за этих психологических особенностей применение методов группового анализа и разговорной психотерапии в подростковой психиатрии имеет существенные ограничения. По продолжительности работы выделяют 2 вида групповой психотерапии: долгосрочную (60 и более часов) и краткосрочную (от 20 до 28 часов) [3].

---

---

А.И. Захаров (2001) при оказании помощи детям с девиантным поведением придаёт большую значимость семейной психотерапии и групповой терапии. Обычно психотерапевтические методы индивидуальной и групповой коррекции направлены на работу с проблемным ребенком, подростком. Многие авторы выделяют особенности психотерапии в детском и подростковом возрасте:

- а) при выборе адекватного метода психотерапии необходимо учитывать стадию нервно-психического развития ребёнка;
- б) повышенная внушаемость у детей и подростков нередко сочетается с непониманием необходимости лечения и, в связи с этим, отрицательным отношением к психотерапии;
- в) дети и подростки, как правило, проводят чёткую границу между тем, что им говорят сверстники, а что – взрослые. Нередко подросток может осознанно – неосознанно провоцировать терапевта на высказывания, эмоциональные реакции или действия, подтверждающие, что врач «заодно» с родителями;
- г) важную роль в детской, подростковой психотерапии играет искренний интерес к ребёнку, гибкость и способность к эмпатии;
- д) при установлении доверительных отношений существует вероятность того, что ребенок или подросток начнет воспринимать терапевта, как «заменителя» родителей в эмоциональном отношении [4, 5, 6, 7].

При работе с подростками используется практически весь арсенал методов и технических приемов современной психотерапии: поведенческая и когнитивно-бихевиоральная психотерапия, психодрама и ролевые игры, проблемно ориентированные тренинги, арт-терапия, психоаналитическая психотерапия, личностно ориентированная психотерапия, кататимные образные переживания, аутогенная тренировка, игровая психотерапия, рациональная психотерапия, гипносуггестивные методы, комбинированная психотерапия [4, 8, 9, 10].

В исследованиях основной целью психотерапии девиантных детей и подростков, является не столько коррекция клинических проявлений, сколько коррекция навыков, форм поведения, развитие умения строить межличностные, в том числе семейные отношения, а также становление жизненных целей и ближайших социальных задач [11, 12].

Выбор адекватной психотерапевтической стратегии обусловлен, прежде всего, уровнем нервно-психического развития ребенка. Э.Г. Эйдемиллер, А.А. Щеголев (1988) выделяют следующие уровни развития:

- соматовегетативный уровень (первые 3 года жизни). Показана коррекция эмоциональных коммуникаций в системе «мать – дитя»;

- психомоторный уровень (4-7 лет). Наиболее действенна гипносуггестивная, семейная и особенно групповая психотерапия;
- аффективный и эмоционально-идеаторный уровни (8-18 лет). Наиболее эффективны методы поведенческой и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Показания к групповой психотерапии обширны. Это невротические и личностные расстройства, алкоголизм, наркомания и токсикомания, нарушения адаптации, психические заболевания, среди которых различные формы шизофрении и эпилепсии. Противопоказания к групповой психотерапии относительно и в значительной мере обусловлены личностными и профессиональными качествами психотерапевта. Потребность подростков в краткосрочной групповой психотерапии существенно возросла за последние десять лет. Обстоятельств, способствовавших этому, несколько: объём долговременной памяти у детей, в том числе и подростков, существенно меньше, чем у взрослых; результаты, достигнутые группой на одном занятии, через несколько дней могут быть либо забыты, либо восприняты искаженно; подростку трудно ожидать результата психотерапии.

При долгосрочной модели группа работает 3-4 раза в неделю по 1,5 часа в течение 3 месяцев, краткосрочная психотерапевтическая группа – 4 часа ежедневно в течение 5-7 дней. Состав группы – от 8 до 12 участников обоих полов. При подборе пациентов следует скорее ориентироваться на психологическую зрелость, чем на паспортный возраст. Вместе с подростками 16-18 лет в группу могут быть включены девочки 14-16 лет, опережающие первых по темпу созревания. Разница в возрасте между подростками одного пола не должна превышать 1-2 года. При обеих моделях групповая психотерапия подростков групповая и личностная динамика оказывается сходной, но интенсивность процессов изменения более высокая в краткосрочных группах.

С. Bernfeld, L. Clark, G. Parker (1984) рассматривают групповой процесс, как составляющую трех компонентов:

- а) задача группы, которая должна её решить в процессе занятий;
- б) групповые роли, которые помогают группе сохранить ее статус;
- в) индивидуальные роли, выявляющиеся в процессе интеракций и мало помогающие как группе, так и самим участникам.

Структура проведения конкретной терапевтической сессии следующая:

- оценка состояния участников группы;
- проработка целей и задач терапевтической сессии;

- получение первичного терапевтического опыта в тренинговых технологиях (разминка, работа, завершение);
- вынесение полученного материала на групповую дискуссию с расширением, углублением темы и получением вторичного терапевтического опыта;
- обратная связь по итогам дня;
- завершение сессии.

Препятствием в использовании метода групповой психотерапии у подростков в одних случаях являются недостаточная спонтанность и гибкость психотерапевтов, их страх перед экспрессией подростков. В других случаях - отсутствие кадров детских и подростковых психотерапевтов, системы оказания им психотерапевтической помощи.

Немаловажную роль в этом процессе играют группы закрытого типа по 8-10 человек. Это связано со свойственной подросткам экспрессивностью и обеспечивает очень высокую групповую сплоченность. Некоторые исследователи делают акцент на такие объективные сложности, возникающие при реализации групповой психотерапии с зависимыми подростками, как плохая адаптация в группе подростков с психопатиями, реакция группирования со сверстниками, которая не всегда желательна, но характерна для подросткового возраста.

#### *Литература:*

1. *Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 1998.*
2. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1990. — 191 с.*
3. *Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1982. — 216 с.*
4. *Вельвовский И.З., Липгарт Н.К., Багалея Е.М. Психотерапия в клинической практике. - Киев: Здоровье, 1984. — С. 109-128.*
5. *Эйдемиллер Э.Г., Щеголев А.А. Обоснование выбора метода психотерапии при неврозах детского и подросткового возраста // В кн. Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сборник научных трудов. - Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1988. — С.60-66.*
6. *Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков. — Минск: Белорусская наука, 1999. — 189 с.*
7. *Yule W. Developmental considerations in child assessment // In Ollendick T.H., Hersov M. Handbook of child and adolescent assessment, New York: Pergamon Press, 1990.*
8. *Pellegrini D.S. Training in social problem – solving // In Rutter M., Hersov L. Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, 2ed edn. — Oxford: Bleckwell Scientific, 1985.*
9. *Rutter M. Psychological therapies in child psychiatry: issues and prospects // In Rutter M., Hersov L. Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, 2 ed edn. — Oxford: Bleckwell Scientific, 1985.*
10. *Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков. — Минск: Белорусская наука, 1999. — 189 с.*
11. *Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002. — 252 с.*
12. *Sugar M. The adolescent in group family therapy. — New York, 1975.*

Один из основных инструментов групповой психотерапии подростков – это игры и игровые упражнения. Игры – естественная потребность детского организма и одна из наиболее важных сторон жизни подростка, его гармоничного развития. Игровая техника широко применяется при проведении сеансов подростковой групповой психотерапии. Игровая терапия способствует снятию напряженности в группе, скованности, затруднения в общении, возникновению атмосферы доверия и открытости, благоприятствует эмоциональному отреагированию, дезактуализирует болезненные проявления, в первую очередь невротические, моделирует способы решения конфликтных ситуаций и формы коррекции негативных черт характера.

Групповая психотерапия девиантных подростков на сегодняшний день становится перспективным методом программы первичной профилактики. Дифференциация её показаний, выявление «мишеней» для её воздействия, вопросы применения, сочетания разных техник, исследование психотерапевтического процесса и механизмов его лечебного действия являются весьма актуальными для психотерапевтической практики. Использование психотерапевтических методов в профилактических целях в сфере зависимости от ПАВ у подростков на сегодняшний день является необходимостью.

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ, КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ НА ЭТАПАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий  
РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф.

### *Общие сведения*

Контингент злоупотребляющих ПАВ (т.е. лиц, употребляющих психоактивные вещества не систематически, без очерченных клинических признаков формирования патологического влечения и тяжелых абстинентных проявлений, и без очевидных вредных последствий), по нашим данным, может составлять от 10 до 15% населения. При этом рубеж перехода к состоянию патологической зависимости преодолевают до 50% злоупотребляющих ПАВ. Другая половина, чаще под давлением каких-либо внешних причин, прекращает (в случае, если речь идет о наркотиках) или резко ограничивает прием ПАВ (в случае потребления алкоголя).

Задачей психотерапии и консультирования, проводимых на этапах профилактической и первичной наркологической помощи (ориентированных, в первую очередь, на активное выявление групп высокого риска, злоупотребляющих и зависимых от ПАВ, и оказания данным лицам квалифицированной помощи) является максимально возможное перераспределение приведенного баланса в пользу лиц, отказывающихся от пока еще не очевидно вредного для них употребления ПАВ.

Это последнее обстоятельство – временное отсутствие очевидно вредных последствий в виде сформированного патологического влечения и отчетливых признаков социального дрейфа и др. – работает в обе стороны: существенно осложняет процесс терапии и консультирования в силу неосознанности, «неперезитости» контраргументов того, почему все же не стоит продолжать употребление ПАВ (данное обстоятельство – отсутствие какой-либо мотивации на прекращение употребления ПАВ у клиента – для многих терапевтов и консультантов является аргументами для отказа от проведения соответствующих интервенций); но, в то же время, может и способствовать долговременному успеху в терапии в силу пока еще несформированного биологического «рычага» патологического влечения, возвращающего зависимого субъекта к привычному способу патологической адаптации. В связи с чем психотерапия и консультирование, проводимые на этапах профилактической и первичной наркологической помощи, прежде всего акцентированы на мотивационную сферу, и только во вторую очередь – на когнитивную и поведенческую сферу клиентов как на основные мишени воздействия.

Другое препятствие в достижении удовлетворительных и долговременных результатов связано с тем

обстоятельством, что существенная часть охватываемого контингента злоупотребляющих ПАВ представлена подростками (а в последние годы и детьми), т.е. лицами с незрелой психикой, что требует подключения достаточно интенсивной, иногда долговременной семейной психотерапии.

*Методика* проведения психотерапии и консультирования злоупотребляющих ПАВ включает следующие этапы:

- компьютерная диагностика уровней психологической устойчивости – рисков, с выявлением наиболее проблемных зон;
- этап установления доверительного контакта, проводимый с акцентом на мета-технологии экспресс-психотерапевтического воздействия. Основная задача данного этапа – перевод клиента в первичное ресурсное состояние и достижение множественной гиперпластики;
- диссоциация личностных статусов с актуализацией и позитивным подкреплением «сильного Я», ориентированного на достижение долгосрочных результатов и на сущностное решение возникающих проблем;
- актуализация конструктивного жизненного сценария (с его детализацией, достраиванием при необходимости, позитивным подкреплением) с одновременной идентификацией препятствий и проблем, возникающих на пути его реализации;
- обсуждение вариантов решения данных проблем, последовательное проигрывание этих вариантов с использованием техник полимодальной экспресс-психотерапии, позитивным подкреплением креативной активности клиента. В ходе прохождения данного этапа прорабатываются четыре важнейшие задачи: адекватное решение актуальных проблем, укрепление позитивного сценария, перевода клиента в устойчивое ресурсное состояние, формирование новых копинг-стратегий по преодолению проблемных ситуаций;
- обсуждение альтернативных приемов ПАВ вариантов получения удовольствия, удовлетворения от жизни; «проживание» этих вариантов в игровых техниках полимодальной экспресс-психотерапии;
- провокация – драматическое проживание конфликта между позитивным жизненным сценарием и сценарием потребления ПАВ;

- с организацией аффектированного путешествия клиента по «лестнице потерь»; с игровой техникой «два магазина», ярко демонстрирующей все ловушки и способы циничного самообмана, используемого при употреблении ПАВ. В ходе прохождения данного этапа решается важнейшая задача выбора конструктивного жизненного сценария с удалением ПАВ из всех осознаваемых и неосознаваемых горизонтов жизни клиента;
- завершающий этап, в ходе которого обсуждаются правила принятия решений в сложных жизненных ситуациях (такие решения должно принимать только «сильное Я» клиента), разучиваются способы быстрой мобилизации и актуализации «сильного Я». Подводятся итоги всей работы. Основной задачей данного этапа является дальнейшее укрепление и трансляция позитивного сценария в будущее клиента.

Главной особенностью данной методики являются акценты на формирование первичного ресурсного состояния у клиента на начальных этапах работы, что, собственно, и обеспечивает высокий уровень мотивации на продолжение терапевтического

или консультативного процесса. А также – на формирование отрицательной мотивации к употреблению ПАВ, которые, в нашем случае, не вообще «вредны, плохи» и т.д., но выступают в качестве реального препятствия к осуществлению самых важных жизненных планов и целей. Только в контексте данного, абсолютно реального и драматически проживаемого конфликта и возможно формирование «судьбоносного» решения об исключении ПАВ из всех жизненных горизонтов клиента.

Реализация вышеприведенной методики возможна как в консультативном (с акцентом на когнитивный технологический компонент), так и в психотерапевтическом (с акцентом на эмоциональный и поведенческие компоненты) вариантах.

Промежуточным индикатором эффективности данной методики является достижение более высоких уровней устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, определяемых повторным тестированием.

Конечным индикатором эффективности в этом случае будут данные долговременного наблюдения и факты существенно более благополучного перераспределения баланса риска – зависимости в сторону отказа от употребления ПАВ.

## ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф.

**1. Общие сведения.** Эпистемологический анализ представляет собой особый способ критического анализа, позволяющего: идентифицировать глубинный культурно-исторический контекст, из которого выводится определенная форма знаний; отделять иллюзии, химеры, беспочвенные верования, «идеологию» от подлинно научных, концептуальных основ знания; отделять поверхностную интерпретацию контекста развития исследуемой области знаний от глубинной; осуществлять, в результате всего вышесказанного, адекватное выведение реальных и обоснованных универсалий в исследуемой сфере, а также путей и методов их получения.

В нашем случае эпистемологический анализ дополнительно включал: 1) метод культурно-исторической реконструкции («эпистемологической археологии», по М. Фуко) и типологии; 2) методы гносеологического и мета-когнитивного анализа; 3) методы формирования проблемного поля, качественных уточнений, квантификации понятий; 4) гипотетико-конструктивный метод.

В качестве вспомогательных инструментов анализа нами использовались: матрица дифференцированного культурно-исторического контекста; универсальная дисциплинарная матрица; унифицированная система профессиональных стандартов; методика выведения ментальных карт.

Предметом анализа были тексты с описанием различных аспектов теории психотерапии (всего 1763 источника).

**2. Результаты исследования** показали, что подлинная природа методологического тупика, в котором, по мнению многих ученых и практиков, пребывает профессиональная психотерапия, заключается в эпистемологическом разрыве культурно-исторического контекста психотерапевтической практики (на так называемой донаучной стадии развития) с доминирующим контекстом кодифицированного научного знания, серьезно ограничивающего предметную сферу психотерапии как молодой науки, переживающей этап своего становления. В результате, основные методологические проблемы

(например, такие как: необходимость совмещения ареалов науки - искусства, категорий объективного - субъективного, универсального – единичного, рационального - иррационального, подходов естественно-научного – гуманитарного, установок пропозиционных - фальсификационных и др.) представляются как неразрешимые. Таким образом подкрепляются сугубо технологизированные, прикладные версии развития профессии, практически без шансов на реализацию интегративных тенденций.

Далее, с использованием гипотетико-конструктивного метода, была продемонстрирована возможность выведения подлинной предметной сферы психотерапии, преодолевающей предшествующие ограничения. А также – возможность перспективной разработки исследовательской методологии и пост-

роения полноценной программы по развитию научной психотерапии.

Было показано, что в новой концепции находят удовлетворительное решение сложные методологические задачи, и таким образом – продемонстрирована несостоятельность идеологизированных штампов о бесперспективности интегративного движения в психотерапии.

В ходе данного исследования уточнены основные векторы интеграции профессиональной психотерапии, разработаны универсальные составляющие структурных и технологических характеристик психотерапевтической коммуникации.

Таким образом, была сформирована обновленная научно-методологическая фаза для форсированного развития психотерапии как самостоятельного научно-практического направления.

## СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Л. Катков	главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф.
Т.В. Пак	заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н.
Ж.Ш. Аманова	заведующая патопсихологической лабораторией РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании»

### 1. Актуальные контексты

(1) Проведенные в последние годы масштабные эпидемиологические исследования показывают, что в психотерапевтической помощи в каждый момент времени нуждается, как минимум, до 21% населения. Из них до 12% – составляют лица с расстройствами адаптации; до 7% – лица с проблемным употреблением психоактивных веществ и признаками химической зависимости (алкоголизм, наркомании); до 2% - лица с психологической зависимостью (вовлечение в деструктивные секты, экстремистские организации, игромании и др.)

Еще для 11% населения с признаками начальных субклинических форм расстройства психики и поведения более тяжелого регистра психотерапия является не основным, но крайне желательным методом лечения и реабилитации.

Многочисленные социологические и клинко-эпидемиологические исследования, результаты национальных мониторингов, проводимые в РК, убеждают в том, что ситуация в сфере психического и психологического здоровья населения меняется в сторону ухудшения, а предпринимаемые противодействующие усилия – профилактические, лечебные, реабилитационные – недостаточ-

ны по охвату населения и малоэффективны по содержанию.

Масштаб, динамика и степень общественной опасности обозначенных деструктивных процессов таковы, что, по оценке экспертов, следует думать о новом типе социальной эпидемии со следующими отличительными особенностями.

Социальные эпидемии (т.е. процессы вовлечения населения в химическую, психологическую зависимость; состояние деморализации, сопутствующее адаптационным расстройствам) обнаруживают тенденции:

- к неконтролируемому распространению;
- к прямой и косвенной взаимозависимости;
- прямое деструктивное воздействие социальных эпидемий затрагивает существенную часть общества – до 21%;
- косвенное деструктивное воздействие затрагивает общество в целом;
- прямые экономические потери, несомы в связи с распространением социальных эпидемий составляют от 3-х до 5% ВВП;
- традиционные способы противодействия, выстраиваемые по аналогии борьбы с биологическими эпидемиями, малоэффективны.

---

---

*Основные движущие силы распространения социальных эпидемий:*

- 1) повышение агрессивности среды (в первую очередь – информационной);
- 2) деградация естественных саногенных механизмов;
- 3) прогрессирующее снижение адаптационного потенциала населения;
- 4) запаздывание темпов формирования эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации.

Наиболее существенным фактором риска вовлечения населения в социальные эпидемии является *дефицит свойств психологической устойчивости индивида к агрессивному воздействию средовых факторов.*

(2) Проведенные микро- и макросоциологические исследования в отношении структуры и содержания основного запроса различных групп населения на психотерапевтическую помощь показывает, что более 60% опрошенных вообще не имеют представления о профессиональной психотерапии и ее возможностях.

В осведомленной группе респондентов, за редким исключением (менее 3% опрошенных), от психотерапии ожидают: «... достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений (улучшения состояния здоровья, самочувствия, качества жизни и др.) в ограниченные временные периоды».

Исследования в отношении структуры и содержания представленных в РК психотехнологий показывают, что такого рода запросу в наибольшей степени соответствует парапрофессиональная практика целителей, экстрасенсов, магов, колдунов, знахарей (этот список можно продолжить), которая чаще всего ограничивается одним, максимум – тремя сеансами. В данной связи парапрофессиональная психотехнологическая практика составляет от 85 до 90% всего объема психотехнологий, реализуемых на свободном рынке соответствующих услуг.

В то же время, по результатам оценочных исследований, парапрофессиональная психотехнологическая практика способствует формированию магического, зависимого сознания у существенной части вовлеченного населения. Т.е., в конечном итоге – ухудшению качества психологического здоровья, а не росту психологической устойчивости населения к агрессивным факторам среды, как это требуется в настоящей ситуации.

(3) Анализ реального состояния профессиональной психотерапевтической помощи показывает, во-первых, что данным видом помощи охватывается менее 10% нуждающегося населения. А во вторых, существующая практика не соответствует реальному запросу на экспресс-терапевтические форматы.

Современная психотерапия в РК и бывших союзных республиках ориентирована, в основном, на

краткосрочные форматы (10-25 сессий). Существенно реже реализуются среднесрочные форматы (от 25 до 50 сессий). И в том, и в другом случае среднестатистические потери клиентов после 1-2х встреч составляют более 60%.

При наличии колоссальной потребности в психотерапевтической помощи доступ в данную профессию существенно затруднен. Согласно действующим нормативным положениям, психотерапия – исключительно медицинская специальность (в то время как в мировой практике психотерапия, в основном, психологическая либо медико-психологическая специальность). Но, кроме того, психотерапия – субспециальность психиатрии. Т.е., чтобы стать профессиональным психотерапевтом, нужно, как минимум, получить высшее медицинское образование, последиplomную подготовку по курсу психиатрии и трехгодичную психиатрическую практику. В то же время объем и качество подготовки (курсы первичной специализации, интернатуры, тематического усовершенствования) по психотерапии явно недостаточны для приобретения базовых знаний – умений – навыков, необходимых для достижения максимального и устойчивого терапевтического эффекта в минимальные временные периоды.

Получившие распространение в последние годы технологии психологического консультирования и психологических тренингов не покрывают потребности населения в квалифицированной психотерапевтической помощи. В силу крайне слабой подготовки специалистов, реализующих данные психотехнологии, и полного хаоса в теории и практике такого рода воздействий (отсутствует доказательная база по определению эффективности конкретных консультативных и тренинговых технологий) их терапевтическая и развивающая ценность сомнительна.

Следует сказать и об отсутствии надлежащих условий для улучшения качества консультативной и тренинговой помощи (возможностей адекватных теоретических, практических разработок, определения их эффективности, реализации соответствующих программ подготовки специалистов и т.д.).

## **2. Анализ предшествующих достижений**

Проведенный нами анализ подходов, разрабатываемых в сфере психотерапевтической помощи, показывает отчетливые перспективы развития направления социальной психотерапии.

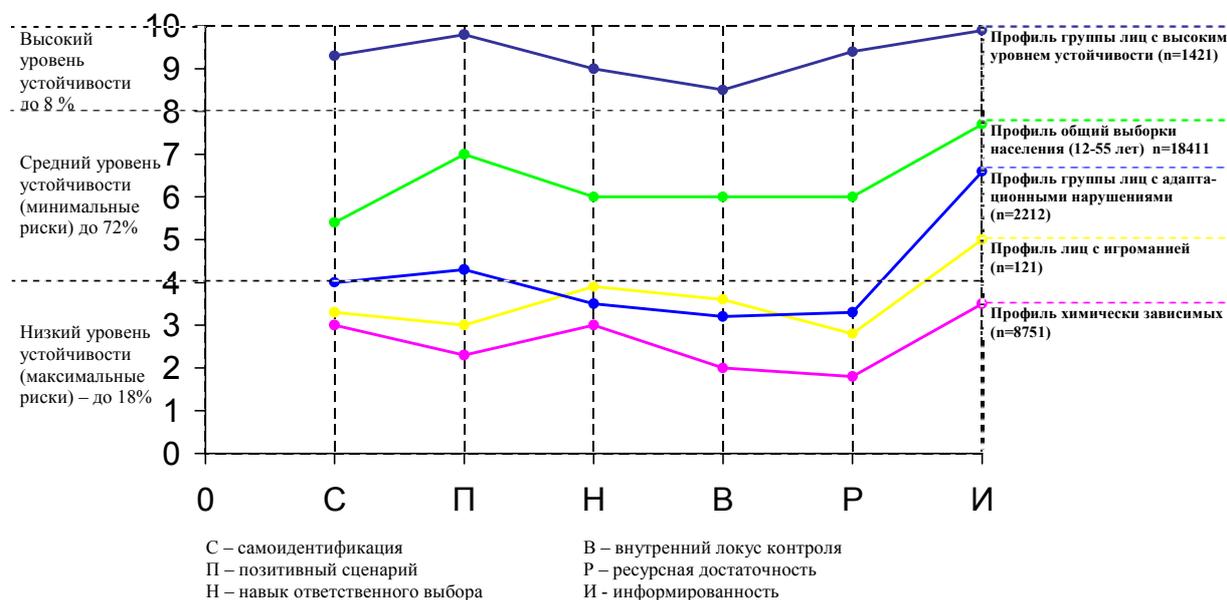
В частности, в результате масштабных эпидемиологических, клинико-психологических, экспериментально-психологических исследований 2001-2010 гг. удалось идентифицировать свойства психологической устойчивости индивида к воздействию агрессивных факторов среды, вовлечению в химическую, психологическую зависимость. Каждое из идентифицированных свойств психологической устойчивости характеризовалось наличием статистически достоверной и явно выраженной антагонистичес-

кой взаимозависимости с признаками вовлечения в химическую, психологическую зависимость, наличия адаптационных расстройств.

На схеме 1 приведено описание профилей психологической устойчивости по основным, в том числе проблемным группам населения.

Схема 1

Среднестатистические профили свойств психологической устойчивости по дифференцированным группам населения



Данная схема иллюстрирует достоверную разницу по каждому из анализируемых свойств, регистрируемую при сравнении «здоровой» и «больных» групп населения.

Разработан универсальный алгоритм формирования полноценной психологической устойчивости к агрессивному влиянию среды, вовлечению в эпидемии химической и психологической зависимости, который может быть воспроизведен в соответствующих психотерапевтических технологиях.

Сформулированы основные положения концепции психологического здоровья – устойчивости, адекватные задачам эффективного противодействия распространению социальных эпидемий.

Разработаны организационные и технологические характеристики мета-модели социальной психотерапии, соответствующие основному социальному запросу в сфере профессиональной психотерапевтической помощи.

Разработаны технологии компьютерной диагностики рисков вовлечения в химическую и психологическую зависимость.

Вместе с тем, следует констатировать, что фрагментарность, отсутствие эффективной координации, слабая ресурсная и финансовая поддержка и сложности в оформлении конечного продукта – выверенных протоколов экспресс-психотерапевтического, консультативно-психологического и тренингового воздействия – самым негативным образом сказывается на темпах, масштабах и общей эффективности решения проблем социальных эпидемий.

### 3. Характеристики общего проблемного поля в структуре необходимого социального ответа

На основании всего вышесказанного наиболее адекватным представляется следующий алгоритм выстраивания общего проблемного поля – начального звена организованного и эффективного противодействия распространению социальных эпидемий.

Для решения данной неотложной социальной проблемы необходимы:

- кардинальные изменения действующих доктринальных подходов в системе здравоохранения и образования;
- разработка и реализация масштабных исследований, образовательных, методологических и организационных проектов в области социальной психотерапии;
- разработка и реализация программы мониторинга психологического здоровья – устойчивости населения к вовлечению в основные социальные эпидемии; способов определения эффективности всего спектра реализуемых психотерапевтических, консультативно-психологических, тренинговых, парапрофессиональных технологий;
- привлечение к решению вышеперечисленных проблем достаточных интеллектуальных, организационных и финансовых ресурсов; обеспечение эффективной координации соответствующих научных, образовательных, методологических и организационных проектов.

---

---

Вышеприведенные проблемные блоки являются основой для формирования целей и задач по организованному противодействию распространению социальных эпидемий в РК.

#### **4. Обоснование необходимости организации специального исследовательского центра социальной психотерапии в РК**

Адекватная реализация первых трех проблемных блоков (см. предыдущий раздел) невозможна без оперативного решения задач последнего проблемного уровня – т.е. концентрации необходимых ресурсов в рамках единого исследовательского центра, действующего по специальной программе.

В связи со всем сказанным, **основная цель** создания и последующей деятельности центра (института) социальной психотерапии – эффективное противодействие распространению социальных эпидемий.

**Основные задачи** соответствуют главным профилям функциональной активности Центра:

- реализация масштабных исследовательских проектов в сфере социальной психотерапии, первичной психотерапевтической помощи;
- реализация масштабных образовательных проектов в сфере подготовки специалистов по экспресс-психотерапии, включая профессиональных психотерапевтов, консультирующих психологов, школьных психологов и специалистов по социальной работе;
- разработка научно-обоснованных стандартов и протоколов первичной психотерапевтической помощи;
- разработка организационных моделей первичной психотерапевтической помощи;
- обеспечение методологического сопровождения всех этапов апробации, внедрения и институализации наиболее эффективных форм первичной психотерапевтической помощи;
- реализация экстренной психотерапевтической помощи при чрезвычайных ситуациях;
- реализация специальных программ первичной психотерапевтической помощи в медийном пространстве (телевидение), интернете.

**Оптимальная структура**, выводимая из специфики актуальных задач, следующая:

- управленческий блок;
- научно-исследовательский блок (формируется в соответствии со спецификой реализуемых исследовательских проектов);
- блок профессионального (последипломного, дополнительного, непрерывного) образования специалистов-психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе;
- блок диагностических лабораторий (клинико-биологическая, иммунологическая, нейрофизиологическая, экспериментально-психологическая);

- блок компьютерных, медийных и других дистанционных технологий с возможностью поддержки тематических сайтов и организации терапевтических конференций в интернет-пространстве;
- методологический блок.

#### **Планируемые результаты**

За счет деятельности Центра (института) социальной психотерапии в **краткосрочной перспективе** (до 1,5 лет):

- будут разработаны и апробированы эффективные технологии экспресс-психотерапевтической помощи с возможностью охвата значительных групп населения;
- будут разработаны программы профессиональной подготовки специалистов медицинского, психологического, социального профиля в сфере социальной психотерапии и первичной психотерапевтической помощи;
- будут созданы комплексные программы мониторинга и оценки эффективности реализуемых психотехнологий;
- будут организованы тематические сайты с возможностью видеоконференций по оказанию первичной психотерапевтической помощи;
- будет реализован начальный этап по разработке нормативной базы мета-модели социальной психотерапии, включая уровень первичной психотерапевтической помощи.

**В среднесрочной перспективе** (до 3-х лет):

- будут разработаны протоколы первичной психотерапевтической помощи в основных сферах социального сектора: 1) здравоохранении; 2) образовании; 3) медийном пространстве, интернете;
- будут подготовлены специалисты медицинского, психологического и социального профиля в количестве, достаточном для организации этапа первичной психотерапевтической помощи в РК;
- будут утверждены нормативные документы, регламентирующие и стимулирующие процесс оказания высококачественной, многоуровневой психотерапевтической помощи в соответствии с потребностями населения РК;
- будет отмечаться положительная динамика в объемах и качестве оказания профессиональной психотерапевтической помощи, особенно интенсивной на первичном уровне;
- будет отмечаться существенное снижение востребованности и объемов реализации парапрофессиональной (целительской, колдовской и др.) практики среди населения РК;
- будут отмечаться тенденции к уменьшению темпов вовлечения детей, подростков и молодежи в эпидемии химической и психологической зависимости.

---

---

**В долгосрочной перспективе** (от 5 до 10 лет):

- будет создана эффективная система гуманитарного противодействия деструктивным социальным эпидемиям с возможностью полноценного охвата нуждающегося населения необходимой профилактической и психотерапевтической помощью;
- будут фиксироваться стойкие тенденции к повышению уровней психологической устойчивости населения к вовлечению в наиболее деструктивные социальные эпидемии химической, психологической зависимости, адаптационных расстройств;
- будет отмечаться общая тенденция к повышению индивидуальной и социальной эффективности вследствие ожидаемого повышения качества психологического здоровья населения РК;
- будет обеспечиваться стойкая тенденция к снижению первичной и общей заболеваемости населения по профилю химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания, лекарственная зависимость) и психологической зависимости (игромания, вовлечение в деструктивные секты, экстремистские организации).

Таким образом, будут созданы предпосылки для стабильного общественного развития и укрепления значимых параметров социального порядка высокого уровня психического и психологического здоровья населения.

##### **5. Основные условия эффективной и оперативной реализации проекта организации Центра (института) социальной психотерапии**

- принципиальная поддержка правительственными структурами идеи проекта организации научно-исследовательского Центра (института) социальной терапии;
- оперативное решение вопросов о выделении помещения и базового финансирования (согласно представленному технико-экономическому обоснованию) на период 2011-2012 гг.;
- оперативная разработка тематической научно-технической программы Центра (института) социальной терапии на 2012-2014 гг. и решение вопросов о грантовом финансировании соответствующей НТП;
- формирование специальной инициативной группы, действующей при органах власти, с полномочиями по решению широкого круга вопросов, связанных с созданием Института социальной психотерапии;
- в частности, данной группой должен быть подготовлен календарный план технических заданий по организации Центра (института) социальной терапии, осуществлен конкурсный набор управленческого персонала, под-

готовлена первичная база нормативных документов (Устав, основные положения, индикативный план развития и др.), которые регламентируют основные направления и принципы деятельности Центра.

##### **Анализ возможных альтернатив**

В качестве альтернативных вариантов решения главной задачи – организации эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий и обеспечения полноценного охвата населения РК необходимой психотерапевтической помощью – можно рассматривать следующие:

- оформление многолетнего социального гранта, предусматривающего создание временного коллектива по решению научных, методологических, образовательных, организационных проблем, связанных с формированием мета-модели социальной психотерапии в РК;
- подготовка специального технического задания аналогичного содержания для действующих НИИ с компетенцией в сфере психического и психологического здоровья, с последующей разработкой и реализацией соответствующего фрагмента научно-технической программы;
- делегирование тематических социальных или научных грантов наиболее состоятельным кафедрам, действующим в структуре медицинских вузов или академий последипломного образования с основным профилем деятельности в сфере психотерапии.

В этом случае можно ожидать существенное уменьшение расходов по основным затратным статьям (содержание зданий, помещений, организация современных диагностических лабораторий, оплата управленческого персонала).

В то же время главным контраргументом в отношении обозначенных альтернатив является то, что в данном случае:

- происходит «децентрализация» проблемы эффективного противодействия распространению социальных эпидемий и организации эффективной первичной психотерапевтической помощи в ряду других программных приоритетов и неизбежное снижение статуса данных важнейших социальных задач;
- не обеспечивается главного условия эффективного и своевременного выполнения полного комплекса технических заданий, исследовательских фрагментов – концентрации необходимых кадровых, технологических, управленческих и финансово-экономических ресурсов вокруг главных задач проекта;
- не обеспечивается необходимого управленческого прессинга в части широкомасштабного внедрения конечного продукта – эффективных технологий социальной психотерапии

- 
- 
- в систему здравоохранения, образования, медийное пространство, интернет;
  - по своим кадровым и технологическим возможностям в настоящее время ни одно из действующих научных или образовательных учреждений РК (профильных НИИ, кафедр додипломной, последипломной подготовки) не в состоянии реализовать масштабную программу первичной психотерапевтической помощи с использованием медийных каналов, интернета, организовать необходимый в данном случае мониторинг эффективности;
  - по своим управленческим и организационным возможностям ни одна из поименованных структур не в состоянии сформировать необходимые региональные сети пунктов первичной психотерапевтической помощи, установить и поддерживать контакты с многочисленными профессиональными ассоциациями и центрами последипломной подготовки психологов-консультантов, школьных психологов, специалистов по социальной работе, медийными лидерами и властными структурами всех уровней, что является од-

ним из главных условий достижения основной цели проекта.

Таким образом, наиболее вероятные последствия решений в пользу приведенных альтернатив: 1) затягивание сроков реализации проекта; 2) неполный объем выполнения основных технических заданий с неоправданной элиминацией наиболее важных фрагментов; 3) низкое качество и незначительные масштабы реализации исследовательских, пилотных подпроектов; 4) отсутствие или неоправданное затягивание процесса институализации разработанных технологий социальной психотерапии; 5) отсутствие динамики в достижении планируемых среднесрочных и долгосрочных результатов от реализации проекта.

Следует отметить, что такого рода ситуация имеет место и в настоящее время – фрагментарная активность отдельных исследователей или групп, не оказывающая какого-либо заметного влияния на динамику деструктивных социальных процессов.

В данной связи единственным решением в пользу достижения основных целей настоящего проекта будет решение об открытии Центра (института) социальной психотерапии в РК.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОЛЬШОЙ ГРУППЫ КАК ИНСТРУМЕНТА СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

С.В. Петрушин

доктор психологических наук, Казанский (Приволжский) федеральный университет

Использование большой группы как условие и средство воздействия на личность имеет давнюю историю. Сегодня в связи с радикальными преобразованиями в мире конца XX и начала XXI века проблематика больших групп переживает второе рождение. Современный этап развития мирового сообщества приводит к тому, что статус больших групп и их роль значительно меняются. Мир сегодня столкнулся с серьёзной проблемой, обозначаемой разными терминами (зомбирование, программирование и т. д.), суть которой заключается в том, что существуют способы и технологии влияния на сознание отдельного человека за счёт использования большой группы как условия и как средства этого влияния. Речь идет о применении новейших психотехнологий в большой группе, которые имеют большую результативность, но далеко не всегда позитивную направленность. К сожалению, чаще всего мы сталкиваемся с их использованием для манипулирования личностью с целями, которые не совпадают с ее интересами.

Несмотря на то, что характер интеракций, содержание взаимодействия и результат работы в такой

большой группе может быть самый различный - создание группы сетевого маркетинга, психокульты, деструктивной секты, изменение структуры корпорации, построение военизированной группировки или духовно-религиозного сообщества и т. д., - общими и сквозными остаются как технологические приемы, так и социально-психологические механизмы, которые используются независимо от того, какая направленность у такой группы. Эти способы работы в специфической большой группе имеют высокую результативность. К сожалению, на сегодня государственные структуры, которые обязаны, в случае возникновения деструктивного для личности сообщества, противодействовать ему, не могут пока дать адекватный ответ. Чаще всего используются административные или репрессивно-запретительные методы, которые, как известно, не работают, а в ряде случаев даже усиливают деятельность групп деструктивной направленности.

Таким образом, вновь актуальна потребность в изучении особенностей психологии большой группы, в выявлении социально-психологических механизмов, лежащих в основе её технологий, а также в

---

---

создании методов, которые имели бы позитивную направленность и могли бы быть противопоставлены существующим манипулятивно-деструктивным способам воздействия на людей. Такие разработки могут быть важны с практической точки зрения и быть востребованными в самых различных сферах социальной жизни, в том числе, для надежного противодействия вовлечению людей в сообщества, цели которых не совпадают с интересами этих людей. Групповая работа в условиях большого числа участников может стать не только изощренным способом манипулирования сознанием людей, но и новым измерением в социальной и психологической работе.

В настоящее время уже назрела необходимость новой парадигмы в изучении больших групп. Традиционная идея о негативном влиянии большой группы, идущая от Г. Лебона, нуждается в пересмотре. С подачи З. Фрейда в качестве очевидного у многих исследователей присутствует мнение, что от большой группы людей, в которой нет четкого руководства, можно ожидать чего угодно; масса импульсивна, непостоянна и раздражительна; в основе её поведения лежит исключительно инстинктивность (бессознательность). До сих пор во многих странах присутствует представление о том, что большие группы могут быть использованы лишь властью для стабилизации своего аппарата и своей идеологии. Большая группа стойко ассоциируется именно с негативным воздействием как фактор манипулирования, «нивелирования» и психологической обработки, которому отдельной личности противостоять сложно.

Однако при этом на протяжении всей культуры человечества можно обнаружить различные формы успешного применения «энергии» большой группы. Сюда можно отнести средневековые карнавалы и мистерии, маскарады, традиционные театрализованные шествия, праздничные и военные парады, народные гулянья, сеансы массой психотерапии, музыкальные фестивали, спортивные стадионы, ритуальные действия, обряды инициации и т.д. Многие эффекты, которые возникают при этом, возможны только при наличии именно большого количества людей. В малой группе такой результат получить невозможно. Очевидцы и исследователи говорят об особой атмосфере большой группы, об энергии толпы, о сильном изменении эмоционального состояния и т.д. Целенаправленное использование потенциала большой группы оказывается мощным фактором, могущим оказывать на участников группы не только разрушительное, но и позитивное влияние (сплочение, энтузиазм, эмоциональный подъем).

О том, что большую группу пора реабилитировать, всё чаще начинают говорить различные исследователи. Например, Дж. Шуровский (J. Surowiecki) пишет о таком явлении как «мудрость толпы», отмечая, что чем более многочисленна толпа, тем она

умнее. Г. Рейнгольд (H. Rheingold) в книге «Умная толпа: новая социальная революция» считает, что мобильная связь и повсеместная компьютеризация уже начинают менять способы общения, трудовой творческой деятельности и управления. Беспроводные оргтехнические компьютеры и интерактивные (онлайн) общественные сети позволят совместно действовать в условиях, прежде этого не допускавших. С их помощью люди станут создавать группы нового типа. Через десять лет, как считает Г. Рейнгольд, люди, оснащенные техническими устройствами, составят «умные толпы» и их общение обретёт невиданные прежде формы и возможности. В качестве примера одного из таких новых феноменов социально-массового явления, связанных с развитием современных средств массовых коммуникаций, можно привести флешмоб (от англ. flash mob — «мгновенная толпа»). А. Минделл (A. Mindell) прямо пишет о том, что «...нам необходимо развить новую профессию, которая работала бы с большими группами так же хорошо, как и с отдельными людьми, чтобы создать более наполненный смыслом и захватывающий мир. Эта новая профессия обязана соединить в себе уже существующие профессии, эффективно взаимодействовать с окружающей средой и физической вселенной и извлекать пользу из особенностей того времени, в котором мы живем».

Таким образом, в основе предложенной нами парадигмы рассмотрения большой группы лежит представление о том, что в ней заложен мощный конструктивный и позитивный потенциал, который нуждается в отдельном изучении. В рамках предложенной парадигмы нами были рассмотрены разновидности таких больших групп, собранных для реализации определенных задач позитивной направленности. К таким группам «нового типа» могут быть отнесены различные организационные, тренинговые или психотерапевтические группы.

Из отечественного опыта в качестве наиболее известных работ можно выделить следующие формы: «Коллективная психотерапия» (С.С. Либих), «Арена общения» (А.Б. Добрович), «Школа общения» (Е.Е. Кунин), «Игровой полигон» (С.В. Петрушин), «Психологический декадник» (В.В. Макаров).

Из раннего зарубежного опыта: «ЭСТ» (В. Эрхард (W. Erhard)), «СТМ» (Семинар управления временем), «Тавистокская модель тренировки групповых отношений» (В.Р. Бион (W. R. Bion)), Лайфспринг «Lifespring», (А. Эверетт, Дж. Хенли (A. Everett, John Hanley)), Р. Уайт (R. White), «Социодрама» (Я. Морено (J. Moreno)), «Большая группа» (Дж. Ломакс-Симпсон (J. Lomax-Simpson)), «Большая психодинамическая группа» (П. Де-Маре (P. de Mare)), «Большая психотерапевтическая группа» (Дж. Шэйкед (J. Shaked)).

В настоящее время в практике зарубежной групповой работы используется уже свыше 70 методов эффективной проектной и развивающей работы в

---

---

условиях большой группы, количество участников в которых доходит уже до 3 тысяч человек. В зарубежной литературе термин для обозначения такого рода больших групп нередко используется не для прямого их обозначения, а как название целого блока методов быстрых изменений и становления профессиональной или учебной общности как целостности. За рубежом наиболее распространенное название психотехнологий с использованием больших групп – «Large group intervention», то есть «Преобразование большой группы». Концепция организационных изменений в рамках методов «Преобразование большой группы» отличается от других форм изменений тем, что акцент делается на вовлечении всей системы как большой группы в процесс изменения в сжатые сроки.

В самом общем виде методы «Преобразование большой группы» представляют собой форму широкомасштабных мероприятий. На них, оставив иерархические различия у входа, собираются все знающие и толковые специалисты организации. Оптимальным некоторые специалисты считают размер группы в 64 человека (8 столов по 8 человек). Однако реальное количество участников может быть гораздо больше и доходить до нескольких тысяч человек – всё упирается в размер помещения. Из столкновения мнений и оценок, согласий и разногласий, мечты и реальности, дискуссий на пленарных заседаниях и небольших собраниях, сопоставления дальних целей и краткосрочных приоритетов участники способны выработать общую оценку ситуации и составить представление о возможностях каждого, даже если они до этого не были лично знакомы друг с другом. Наличие всех заинтересованных лиц вместе в едином пространстве, например, в одном зале, создаёт более широкую информационную основу, улучшает параллельные и пересекающиеся процессы в совместной работе, облегчает одновременное планирование и выполнение работы всей организации.

Ниже перечислены некоторые из них: «Конференция поиска будущего» (М.Р. Вайсборд, С. Янов) [M.R. Weisbord S. Janoff «Future Search»]; «Подход к системам как к целому» (Б. Адамс, С. Адамс) [B. Adams S. Adams «Whole Systems Approach»]; «Стратегическое изменение в реальном времени» (Р. Джейкобс, К. Данмиллер, Ч. Тайсон) [R. Jacobs, K. Dannemiller, C. Tyson «Real Time Strategic Change»]; «Благодарный опрос» (Д. Куперрайдер, Д. Уитни) [D. Cooperrider, D. Whitney «Appreciative Inquiry (AI) Summit»]; «Технология открытого пространства» (Х. Оуэн) [H. Owen «Open Space Technology»]; «Мировое кафе» (Х. Браун, Д. Айзекс) [J. Brown, D. Isaacs «World Cafe» ].

До настоящего времени российские и зарубежные методы работы в условиях большой группы развивались параллельно и самостоятельно. Лишь с 1990-х годов зарубежный опыт (в основном, тренинговые формы) стал осваиваться в России. Хотя

это происходило и не всегда позитивно. Например, американский метод «Лайфспринг», который в 1990-х годах начал развиваться в России, сегодня некоторые официальные источники относят к деструктивным методам. В последнее время наблюдается интерес к организационным методам работы, в частности, к использованию «Технологии открытого пространства» и «Мирового кафе», но их использование ещё не получило широкого распространения в России.

Перечисленные направления российских и зарубежных методов работы с большой группой показывают, что на сегодня это активно развивающиеся направления групповой психологии, которые могут быть использованы для повышения эффективности социальной психотерапии. Большая группа даёт возможность в относительно небольшие сроки проводить коррекцию и профилактику социальных эпидемий с большим количеством участников, в отличие от традиционных малых психотерапевтических групп. С этой целью нами в течение 20 лет на различном контингенте были исследованы не только теоретические основы развития такой группы, но и проделана практическая работа по созданию методики становления такой группы из диффузного состояния вплоть до группового субъекта.

Для решения проблемы становления группы с большим количеством человек была создана концепция, в основе которой лежит представление о стихийно-организованной природе большой контактной группы и возможности самоорганизации как основного механизма становления такой группы как субъекта. Мы считаем, что использование стихийных механизмов является специфическим для большой контактной группы, в отличие от малой. Именно в ней возможно осуществление переходов из структурированной группы в стихийную и обратно. Становление большой контактной группы может быть рассмотрено как вариант развития диссипативной структуры со всеми ее атрибутами: точками бифуркации, аттракторами. Специфику управления такой группой можно обозначить как «резонансное лидерство».

Для выяснения возможностей использования большой группы в тренинге нами был разработан и успешно апробирована методика психологической работы в группе с большим количеством человек. Её основные принципы – импровизационно-диалогическая стратегия психологического воздействия, концентрация и синтез форм общения, поэтапное снижение активности ведущего, периодическая перегруппировка участников, волнообразное развитие групповой динамики.

По результатам применения этого метода выявлены и исследованы этапы становления большой группы как субъекта, возникающие в зависимости от смены коммуникативной позиции членов группы от исходной позиции («Наблюдатель») до пози-

---

---

ции «Участник». Было проведено философско-теоретическое изучение основных значимых противоречий в процессе организации тренинга в большой группе, включая социально-психологические механизмы общения.

Для экспериментального исследования становления большой контактной группы как субъекта использовались различные количественные и качественные методы исследования. В частности выявлено, что группо-динамические эффекты происходят более резко, чем в малой группе, большие подъемы и спады настроения; выявлено наличие неравновесных психических состояний, что может свидетельствовать об эффектах самоорганизации; выброс стихийности приводит к взлету эмоциональных состояний, эйфории, повышенной энергетике, к сильным позитивным переживаниям; за счёт сильных позитивных переживаний происходит коррекция эмоционального опыта общения; интенсивная обратная связь приводит к насыщению внешними оценками, стирания образа себя для других; участники рассматривают такую группу как микросоциум, за счёт преодоления эффекта лабораторности у участников происходит осознание себя как части Человечества, происходит экзистенциальное рассмотрение ситуации и группы. Взаимодействие в большой группе даёт многим людям возможность ощутить свою связь с обществом и другими людьми; самоорганизация ведёт к изменению и усложнению взаимосвязи (структуры связей), формируются непосредственные и разные нити друг с другом, но непрямую, как в малой; пассивные стратегии в поведении сменяются активными.

С практической точки зрения, психологическая работа в большой контактной группе является эффективным способом развития способности личности к взаимодействию в широком социальном контексте:

- умению строить общение в группах с большим количеством человек;
- способности быстрой адаптации при переходе из одной общности в другую;
- пребыванию в различных сообществах без внутреннего конфликта и невротизации;
- умению выстраивать взаимодействие между этими сообществами;
- повышению толерантности, формированию активной социальной позиции;
- обретению нового социального опыта, развитию эмоциональной стороны коммуникативной компетентности.

Поэтому большие контактные группы могут способствовать снижению уровня невротизации и агрессивности и выполнять психотерапевтические функции. Общение в большой группе всегда имеет элемент стихийности и ролевого многообразия, что может благотворно сказываться на психическом здоровье её участников.

За счёт того, что большая группа может рассматриваться как прообраз социума, окружающего мира, групповая работа в ней позволяет решать широкий круг задач, связанных с взаимодействием личности и социума. Понимание того, каким образом люди общаются друг с другом в многочисленных по составу участников неформальных объединениях, поможет разрешить самые сложные вопросы, имеющие отношение к формированию организационной структуры и управлению корпорациями. Как отдельные направления такой работы можно выделить следующие: обучение противодействию вовлечения в секты; обучение умению быть собой в толпе в экстремальной ситуации. Особый интерес представляет предположение, что в больших группах возможна тенденция к самоорганизации, что их изучение становится актуальным в плане развития гражданского общества и повышения субъектности больших групп.

В дополнение к вышесказанному можно выделить следующие преимущества работы в большой группе:

- если группу рассматривать как «некий микросоциум, общество в миниатюре», то по мере увеличения числа участников увеличивается степень репрезентативности результатов для участников тренинга. В большой группе снижается эффект лабораторности, и полученные результаты могут с большей лёгкостью переноситься во внешний мир. Значительно увеличивается количество обратной связи от участников;
- большая группа может затрагивать не только межличностные проблемы, но и проблемы отношения к человечеству. Это тематика рода, племени, коллективного бессознательного, архетипы, экзистенциальные проблемы. Иначе говоря, открываются возможности для исправления недостатков персональной социализации, возникает возможность повторной социализации личности;
- в большой группе значительно увеличивается уровень эмоций и переживаний участников, то есть в большой группе гораздо легче создать благоприятную, эмоционально насыщенную атмосферу, активизировать не только интеллектуальную, но и эмоциональную сферу личности;
- в группе с большим количеством участников снижается влияние руководителя, психолога, так как он не в состоянии уделить внимание каждому участнику. Как следствие, обращение за помощью и советом происходит к равным себе партнерам, что может увеличивать активную позицию самих участников;
- в большой группе возникает гораздо больше возможностей создания развивающих ситуаций, которые невозможно воспроизвести в

---

---

малой группе. К таким ситуациям можно отнести следующие: один участник и большая группа, межгрупповое общение, общение между мужскими и женскими подгруппами, общение в малой группе на фоне других групп, переход из одной малой группы в другую на протяжении одного тренинга.

Работа в больших группах может иметь важное практическое применение и востребованность в самых различных сферах социальной жизни - в педагогике, управлении, бизнесе, психологии, психотерапии, работе с эмигрантами и др. На наш взгляд, в перспективе возможно развитие целого направле-

ния психологической работы, где будет адекватно использование свойств большой группы.

Таким образом, групповая работа в условиях большого количества участников может стать вместо изощренного способа манипулирования сознанием людей новым измерением в организационном консультировании, практической психологии и психотерапии. Полученные результаты показывают, что использование большой группы может быть важным ресурсом в профилактике и коррекции социальных эпидемий, надежным противодействием вовлечению людей в сообщества, цели которых не совпадают с их интересами.

## СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ

М.А. Пушкина

кандидат психологических наук, директор по развитию Центра социальных проектов «Белый Дом» (г. Санкт-Петербург, РФ)

Центр социальных проектов «Белый Дом» принимает активное участие в исследовании состояния человеческого капитала на территории Российской Федерации, а также в социальных образовательных и научных программах, направленных на привлечение внимания общественности к проблемам состояния населения и противодействие социальным эпидемиям (в частности наркомании, экстремистскому поведению среди молодежи, вопросам терроризма). К сожалению, на данный момент времени можно констатировать, что по своему психологическому состоянию население Российской Федерации не способно выдерживать нагрузки, накладываемые внешней средой. Следствием этого становятся разрастающиеся социальные эпидемии (алкоголизм, наркомания, экстремизм, терроризм и т.д.). Психологическое состояние населения в России вышло за рамки частного вопроса. Развивающиеся социальные эпидемии угрожают безопасности страны. Оптимизация психологического состояния населения становится задачей № 1 для государства.

Накоплен огромный массив данных, который говорит о крайне тяжелом психологическом состоянии населения Российской Федерации (РФ). Эту информацию можно найти в официальных статистических данных, в экспертных заключениях<sup>1</sup>, в рейтингах международных организаций (например,

ООН<sup>2</sup>), в данных научных исследований на территории РФ и т.д. В качестве примеров исследований психологического состояния населения Российской Федерации, можно привести работы, выполненные под руководством профессора А.И. Юрьева, по измерению уровня психолого-политической стабильности<sup>3</sup>, где в основе лежит психологический инструментальный оценки состояния населения. В исследовании состояния человеческого капитала в двух регионах РФ, проведенного под руководством А.И. Юрьева, были получены следующие результаты.

Для большинства респондентов характерен низкий уровень активации центральной нервной системы (ЦНС), что свидетельствует о сниженном функциональном состоянии человека, сниженной готовности к действиям. Ориентация на быстродействие выполнения любых тестовых заданий в ущерб качеству выполнения. Нестабильность и хаотичность реакций. На этом фоне неадекватно завышенная оценка своего физического состояния, активности и настроения. Элементы эйфории. Последствия неадекватного восприятия своего состояния – это недооценка угроз, связанных с физическим состоянием организма, несоблюдение правил безопасности жизнедеятельности, режима труда и отдыха, питания и т.п. В целом это признаки психологического переутомления<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Римашевская Н.М. Русский крест // Природа – 1999 - № 6 В10

<sup>2</sup> Иванов Н.В. Неоколонеолизм // М, 1996

<sup>3</sup> Пушкина М.А. Опыт диагностики психолого-политической стабильности (на материалах г. Санкт-Петербург, 2004-2005 г.г.) // Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук. под научным руководством Юрьева А.И. — СПб., 2006

<sup>4</sup> Бурикова И.С., Коновалова М.А., Пушкина М.А., Юрьев А.И. Опыт психологического измерения человеческого капитала. / под редакцией проф. Юрьева А.И. – Санкт Петербург, 2009. — 139 с

---

---

---

---

О тяжелом психологическом состоянии говорят специалисты разных направлений. Так, д.м.н., профессор Катков А.Л. приводит количественные оценки необходимого масштаба психотерапевтической помощи населению России: «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»<sup>5</sup>.

Что же случилось? Исследователи и эксперты сходятся в мысли, что за последние десятилетия в Российской Федерации утратил свою силу такой регулятор поведения, как морально-нравственные основы жизни, смыслы жизни, ценности и цели. Политические институты страны не справляются с морально-ценностным регулированием поведения жителей страны - это связано со сложностями, как внутри страны, так и за ее пределами. Следствием этого является ухудшение психологического и физического состояния населения, увеличение числа негативных поведенческих реакций людей в обществе, нагнетание социальных и политических конфликтов. Во многом мысли, представленные в этом разделе, сформулированы под влиянием идей А.И. Юрьева, которые были опубликованы или высказаны в личных беседах. В своих работах А.И. Юрьев акцентирует внимание на понятиях: «смысл жизни», «цели», «ценности», «картина мира», «образ жизни», «жизненная позиция», как основы для формирования человеческого капитала<sup>6</sup>, что в свою очередь является основой построения государства, «изменения человека под влиянием глобализации» и т.д.<sup>7, 8, 9</sup> Период глобальных исторических и политических перемен, в котором сейчас пребывает Российская Федерация, сопровождается полным разрушением устоявшей системы социальных ожиданий. Человек оказывается в непонятной для себя агрессивной внешней среде с совершенно новыми правилами взаимодействия и возможностями выживания. Сохранить себя, как физически, так и

психологически в период перемен человек сможет, только имея смысл жизни.

При осознанной политике смысл жизни человека формулирует государство и транслирует его через свои социальные институты работы с населением. При этом вся государственная политика настроена на поддержание заданного смысла жизни человека - другими словами государство формирует условия для реализации человеком своих смыслов жизни. Сейчас в России, с одной стороны - государство не в состоянии сформулировать для населения и поддерживать через свою политику понятие смысла жизни, целей и ценностей для человека. С другой стороны, как отмечают многие исследователи, вопросы формирования смысла жизни в системе образования полностью игнорируются. То есть государство не дает понимания смысла жизни, а население самостоятельно не умеет формулировать для себя смысл жизни. Фактически население остается беззащитным перед психологическими и физиологическими угрозами жизни.

Предлагаемое решение вопроса – комплексная социально-психотерапевтическая работа с населением, работа со смыслами (смысл жизни, цели, ценности) как через использование самостоятельных психотерапевтических технологий, так и с помощью привлечения к решению этого вопроса политических институтов страны.

Термин «социальная психотерапия» - хорошо устоявшееся понятие в психологии. В основе данного вида психотерапии лежит улучшение взаимоотношений по направлению «Человек - Общество». «Задача социальной психотерапии - с помощью психотерапевтических воздействий не только лечить болезни, осуществлять психогигиенические и психопрофилактические мероприятия, но и улучшить социальное поведение индивида»<sup>10</sup>.

Принято связывать развитие термина «социальная психотерапия» с именем американского психолога-бихевиариста Берреса Скиннера<sup>11</sup>. Необходимость появления социальной психотерапии была вызвана тем, что для ученых стало очевидно ухудшение психологического состояния людей под воздействием тотальных угроз, таких как эпидемии, ухудшение экологической обстановки, угроза ядер-

---

<sup>5</sup> Катков А.Л. Социальные эпидемии (аналитический обзор) - М, 2009

<sup>6</sup> Юрьев А.И. Базовая психологическая модель человеческого капитала - [http://www.inspp.ru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=175&Itemid=29](http://www.inspp.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=175&Itemid=29)

<sup>7</sup> Юрьев А.И. Психолого-политические угрозы глобализации // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 6., - 2006 - выпуск 3, с. 131-142

<sup>8</sup> Юрьев А.И. Строительство гражданина. // Стратегия России – 2004 - № 6, с. 11-20

<sup>9</sup> Юрьев А.И. Формула менталитета петербуржцев. // В сборнике статей «Москва-Петербург. Российские столицы в исторической перспективе» - СПб, 2003. с. 38-64

<sup>10</sup> Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е издание дополненное и переработанное //СПб, из-во Пите, 2006

<sup>11</sup> Скиннер Б.В. По ту сторону свободы и достоинства (Beyond Freedom and Dignity). New York: Knopf, 1971

---

---

ной войны и т.д. Методологические подходы к социальной психотерапии с 70-х годов XX века претерпели существенные изменения. Сначала социальная психотерапия базировалась на коррекции поведенческих реакций индивида. Иначе говоря, человека обучали правильному поведению в обществе, но этого оказалось недостаточно для достижения устойчивых положительных изменений. Социальная психотерапия стала обращаться к морально-ценностным основам поведения человека. В западных обществах традиционно морально-ценностным регулятором поведения человека выступали религиозные учения, но подрыв доверия к религиозным институтам в целом, привел к поиску новых форм работы с населением, в том числе и методами социальной психотерапии.

Необходимость обращения к технологиям социальной психотерапии стала крайне актуальна в современный исторический период. Возможность применения методов социальной психотерапии для морально-ценностной регуляции поведения населения в масштабах всей страны или отдельных регионов РФ достаточно плотно обсуждается в психотерапевтическом и психологическом сообществе России. Есть попытки применения этих технологий на практике. В частности, можно вспомнить работы психотерапевта - телеведущей Влады Викторовны Титовой и ее концепцию первичной психологической помощи населению. В статье «Особенности современного клиента психологического консультирования» политический психолог М.А. Коновалова указывает на широкий пласт людей, которые «лишены возможности обращения к психологам и психотерапевтам за квалифицированной помощью»<sup>12</sup>. Эти люди не готовы прийти на прием к психологу из-за банального отсутствия информации, а так же из-за отсутствия денег».

Если говорить о практике применения социальной психотерапии в России, в том числе и под контролем политических институтов, нужно говорить о практике дистантного психологического консультирования больших масс людей, то есть консультирования без прямого контакта. Остановимся на нескольких особенностях этого вида психологической помощи.

1. Специфический канал общения психолога и группы клиентов. При дистантном массовом консультировании не происходит прямого общения «клиент – специалист»; общение происходит в

одностороннем порядке через посредничество средств массовой информации - телевидение (от художественных фильмов до работы в прямом эфире психолога-консультанта), радио, печатные издания, интернет.

2. Работа с большой группой людей. На сеансе у специалиста в условиях дистантного массового психологического консультирования находятся одновременно десятки тысяч людей с разной степенью включенности в обсуждаемую проблему, с разными начальными условиями появления проблемы и сопутствующими сложностями. При этом психотерапевт не может контролировать, что происходит с его «клиентами» во время сеанса.

3. Использование в работе рекомендаций-шаблонов для выхода из психологически сложных ситуаций. Разное состояние «клиентов» не позволяет детально разбирать предлагаемые психологически сложные ситуации и искать индивидуальные подходы к решению проблемы. Необходимые обобщенные рекомендации, которые смогут использовать большинство «клиентов» в жизни для преодоления психологических сложностей.

4. Отсутствие обратной связи с «клиентами». Дистантное психологическое консультирование не подразумевает отслеживания дальнейшей судьбы «клиентов», так как крайне сложно отследить, как изменится психологическое и эмоциональное состояние людей. Скорее всего, понадобится разработка отдельных исследовательских программ для оценки изменений состояния населения после внедрения проектов, связанных с дистантным психологическим консультированием.

5. Высокий уровень ответственности и профессионализма, необходимый для работы психолога в условиях дистантного психологического консультирования. Даже не видя и не зная лично своих «клиентов», психолог-консультант несет ответственность за последствия тех изменений, которые произошли с каждым человеком после дистантного массового психологического консультирования.

Таким образом, завершая статью необходимо отметить, что политическая психология обладает инструментами, позволяющими оптимизировать психологическое состояние населения с целью противостояния социальным эпидемиям и снизить напряжения социальных конфликтов. Необходимо разработать этические нормы и границы использования этих методов на практике, а также наличие политической воли для их применения.

---

<sup>12</sup> Коновалова М.А. Особенности современного клиента психологического консультирования. – Санкт-Петербург, 2010

---

---

## МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕ-, РАДИО- И ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИИ

В.В. Титова

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии

Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала (ВОЗ, 2005). По данным официальной статистики, распространенность психических расстройств, не достигающих психотического уровня, в России составляет 27,3% взрослого населения. Между тем, за специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью обращаются лишь 1,4% населения. В связи с этим вопрос оказания профилактической и первичной специализированной помощи сектору населения, не охваченному существующими амбулаторно-поликлиническими службами, представляется чрезвычайно актуальным.

В 2008 году на базе Санкт-Петербургского телеканала «ТВ 100» и радио «Балтика» нами была создана еженедельная специализированная программа «Час психотерапевта», выходящая в прямом эфире телевидения и радио. В рамках программы происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями и радиослушателями, позвонившими в эфир и заявившими свою актуальную проблему. Кроме того, у телезрителей есть возможность задать специалисту любой вопрос через СМС-портал (анонимно и бесплатно), через телефонного

редактора, через специально созданный форум на сайте телеканала или по электронной почте. С 2010 года в структуре программы открыта «Линия доверия», где ежедневно в течение 4-х часов дежурят психотерапевты и психологи: общение происходит «за кадром», но звонящий на телеэкране в отдельном окне видит специалиста, с которым он разговаривает (малое окно в нижней части экрана на фоне других идущих программ). Особенно сложные и интересные вопросы выносятся на «консилиумы» и «круглые столы» с привлечением нескольких психотерапевтов – представителей разных направлений и школ, которые проводятся в прямом эфире с периодичностью раз в месяц. Каждый эфир транслируется в сети интернет on-line, а записи всех программ доступны в архивах на сайте телеканала.

За время существования программы было принято более 2 тысяч звонков, по электронной почте поступило более 4 тысяч писем. В 2009 г. проект «FM-TV», созданный при участии «ТВ 100» и радио «Балтика», куда входит программа «Час психотерапевта» и несколько других программ, получил премию ТЭФИ в номинации «Лучшая информационно-развлекательная программа в России».

УДК [616.89+616.853]:364.64

### МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Т.И. Козинская

врач-психиатр высшей категории, ГУ «Областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар

Если участие больных в трудовой деятельности является вопросом номер ОДИН, то их семейное положение, поведение дома и взаимоотношение с родными представляет собой в социальной проблеме вопрос номер ДВА (Болдырев А.Н., 1978). Современное состояние медико-демографических процессов продолжает вызывать серьезную озабоченность специалистов и дает все основания рассматривать их как неблагоприятные.

Широкое распространение психических заболеваний и связанные с ними социальные последствия выдвигают их в группу ведущих патологических состояний, значительно влияющих на здоровье и образ жизни людей в целом.

В жизни психически больных обнаруживается две крайние точки зрения. Согласно одной из них, больным не рекомендуется вступать в брак, в связи с тем, что эпилепсия «передается по наследству». Больные оказываются обреченными на всю жизнь на одиночество, лишены семейного счастья и потомства. Некоторые авторы придерживаются другой точки зрения, считая, что чуть ли не все больные могут иметь свою семью. Некоторые врачи даже обещают больным, что с наступлением периода полового созревания припадки прекратятся и болезнь приостановится, но приходит пубертатный период, а эпилепсия продолжается, тогда советуют жениться или выйти замуж. Юноша, девушка идут на это не всегда по любви, а в надежде, что супружеская жизнь принесет излечение. Однако оказывается, что и она не устраняет болезни. Тут то и наступает разочарование, особенно если брак в значительной мере был рассчитан на преодоление болезни. Появляется чувство неудовлетворенности, огорчение вплоть до отчаяния, за которыми следуют конфликты, приводящие к распаду семьи.

Несмотря на столь важную практическую значимость вопросов брака и семьи, они почти не изучены. Н. Курдюмов (1976) приводит данные статистики: число расторгнутых браков в США в 1975 году превысило 1 миллион. Это, однако, означает, что в стране на каждые 2 брака приходится 1 развод. Специалисты-психологи объясняют это экономическим кризисом, безработицей, неуверенностью в завтрашнем дне.

До недавнего времени в нашей стране среди лиц, страдающих эпилепсией, в разводе находился небольшой процент больных – 6,6%. Эти данные свидетельствовали о том, что у нас отсутствовали отмеченные выше причины разводов. На сегодняшний день актуальность перечисленных причин разводов занимает все более высокие позиции. Больные эпилепсией не склонны к расторжению брака, они стараются сохранить семью так же, как и весь сложившийся жизненный стереотип. Они понимают, что не каждый здоровый человек решится соединить свою жизнь с больным, поэтому дорожат семьей.

Разные контингенты больных, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении, имеют неодинаковые показатели семейного положения.

Вопрос, почему лица, больные эпилепсией, не вступают в брак и почему они разводятся – является сложным. Главными факторами, препятствующими вступлению в брак и разрушающими семью, являются, прежде всего, тяжесть заболевания, а также укоренившееся представление об эпилепсии, как о наследственной, неизлечимой болезни. Лицам, больным эпилепсией, не позволяют вступать в брак частые припадки, грубые хронические изменения личности, слабоумие, тяжелый характер, расстройства влечений и поведения, резко выраженные резидуальные явления органического поражения центральной нервной системы (ЦНС): параличи, парезы. При доброкачественном течении эпилепсии больные легко приспосабливаются к жизни. Вопросы брака и семьи они решают почти так же, как и здоровые люди. Иначе обстоит дело при тяжелом течении эпилепсии. Само по себе течение болезни делает их неспособными к трудовой деятельности – это является одной из главных причин, препятствующих вступлению в брак, возможность иметь семью и детей. Заболевание эпилепсией само по себе у ряда больных вызывает чувство неполноценности. Такие больные становятся замкнутыми, малообщительными, с ограниченным кругом знакомых. Это является одной из причин задержки вступления в брак. Иногда мотив против брака выдвигают родители, беспокоясь, как бы болезнь не перешла к потомству. Люди, больные эпилепсией, в подав-

ляющем большинстве – это преданные семьянины. Они не склонны к изменению жизненного стереотипа, не склонны к расторжению брака и образованию другой семьи. Разрыв семейных отношений чаще всего происходит по инициативе здорового супруга, который не хочет многие годы разделять с ним тяжесть страдания. Мужчина чаще идет на расторжение брака, если узнает о болезни жены. Женщина же, стремится сохранить семью, даже если муж болен, примиряясь с тем, что из-за болезни супруга отсутствует потомство. Такая тенденция отмечается не во всех случаях, встречаются и обратные взаимоотношения. Конечно, легче всего не рекомендовать вступать в брак, но вряд ли это уменьшит заболеваемость эпилепсией. Прожить всю жизнь в одиночестве, не имея своей семьи, человеку трудно.

Нормальная семейная жизнь – естественная потребность. Интимные связи человека нельзя приравнивать к удовлетворению полового инстинкта. Жизнь человека без любви, ласки, нежных чувств к противоположному полу вряд ли является полноценной. Одной из причин разводов служит отсутствие детей. Риск развития эпилепсии у детей, родившихся от больных родителей, больше, чем у детей, родившихся от здоровых родителей. Правда, эпилептическая отягощенность встречается всего лишь в 5% - 6% наблюдений. Следовательно, вопросы брака и семьи нельзя решать однозначно - необходим строго индивидуальный подход. В общем виде рекомендации могут быть таковы: при редких припадках, отсутствии эпилептической наследственности, невыраженных изменениях личности (слабумие, тяжелые характеристические сдвиги) больные могут вступать в брак и иметь детей. В случае наследственной отягощенности, частых припадков и грубых изменений личности вряд ли можно рекомендовать вступать в брак и иметь детей. Если оба супруга страдают эпилепсией, то нежелательно иметь потомство, так как риск заболевания детей больше, чем в случаях, когда один из родителей страдает эпилепсией.

### **Материалы и методы**

Целью настоящего исследования является анализ брачно-семейных отношений в амбулаторных историях болезни лиц, страдающих эпилепсией. Для реализации поставленной задачи были изучены литературные данные, амбулаторные карты, истории болезни, проведены индивидуальные беседы с больными эпилепсией, проживающими как в сельской, так и в городской местности.

Обследовано – 112 лиц, больных эпилепсией. Из них 49 женщин и 63 мужчины. В их числе городских жителей – 83 человека, жителей сельской местности – 29 человек. Возраст обследованных лиц составляет от 18 лет до 54 лет.

Анализ полученных данных показал, что лица, больные эпилепсией, не склонны к многобрачию, и в большинстве случаев являются однолюбцами. У преобладающего числа обследованных пациентов (74%) браки являются первыми по счету, длительны по времени и стабильны. Женятся или выходят замуж второй раз 21% обследованных больных; у 4% наблюдаемых больных – брак является третьим по счету; у 1% - четвертым по счету.

В ходе проведения анализа установлено, что 60% обследованных больных - мужчин, проживающих, как в селе, так и в городе, к моменту заболевания в браке не состояли (55,8% - в селе, в городе - 56,3%). За время болезни лишь незначительная часть мужчин, из числа обследованного контингента, вступила в брак – 3,5%.

Среди женщин, больных эпилепсией, состояли в браке 40,3% в сельской местности и 39,2% в городской местности, за время болезни в брак вступило 2,8%.

Среди всего контингента обследованных больных длительность брака не зависела от пола и места проживания.

Количество лиц, состоящих в браке более 20 лет, составило около 30%, а число лиц, расторгнувших брак, до болезни составляет 2,9%, число лиц, расторгнувших брак, после начала заболевания равняется 14,3%.

Результаты опроса о желании иметь детей свидетельствуют о положительных семейных установках больных эпилепсией - их более 34,3%. Среди мужчин желание иметь 2-х детей показали 22,1% опрошенных, у опрошенных женщин желание иметь детей было больше, чем у мужчин, и составило 46,4%.

Среди пациентов, страдающих эпилепсией, 56% имеют детей. Из числа детей, которые имеют родителей, страдающих эпилепсией, 56,6% родились до их болезни, и 43,4% - у больных родителей. Количество детей в семьях больных эпилепсией неодинаково и колеблется от 1 до 6. Примерно 68% семей имеют по одному ребенку. Это зависит от многих факторов: рождение до болезни или в течение болезни, условия жизни, взаимоотношение родителей и целый ряд других моментов. Многие семьи не имеют второго ребенка из-за страха, как бы болезнь не передалась по наследству.

Среди мужчин, страдающих эпилепсией, имеют детей 46,3%, а среди женщин – 67,2%.

### **Заключение**

Полученные в ходе исследования данные о семейном положении лиц, психически нездоровых, в частности, лиц, больных эпилепсией, его изменении во время болезни, длительности проживания дан-

---

---

ных лиц в браке, желаемом и фактическом числе детей, об их зависимости от пола и места проживания, могут быть использованы психиатрической службой для всесторонней адаптации лиц, больных

эпилепсией, в обществе и целенаправленной работы в вопросах брачно-семейных отношений среди психически больных лиц применительно к диагнозу, месту жительства, к полу.

**Список использованной литературы:**

1. Болдырев, А.И. Социальный аспект больных эпилепсией / А.И. Болдырев – М.: Медицина, 1978.
2. Громов, С.А. О психиатрии больных эпилепсией на начальном этапе реабилитации / С.А. Громов – М.: Медицина, 1978.
3. Громов С.А., Лечение и реабилитация больных эпилепсией / С.А. Громов – М.: Медицина, 1980.
4. Громов, С.А. О факторах риска больных эпилепсией в связи с задачами семейной реабилитации / С.А. Громов – Ленинград, 1982.
5. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов – М.: Медицина, 1985.
6. Карвасарский, Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский – Ленинград: Медицина, 1982.
7. Круглова, Л.И. Социально-трудовая адаптация больных эпилепсией / Л.И. Круглова – Ленинград: Медицина, 1968.
8. Фабер, М.А. О трудоспособности больных эпилепсией / М.А. Фабер – Здоровоохранение Казахстана, 1972.

## ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### ТИРОКСИН, ТРИЙОДТИРОНИН И ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН У ЛИЦ, ОСУЖДЕННЫХ ЗА УБИЙСТВО

С.А. Иванова	Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН, г. Томск
В.А. Гаврилова	Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН, г. Томск
О.И. Трифонов	ФСКН России, ГУФСИН России по Кемеровской области, г. Кемерово
Н.А. Бохан	Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН, г. Томск

Показано, что помимо участия в патогенезе депрессивных расстройств, тиреоидные гормоны могут быть связаны с криминальным поведением. Так, предполагается, что повышенный уровень трийодтиронина (Т3) и пониженный уровень тироксина (Т4) связаны с расстройствами личности и криминальностью (Stalenheim et al., 1998). В исследовании Stalenheim (2004) показано, что преступники-рецидивисты имеют повышенный уровень Т3 в сыворотке крови и пониженный уровень свободного Т4 по сравнению с не-рецидивистами и контролем, а также уровень Т3 у рецидивистов коррелирует с расстройствами личности и агрессивными чертами личности. В исследовании Sinai C. et al. (2009) показана ассоциация повышенной агрессивности с низким соотношением Т3/Т4 у лиц, предпринимавших попытки суицида.

Исходя из актуальности представленной выше проблематики, **целью** данного исследования стало определение уровня тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона у лиц, совершивших убийства, по сравнению с лицами, совершившими кражи.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 107 осужденных лиц мужского пола, отбывающих наказание в исправительном учреждении строгого режима. Возраст испытуемых составил от 22 до 61 лет.

Из них: 57 человек осуждены за насильственные преступления против личности - с диагнозом: Расстройство личности и 50 человек, осужденные за

имущественные преступления, относительно здоровых соматически и психически.

Для определения уровня гормонов использовался метод иммуноферментного анализа с помощью стандартных наборов фирмы «Вектор-Бест». Статистический анализ результатов осуществлен с помощью пакета программ SPSS для Windows.

**Результаты.** Результаты исследования уровней тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона представлены в таблице 1. Как видно из представленной таблицы, уровни гормонов в исследуемых группах не выходят за рамки физиологической нормы. У психически и соматически здоровых лиц, осужденных за кражи уровень тироксина достоверно ниже, чем у осужденных за убийство с расстройствами личности.

**Обсуждение результатов.** Повышенный уровень тироксина в группе лиц, осужденных за убийство, по сравнению с группой лиц, осужденных за кражи, может быть связан с их повышенной агрессивностью, склонностью к физической агрессии. По данным психиатрического обследования, осужденные лица с расстройствами личности обладают более выраженными возбудимыми и истерическими чертами, которые способствуют агрессивному поведению и развитию социальной дезадаптации с проявлением физической и вербальной агрессии по отношению к другим лицам. Их собственная агрессия проецируется вовне, вследствие чего ситуации, в которые они попадают, воспри-

Таблица 1

*Уровень гормонов тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона у исследуемых лиц (медиана (25% квартиль - 75% квартиль))*

Уровень гормонов тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона	Лица, осужденные за убийство с расстройствами личности	Лица, осужденные за кражи, психически здоровые	Уровень значимости p в сравнении между группами
Т3 общий, нмоль/л	2,36 (2,105-2,572)	2,341 (2,097-2,739)	0,614720
Т4 общий, нмоль/л	124,7 (98,6-143,7)	112,63 (93,3-132,3)	0,048169*
ТТГ, мМЕ/л	2,65 (1,46-3,78)	2,77 (1,96-3,68)	0,472102

\*Примечание - p<0,05

---

---

нимаются нередко как потенциально опасные или угрожающие, хотя на самом деле это может и не соответствовать действительности. Осужденные лица с расстройствами личности были склонны к бурным аффективным вспышкам с демонстрацией, вербальными угрозами, призывами к групповым актам аутоагрессии, для них характерны гомицидные вербальные угрозы и попытки их осуществления. У осужденных лиц с расстройствами личности часто отмечаются отсутствие осознания совершенного преступления, неприятие чувства вины за содеянное либо перенос всей вины на жертву. С другой стороны, лица, осужденные за кражу, более сохранны и критичны к факту совершенного преступления. Осознание неправомерных действий, переживания, связанные с уголовным наказанием, и попытки изменить ситуацию могут приводить к изменениям эмоционального фона, лабильности настроения, тревожности, не достигающих клинического уровня с отсутствием поведенческих нарушений. У них в отличие от лиц с расстройствами личности менее длительные сроки наказания и меньше число судимостей, часто не

успевает сформироваться криминальная деформация личности с симптомами патологической адаптации к пребыванию в местах лишения свободы. Все это говорит о более высокой эмоциональной сохранности, стремлении к исправлению и сокращению срока наказания. Поэтому, такое снижение уровня тироксина может быть связано с эмоциональной лабильностью, осознанием своего неправомерного поведения в прошлом и затруднением адаптации в пенитенциарных условиях.

**Заключение:** Обнаружено повышение уровня общего тироксина у лиц с расстройствами личности, осужденными за убийство по сравнению с психически здоровыми лицами, осужденными за кражу, что может быть связано с повышенной агрессивностью осужденных за убийство. Для подтверждения данных результатов необходимы дополнительные исследования.

*Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 11-04-98054-р\_сибирь\_а «Разработка научных основ технологии прогнозирования риска асоциального поведения в регионе Сибири»*

## АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Ш.В. Саркисян

заведующий кафедрой психологии и педагогики Костанайского государственного университета им. А. Байтурсынова, кандидат психологических наук

Современное общество характеризуется как глобальное сообщество, в котором резко изменилась ситуация развития и жизнедеятельности человека: произошли существенные сдвиги в межличностных и межгрупповых отношениях людей, включая отношения в семье, школе, на работе, с друзьями; изменились ценностные ориентации, актуализировалось потребительство, усилилось равнодушие в отношениях, нарастает отчужденность взрослых и детей, в критическом состоянии находится семья. Изменение культурно-исторической среды, являющейся по определению Л.С. Выготского, источником развития личности, объективно обусловило качественные психофизиологические, социально-психологические и личностные изменения современных людей и особенно подростков. Однако, как отмечает Д.И. Фельдтштейн [1], следует признать, что в целом мы всё ещё плохо знаем социальную ситуацию функционирования и новые характеристики процесса развития современных детей.

Необходимость глубокого изучения данной проблемы диктуется и тем, что наличествует неблагоприятный прогноз дальнейших изменений в сфере

общего психологического развития и формирования личности ребенка, прогноз, который подкрепляется ослаблением многих факторов, обладающих потенциалом противодействия нарастающим негативным влияниям [2]. В их числе низкий уровень развития родительской мотивации, слабое владение навыками общения с детьми (более 60% родителей проводят досуг с ребенком перед телевизором), плохая организация бытовой стороны жизни ребенка, его режима. При этом значительное число современных родителей свои множественные неудачи в семейной, профессиональной и иных сферах, серьезные личностные проблемы переносят на ребенка, который находится в атмосфере переживания трудностей, несостоятельности, неуспеха, беспомощности и безнадежности, что в будущем резко подрывает его уверенность в себе. Следствием чего нередко является аддиктивное поведение в различных формах его проявления.

Психологи, характеризуя современных подростков, наряду с положительными качествами (развитость мышления, критичность по отношению к взрослым, стремление к лидерству и индивидуали-

---

---

зацию и др.) отмечают рельефную выраженность у них гиперактивности, повышенной рассеянности, отсутствие интересов, рост явлений одиночества и отвержения, низкую коммуникативную культуру, аффективную напряженность из-за постоянного чувства незащищенности, опустошенность, растерянность, отсутствие опоры в ближайшем окружении. Такие дети ранимы, повышено сензитивны к предполагаемой обиде, обостренно реагируют на отношения к ним окружающих. Всё это ведёт к накоплению отрицательного эмоционального опыта и находит свое выражение в относительно устойчивом переживании тревожности. При этом на всех этапах онтогенеза возникновение и закрепление тревожности как устойчивого образования связано с неудовлетворением ведущих потребностей подросткового возраста.

Весьма тревожно, что эмоциональные и нравственные ценности – чуждость, терпимость, умение сопереживать – занимают последние места в иерархии ценностей подростков.

Следствием происходящих изменений явилось то, что аддиктивная стратегия взаимодействия с действительностью стала приобретать всё большие масштабы. Сложившаяся в нашем обществе традиция бороться с последствиями не решает проблему должным образом. Борьба с последствиями требует огромных затрат: физических, моральных, финансовых. Само по себе избавление от какой-либо зависимости еще не означает полного решения проблемы. К сожалению, недооценивается разрушительный характер общих для всех видов аддиктивного поведения механизмов, в основе которых лежит стремление к уходу от реальности. Эти механизмы не исчезают со снятием зависимости. Избавившись от одной зависимости, человек может оказаться во власти другой, потому что неизменными остаются способы взаимодействия со средой. Молодое поколение заимствует эти образцы. Образуется замкнутый круг, выйти из которого очень непросто. Подростковое аддиктивное поведение - явление довольно распространенное. Но уделять внимание важно не только крайне тяжелым формам его проявления. Большого внимания требуют к себе те, чей уход от реальности пока ещё не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддиктивные паттерны поведения в трудных столкновениях с требованиями среды, кто потенциально может оказаться вовлеченным в разные виды аддиктивной реализации.

Поэтому особую значимость приобретает профилактика аддиктивного поведения в подростковом возрасте. Во-первых, это нелегкий кризисный период развития, отражающий не только субъективные явления процесса становления, но и кризисные явления общества. А во-вторых, именно в подростко-

вом возрасте начинают формироваться очень важные качества личности, обращение к которым могло бы стать одной из важнейших составляющих профилактики аддикции. Это такие качества, как стремление к развитию и самосознанию, интерес к своей личности и её потенциалу, способность к самонаблюдению. Важными особенностями этого периода являются появление рефлексии и формирование нравственных убеждений. Подростки начинают осознавать себя частью общества и обретают новые общественно значимые позиции, делают попытки в самоопределении.

К сожалению, пока ещё не разработаны универсальные методы и системы профилактики аддикции, но практика подсказывает принципы её организации: научность, гуманизм, системность, комплексность и непрерывность. На первый план сейчас выходит и необходимость проведения фундаментальных исследований, направленных на выявление резервов психического развития современных подростков, выяснение условий, способствующих формированию социальной зрелости и ответственности, а также определение психологических факторов, влияющих на формирование убеждений и социальных ценностей у подростков, выявление психологических условий их социализации и самоидентификации при преодолении негативных явлений, имеющих место у современных подростков.

Предметом особого внимания должны стать исследования духовного развития подростков с целью раскрытия внутреннего мира растущего человека, его переживаний, стремлений, способностей, специфики заданного формирования системы духовных потребностей и нравственных установок. Весьма перспективным, на наш взгляд, являются исследования мотивации и психологических механизмов изменения поведения подростков.

Эти исследования могут создать как обоснованную базу для целенаправленной профилактической работы, так и явиться основой для создания системы раннего выявления подростков, склонных к аддиктивному поведению.

Следующим условием успешной профилактики аддиктивного поведения подростков является необходимость качественной подготовки и повышения квалификации специалистов (психологов, учителей, медицинских и социальных работников), способных эффективно проводить эту работу.

Сам процесс профилактики аддиктивного поведения может охарактеризовать следующими основными этапами.

*Первый этап* – проектно-организационный, на котором должна быть разработана концептуальная модель профилактической работы. На этом этапе разрабатываются методы диагностики, позволяющей выявить группы риска и основные параметры

---

---

исследуемой проблемы; формируются программные средства, позволяющие проводить массовое компьютерное тестирование, подбираются и внедряются методы мониторинга и коррекции; создаются условия и устраняются барьеры реализации профилактической проблемы, прогнозируются результаты.

*Второй этап* - диагностический, включающий в себя диагностику личностных особенностей, которые могут оказать влияние на формирование аддиктивного поведения (повышенная тревожность, низкая стрессоустойчивость, неустойчивая Я-концепция, низкий уровень интернальности, неспособность к эмпатии, некоммуникабельность, повышенный эгоцентризм, низкое восприятие социальной поддержки, стратегия избегания при преодолении стрессовых ситуаций, направленность на поиск ощущений и др.), а также получение информации о положении ребенка в семье, о характере семейных взаимоотношений, о составе семьи, о его увлечениях и способностях, о его друзьях и других возможных референтных группах.

*Третий этап* - информационно-просветительский, представляющий собой расширение компетенции подростка в таких важных областях, как психосексуальное развитие, культура межличностных отношений, технология общения, способы преодоления стрессовых ситуаций, конфликтология и собственно проблемы аддиктивного поведения с рассмотрением основных аддиктивных механизмов, видов аддиктивной реализации, динамики развития аддиктивного процесса и последствий.

На *четвертом этапе* проводится коррекционная работа. Это могут быть тренинги личностного роста и различные альтернативные методы, направленные на коррекцию отдельных личностных особенностей и форм поведения, включающие формирование и развитие навыков работы над собой.

*Пятый этап* – оценочно-коррекционный. На этом этапе оценивается эффективность результатов предыдущих этапов, их сопоставление с прогнозируемыми результатами, осуществляется необходимая корректировка содержания всей программы профилактики аддиктивного поведения.

Профилактика аддиктивного поведения должна коснуться всех сфер жизни подростка: семьи, образовательной среды, общественной жизни в целом.

В семье для подростка значимыми факторами должны стать эмоциональная стабильность и защищенность, взаимное доверие, умеренный контроль действий и умеренная опека с тенденцией к развитию самостоятельности и умения принимать ответственность за свои поступки, решения, за свою собственную жизнь.

В сфере образования необходим пересмотр некоторых подходов в воспитании и преподавании

учебных предметов. В связи с проблемой аддиктивного поведения актуальны такие стороны школьной жизни, как адекватная учебная нагрузка детей, придание особой значимости личностному аспекту, касающемуся и ученического, и педагогического контингента [3]. Целесообразно включение в образовательный цикл предметов, интегрированных курсов, спецкурсов и факультативов, направленных в своём содержании на расширение объёма знаний о реальной жизни, о психологии человека, о нравственности. Необходимым условием первичной профилактики аддикций является психологическая культура учащихся, которая формируется в процессе овладения учащимся основами научных знаний. Освоение и усвоение этой части духовной культуры общества является необходимым направлением развития подростков (заметим, что в России принято решение о введении с 2011 года психологии в учебные планы с первого класса). Данные знания необходимы для осознанного развития внутренних ресурсов, обретения свободы выбора, для развития адаптивных способностей и понимания важности умения жить в реальной жизни и решать жизненно-важные проблемы без страха перед действительностью и пользуясь разнообразными активными стратегиями разрешения конфликтных ситуаций.

Полноценная профилактика аддиктивного поведения невозможна без участия в ней средств массовой информации, телевидения и интернета.

Сегодня нельзя недооценивать интенсивного натиска информационных потоков, которые оказывают сильное воздействие на физическое, психическое, эмоциональное и интеллектуальное развитие человека, погружая его в новое социокультурное пространство, трансформируя его ценности и потребности. В связи с этим актуальной задачей психолого-педагогической науки и практики является научить подрастающее поколение использовать информационные ресурсы во благо, формировать культуру отношения к ним, рационально использовать в процессе самообразования.

Неоценимый вклад в профилактику аддикции может внести религиозная культура, если она ориентирована не на уход от реального мира, а, напротив, наделяет человека высшей духовной и нравственной силой для противостояния трудностям и аддиктивным влечениям, способствует формированию уважительного отношения к своей личности и личности окружающих, что является условием конструктивных социальных отношений подростков и их безконфликтной социальной адаптации [4].

Приоритетными в работе с подростками должны стать методы, приёмы и формы позитивной профилактики, ориентированной на развитие ресурсов личности, помощи в самореализации, что

---

---

позволит найти пути и социально одобряемые способы решения подростковых проблем, которые и выступают основными факторами их аддиктивного поведения.

Главной целью первичной профилактики аддиктивного поведения должно стать создание для под-

ростков условий, способствующих формированию безопасного поведения на основе сложившейся позитивной системы ценностей и сформированных личностных качеств, необходимых для реализации просоциального поведения и конструктивного социального взаимодействия.

*Список использованной литературы:*

1. Фельдштейн, Д.И. Психолого-педагогические проблемы построения новой школы / Д.И. Фельдштейн // *Вопросы психологии*. – 2010. – № 2.
2. Кикелидзе, З.И. Психологическое здоровье нации и человека. – Режим доступа: [www.takzdorovo.ru/profilaktika/zurab.kekelidze-psihi](http://www.takzdorovo.ru/profilaktika/zurab.kekelidze-psihi)
3. Савченко, С. Профилактика аддиктивного поведения школьников / С. Савченко и др. - КАРО, 2006.
4. Братусь, Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б.С. Братусь. - М., 2004.

## **ЛИШНИЙ ВЕС И ПИЩЕВАЯ АДДИКЦИЯ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

С.В. Сильченко

практикующий психолог

В настоящее время проблема лишнего веса становится все более актуальной. По данным ВОЗ на 2005 год избыточным весом в мире страдают приблизительно 1,6 миллиарда взрослых людей (в возрасте старше 15 лет) и 400 миллионов имеют ожирение. Около 20 млн. – это дети до 5 лет с проблемой лишнего веса. По прогнозам ВОЗ, к 2015 году примерно 2,3 миллиарда взрослых людей будут иметь избыточный вес и более 700 миллионов – ожирение. При этом с каждым годом увеличивается количество методов и средств для снижения веса, но статистика и прогнозы ставят под сомнение их эффективность.

Потребность в пище – это базисная потребность человека, направленная на поддержание гомеостаза. Тем не менее, ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимым количеством килокалорий. Через приём пищи человек также реализует свои психологические и социальные потребности. Пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Поскольку расстройства пищевого поведения относят к психосоматическим расстройствам, их невозможно объяснить характеристиками какой-либо одной подсистемы – психической или соматической. Лишь определённое взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание (набор веса).

Если мы хотим получить устойчивый результат во времени, повышающий качество жизни человека, тогда необходимо понимать, что набор веса – это лишь следствие более глубокой проблемы личности. Если личность не способна быть адаптивной к меняющейся, часто агрессивной среде, тогда она может неосознанно искать те формы психической активности или иные способы, которые могут повысить уровень адаптации и, соответственно, уровень комфорта. Еда в данном случае выступает гарантом безопасности, комфорта, получения удовольствия и положительных эмоций и многих других потребностей. Таким образом, формируется нехимическая аддикция.

В вопросе нормализации веса (что является следствием разрешения других глубинных вопросов и проблем личности) и формирования новых адекватных стереотипов поведения психология и психотерапия имеют наиболее устойчивый результат. Все более актуальным на сегодняшний день становится вопрос формирования, развития и поддержания психологического здоровья индивида. Говорить о здоровой личности можно лишь в том случае, когда ей присущи соматическое, психическое и психологическое здоровье. Если психическое здоровье – это генетический фундамент организма, позволяющий быть психически здоровым и устойчивым в меняющемся мире, то психологическое здоровье – это, в основном, производная социального развития, определяющее личность как способную или неспособную быть социально компетентной.

## ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОСУЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА СОВЕРШЕННОГО ПРЕСТУПЛЕНИЯ

М.В. Трофимова	ГУФСИН России по Кемеровской области, г. Кемерово
В.А. Гаврилова	Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН, г. Томск
С.И. Гусев	ГУФСИН России по Кемеровской области, г. Кемерово
С.А. Иванова	Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН, г. Томск

Проблема агрессивного поведения является актуальной в исследованиях как отечественных, так и зарубежных специалистов. Основной целью проводимых в этой области исследований являются поиски причин и наиболее эффективных средств контроля над агрессией. На современном этапе развития общества, когда уровень преступности растет, а преступные действия отличаются жестокостью, изучение природы агрессии и вопросы её предупреждения приобретают всё более актуальное значение. В изучении проблем насилия и агрессии значительную роль играют исследования среди преступников, совершивших различные виды насильственных преступлений. Предполагается, что лица, совершающие насильственные преступления, чаще имеют более выраженные личностные качества, способствующие проявлениям агрессии: стеничность поведения, неуравновешенность, стремление к доминированию, самоутверждению, подавлению, подозрительность, мстительность, импульсивность, конфликтность, определенные деформации в мотивационной и ценностно-смысловой сферах личности (Антонян Ю.М., 1997; Бэрон Р., Ричардсон Д., 2001).

**Цель исследования.** Установить возможные взаимосвязи степени выраженности личностной агрессии и типа совершенного преступления у осужденных, совершивших преступления насильственного и корыстного характера.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 107 осужденных лиц мужского пола, отбывающих наказание в исправительном учреждении строгого режима. Исследование было проведено с соблюдением биоэтических норм, и все испытуемые дали информированное согласие на проведение психологического тестирования. Возраст испытуемых составил от 22 до 61 лет. Из них 57 человек имели диагноз: Расстройства личности и были осуждены за насильственные преступления против личности и 50 человек, относительно здоровых соматически и психически, осужденные за имущественные преступления. Для характеристики уровня и типов агрессии в исследовании использовался опросник Баса - Дарки. Статистический анализ результатов осуществлен с помощью пакета программ SPSS для Windows.

**Результаты исследования.** Данные по изучению состояния агрессии у осужденных лиц по методике Баса - Дарки, представлены в таблице 1.

**Обсуждение результатов.** Анализируя полученные профили по степени выраженности агрессивных тенденций в исследуемых группах можно отметить, что лица, осужденные за убийство, с расстройствами личности имеют более выраженную, по сравнению с осужденными за кражи, склонность к проявлениям физической и вербальной агрессии по отношению к другим лицам, бо-

Таблица 1

*Значения показателей по методике изучения состояния агрессии Баса - Дарки  
в группах осужденных (M±SD)*

Показатель	Осужденные за убийство с расстройствами личности	Психически здоровые, осужденные за кражи	Уровень значимости p<0,05
Физическая агрессия	6,4±3,8	5,3±1,47	0,015677
Косвенная агрессия	4,6±2,96	4,3±1,2	
Раздражительность	5,05±3,9	4,6±1,5	
Негативизм	2,4±1,6	2,17±0,9	
Обида	5,02±4,2	4,2±1,4	
Подозрительность	5,96±4,5	4,87±1,8	
Вербальная агрессия	7,97±5,06	6,86±1,78	
Чувство вины	6,28±4,5	6,48±1,26	0,03346
Индекс агрессивности	17,97±4,8	16,86±3,59	
Враждебность	9,9±3,46	9,05±2,76	

---

---

лее высокий индекс агрессивности, и, в то же время, для них характерна меньшая выраженность чувства вины. Для них характерно выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы), использование физической силы против другого лица, определенная готовность к проявлениям негативных чувств непосредственно в поведении. Осужденные с расстройствами личности отличаются от лиц, осужденных за кражи, более выраженной несдержанностью, постоянной готовностью к реализации своих чувств непосредственно в действиях, что повышает риск

агрессивного поведения и развития социальной дезадаптации.

**Заключение.** Лица, осужденные за насильственные преступления, имеют более высокий уровень физической агрессии и более низкий уровень чувства вины по сравнению с лицами, осужденными за кражи.

*Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 11-06-00550а «Роль психологических и нейроэндокринных факторов в формировании агрессивного паттерна поведения в условиях пенитенциарной системы»*

---

---

## ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

### РОЛЬ МЕНЕДЖЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА

А.С. Богомолова

г. Алматы

В современном психологическом центре функции психолога включают в себя непосредственную работу с клиентами на индивидуальных консультациях, проведение коллективных тренингов и семинаров. Менеджерская работа включает в себя полный комплекс по поддержке работы психологов, оптимизации и повышению эффективности их деятельности. Таким образом, работу менеджера можно условно разделить на три категории:

- 1) работа с клиентами;
- 2) работа с психологами;
- 3) работа по организации деятельности.

Работа с клиентами включает в себя несколько функций. Одной из наиболее важных является работа по привлечению клиентов. Она включает в себя деятельность маркетингового и рекламного характера. Необходимо учесть, что в случае с психологическими центрами мероприятия рекламного характера не должны быть слишком навязчивыми и откровенно коммерчески ориентированными. Необходимо избегать так называемых «дешевых» приемов по привлечению клиентов. Вся доносимая информация должна быть достоверной и преподнесена в объективной форме. Важно, чтобы даже на этом этапе у потенциального клиента возникла определенная степень доверия к психологам. Поэтому рекомендуется использование только таких рекламных источников, которые пользуются определенным авторитетом, и лучшим средством здесь являются положительные отзывы клиентов.

Одной из важных специфик психологии, как отрасли услуг, является то, что роль конкретного психолога, его профессионализм и опыт являются решающими критериями при принятии решения потенциальными клиентами. По этой причине основным источником привлечения новых клиентов в психологические центры являются рекомендации тех людей, кто уже имел опыт работы с этим центром и непосредственно с этим психологом. С этой же целью после завершения клиентом своей программы работа с ним на этом не заканчивается. В данную стадию работы с клиентом входит предложение о других видах психологических услуг, прочих тренингов. Проявляя интерес к результатам программы, к самочувствию клиента, его удовлетворенности от программы, менеджер тем самым создает дополнительную ценность оказываемых услуг. Поэтому

данная деятельность является одной из самых эффективных мер маркетингового характера.

К прочим мерам рекламного характера можно отнести разработку веб-сайта, проведение регулярных акций, публикацию научных статей в журналах и прочее. При разработке Интернет-страницы необходимо придерживаться тех же принципов, что и при разработке маркетинговой программы психологического центра. Следует отметить, что недопустимо наличие рекламных веб-баннеров на странице центра. В то же время можно сделать ссылки на полезные статьи и сайты партнерских организаций.

Также к работе по привлечению клиентов можно отнести встречу посетителей и ответы на телефонные звонки потенциальных клиентов. При этом менеджеру рекомендуется использовать общие принципы работы с клиентами, такие как налаживание личной связи, вежливость, внимательность, индивидуальный подход и прочее.

Следующей составной частью работы с клиентами является работа с текущими клиентами. Эта функция тесно связана со следующей категорией работы менеджера – работа с психологами. Роль менеджера при этом носит преимущественно организационный характер – выступать в роли посредника между клиентом и психологом для оптимизации работы последних. Большая часть этой работы – это организация посещений, назначение точной даты и времени посещений, перенесения встреч и прочее. В задачи менеджера входит составление графика работы психолога и выполнение данного графика. Помимо этого, менеджер передает рекомендации психологов клиентам по их желанию.

Следует отметить, что в реальной действительности составление графика и его выполнение носит достаточно проблематичный характер ввиду влияния внешних факторов. Задача менеджера при этом составить наиболее оптимальный план, своевременное отслеживание отклонений от графика и внесение соответствующих корректив. Оптимально составленный график позволяет существенно оптимизировать работу психологов.

Немаловажной частью работы менеджеров является сбор информации от психологов и клиентов с целью внесения улучшения в рабочий процесс и обеспечения наиболее эффективного проведения курсов, тренингов, индивидуальных встреч. В этом состоит

---

---

третья категория работы менеджеров – работа по организации деятельности психологов. Будучи организатором работы психологов, менеджер полностью обеспечивает рабочий процесс психолога. Начиная с составления графика, заканчивая организацией самих посещений, тренингов и семинаров.

Как и в любой сфере услуг в сфере предоставления услуг психологического характера решающее значение имеет качество обслуживания. Иными словами, сознательно или бессознательно, клиент придает значение не только основному виду услуг – психологическому, но и так называемым сопроводительным услугам. В случае психологического центра это включает в себя полный комплекс мер по организации уютной и располагающей обстановки в рабочих помещениях, комплекс мер по встрече клиентов, обеспечению их комфорта на протяжении всего срока сеанса или тренинга.

Следует отметить, что уютная располагающая обстановка в офисе – это не только и не сколько материальный аспект, но, в первую очередь, – психологический. Атмосфера в офисе должна быть максимально дружелюбной, теплой, гостеприимной. Кроме соответствующего отношения с клиентами, этому очень сильно способствуют отношения внутри коллектива. В психологическом центре клиент ожидает увидеть спокойных, рассудительных и интеллигентных сотрудников, гармоничную рабочую атмосферу и дружную команду.

Для того чтобы создать эффективную команду профессионалов, отношения внутри коллектива психологического центра должны быть близки к партнерским отношениям. В отношениях между сотрудниками должны присутствовать взаимоуважение и сотрудничество. Каждый сотрудник должен знать свою роль в команде. При этом должна соблюдаться определенная дисциплина. Авторитарный стиль управления в психологических центрах неуместен.

Менеджеру необходимо помнить, что работа в коллективе психологов имеет свои особенности. Так, используя свои профессиональные знания и опыт, психологи применяют их и в повседневном общении, сознательно и бессознательно анализируя поведение окружающих. Такое поведение не всегда встречает положительную реакцию. В особенности, если психологическая подоплека анализируемых поступков является явно надуманной. В этом случае менеджеру необходимо построить отношения таким образом, чтобы психолог всегда помнил, что психология человека – это очень личное, и поэтому психологический анализ требует определенной этики и такта. То есть, применять его, без разрешения анализируемого, является неэтичным, не говоря уже о том, что далеко не всегда скрытый психологический смысл имеет место. Если такая ситуация все же возникла, менеджер ни

в коем случае не должен закрывать на это глаза. В противном случае эта ситуация будет повторяться снова и снова. Напротив, менеджер должен ясно дать понять, что такое поведение является вторжением в его личное пространство. Профессиональный психолог должен четко разделять время, когда он должен применять свои навыки. Иными словами, специалист должен уметь «включаться» при работе с клиентами и «выключаться» за пределами своей работы с клиентом.

В любом коллективе могут возникать конфликты. Само по себе – это нормальное явление, и в случае удачного разрешения конфликта даже может иметь положительное влияние на атмосферу в коллективе. Тем не менее, есть риск, что единичный конфликт может перерасти в конфронтацию, противостояние одного или нескольких лиц. Такая ситуация угнетает атмосферу в коллективе и снижает эффективность работы. Казалось бы, что в коллективе, состоящем из психологов, любые конфликты и конфронтации должны легко и эффективно решаться. Однако в действительности разрешить конфронтацию в психологическом коллективе может быть даже сложнее, чем в других коллективах. Поэтому лучшее средство по борьбе с конфронтацией – это их предотвращение, а самый эффективный метод для этого – это взаимоуважение и профессиональное отношение к делу.

В случае если предотвратить подобную ситуацию не удалось, и между двумя или несколькими сотрудниками началось противостояние, то, в первую очередь, необходимо выяснить причину этого противостояния, а также является ли она осознанной или неосознанной. Необходимо узнать мнения всех сторон, участвующих в конфронтации. При разрешении конфликта и конфронтации важно учитывать несколько основных принципов:

- не следует расширять предмет (причину) конфликта;
- «обвиняющий» обязан предложить позитивное решение по выходу из конфликта;
- не должна применяться категоричная форма общения;
- следует стремиться к сокращению числа претензий;
- необходимо избегать оскорблений личного достоинства.

Для конструктивного разрешения конфликта необходимо наличие, как минимум, четырех факторов:

- а) адекватности восприятия конфликта (наличие точной, не искаженной личными пристрастиями оценки своих и чужих действий, намерений и позиций);
- б) открытости и эффективности общения (предполагает открытое обсуждение проблемы с

- 
- 
- высказыванием каждым из участников своего понимания происходящего);
- в) создания атмосферы взаимного доверия и сотрудничества (готовность к диалогу, открытость друг для друга оппонентов конфликта);
  - г) определения существа конфликта (согласование представлений оппонентов о сложившейся ситуации, выработка определенной стратегии поведения).

При определении сути конфликта рекомендуется действовать в определенной последовательности:

- 1) определить деловые (объективные) компоненты конфликта, касающиеся технологии и планирования производства, организации и оплаты труда и т. п.;
- 2) отделить непосредственный повод инцидента от причины возникновения конфликта;
- 3) выяснить субъективные модели вступления людей в конфликты путем анализа темпераментов и характеров, взглядов и убеждений, интересов и запросов оппонентов;

- 4) определить направленность конкретных действий оппонентов с целью выяснения мотивов участия людей в конфликте.

Для разрешения конфликта важно иметь в своем распоряжении различные подходы, уметь гибко пользоваться ими, выходить за пределы привычных схем и чутко реагировать на возможности и поступать и мыслить по-новому. В то же время можно использовать конфликт как источник жизненного опыта, самовоспитания и самообучения.

Таким образом, в современных условиях оказание услуг психологического характера является самостоятельной сферой, предлагаемой не только индивидуальными психологами, но и профессиональными центрами. При оказании индивидуальных услуг помощь менеджера не всегда бывает необходимой. В то же время в центрах, где работают несколько психологов, оказываются услуги различного характера, включающие в себя коллективные занятия. Разделение труда позволяет оптимизировать работу психологов и повысить ценность предоставляемой услуги за счет качества обслуживания клиентов.

## **НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ**

Е.В. Гречанинова

практикующий психолог

Важную роль в течение беременности и исходе родов играет фактор питания. Известно, что полноценное, рациональное и сбалансированное питание матери во время беременности должно обеспечить нормальное течение процессов роста и развития внутриутробного плода, течение беременности и родов. Нерациональное питание, как в количественном, так и в качественном отношении (несбалансированность рациона по основным пищевым компонентам: белкам, жирам, углеводам, минеральным веществам, витаминам) приводит к увеличению осложнений беременности. Изменение пищевого поведения будущей мамы обусловлено не только изменениями физиологическими, когда меняются вкусовые пристрастия и т.д. Мы рассматриваем несколько основных механизмов нарушения пищевого поведения беременных женщин, которые наиболее часто являются причиной набора лишнего веса.

Пищевое поведение связано с убеждениями о том, как правильно надо питаться. Существует огромное количество мифов, связанных с тем, каким должно быть питание во время беремен-

ности и во время кормления грудью. Часто они декларируют количество, частоту и сбалансированность пищи, при этом, абсолютно не учитывая индивидуальные особенности женщины. Как результат, это приводит к набору лишнего веса, что негативно сказывается на течении беременности.

Эмоциональное состояние будущей мамы часто вызвано множеством волнений и страхов. Неконтролируемый приём пищи кажется средством снятия эмоционального напряжения, что приводит к изменению пищевого поведения будущей мамы и, как следствие, к набору лишнего веса. Еда становится фактором замещающего удовлетворения в отношении многих, не реализуемых во время беременности запросов личности. Формируется устойчивый стиль поведения, когда при любом эмоциональном изменении появляется желание немедленного приема пищи.

Формирование новых стратегий поведения у беременных женщин, учитывающих данные механизмы пищевых аддикций, приводит к устойчивому результату.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

И.А. Доценко

врач-психиатр ГУ «Областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар

По определению В.И. Медведева, в общем смысле адаптация рассматривается как «системная реакция организма, обеспечивающая возможность всех видов социальной деятельности и жизнедеятельности». Адаптация - это «совокупность реакций живой системы, поддерживающих ее функциональную устойчивость при изменении условий окружающей среды». Под определением психической адаптации понимается непрерывный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса. Процесс развития может быть понят как последовательный стадийный и специфический соматический, психологический и социальный процесс, включающий в себя воздействие стимула или требования среды и ответ, который даёт на него личность (способ преодоления стрессовой нагрузки среды). От того, как формируются эти ответы и закрепляются способы и стили преодоления стресса, зависит развитие личности в подростковом возрасте и перспективы дальнейшего социального, психологического и соматического развития.

Проблема психической адаптации является одной из самых сложных при оценке нормы и патологии этого периода. Одна сторона проблемы - непосредственно сам подростковый возраст, другая же сторона проблемы - это расстройства психической адаптации в данном возрасте, внесённые в реестр международной классификации болезней десятого пересмотра, как «невротические расстройства» [1].

Стэнли Холл [1908] характеризуя подростковый возраст, ввёл понятие в современную психологию как «Sturm und Drang», «Storm and Stress» – период «бури и натиска», «бушевания и напряжения» [2]. Особенности нервно- психической организации, сопряженные с сомато-эндокринными сдвигами и психологическим кризом послужили причиной того, что многие авторы характеризуют пубертатный период как «подростковый кризис», «нормальную патологию», «ранимую фазу жизни» [3, 4, 5].

В последние годы стали всё чаще и чаще проявляться специфические особенности психопатологии детского и подросткового возраста. Широкое распространение получили непсихотические патологические нарушения поведения [6]. Н.А. Корнетов (2001) отмечает рост депрессивных расстройств, В.Я. Семке (2000) - тревожных расстройств и Ал.Н. Корнетов (2001) - суицидального поведения.

К.К. Платонов выделяет следующие взаимосвязанные виды психической адаптации (и соответ-

ственно дезадаптации) человека, рассматриваемые как составляющие её компоненты:

- 1) психофизиологическая адаптация, или свойство организма целесообразно перестраивать физиологические функции в соответствии с требованиями среды. Сюда относятся такие адаптивные процессы, нарушение которых приводит к отклоняющемуся поведению и как следствие - собственно психологической дезадаптации, а также физиологические проявления стресса;
- 2) собственно психологическая (или психическая - примеч. автора) адаптация, нарушения которой связаны с напряженностью, психологическим стрессом;
- 3) психосоциальная адаптация, или адаптация личности к общению с новым коллективом.

Требования среды, являющиеся испытанием для адаптационных возможностей личности, могут провоцировать кризисы с различными исходами, как с повышением уровня адаптации, так и с нарушением её.

Дезадаптация - это состояние сниженной способности (нежелания, неумения) принимать и выполнять требования среды как лично значимые, а также реализовывать свою индивидуальность в конкретных социальных условиях.

Можно выделить социальные и индивидуальные проявления дезадаптации. Социальными проявлениями дезадаптации являются:

- сниженная обучаемость, неспособность зарабатывать своим трудом;
- хроническая или выраженная неуспешность в жизненно важных сферах (семье, работе, межличностных отношениях, сексе, здоровье);
- конфликты с законом;
- изоляция.

В качестве индивидуальных проявлений дезадаптации могут рассматриваться:

- а) негативная внутренняя установка по отношению к социальным требованиям (несогласие с ними, непонимание, протест, оппозиция);
- б) завышенные претензии к окружающим при стремлении самому избегать ответственности, эгоцентризм;
- в) хронический эмоциональный дискомфорт;
- г) неэффективность саморегуляции;
- д) конфликтность и слабая развитость коммуникативных умений;
- е) когнитивные искажения реальности.

---

---

Человек может переживать различные чувства - от лёгкой тревоги и неуверенности в себе до невыносимых аффектов беспомощности, страха, отчаяния. При этом возможны расхождения между реальным социальным статусом личности и его индивидуальным осознанием [7].

Прикладные и экспериментальные исследования подросткового периода в рамках концепции эмоционального стресса и процессов его преодоления представляют новую и ещё мало разработанную область клинической и социальной психологии. Особое внимание привлекают исследования, направленные на развитие концепции преодоления стресса в связи с такими составляющими, как «Я - концепция» (Seiffge – Krenke, 1990), восприятие семьи (Asarnow I.R.). Новый, но перспективный раздел представляют работы, изучающие копинг - процессы при употреблении наркотических веществ [8]. В этих работах продемонстрировано, что психоактивные вещества могут быть использованы как копинг-механизмы, потому что они способны временно редуцировать негативный эффект стресса. В связи с этим наркотизация и терапия её рассматриваются как процесс выработки навыков совладания со стрессом и искушением.

Английский термин «копинг» (coping), относительно четко сформулированный к восьмидесятым годам 20 века, определяет «процесс конструктивного приспособления, в результате которого данное лицо оказывается в состоянии справиться с предъявленными требованиями таким образом, что трудности преодолеваются, и возникает чувство роста собственных возможностей, а это, в свою очередь, ведет к положительной самооценке» [9].

Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский (1994), следуя подходу Р. Лазаруса, рассматривают копинг как «деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям». Они рассматривают ряд особенностей преодоления эмоционального стресса подростками:

- механизмы преодоления эмоционального стресса у подростков определяют развитие и формирование различных вариантов поведения, приводящих к адаптации, либо дезадаптации индивида. Эти поведенческие модели могут сменять друг друга, претерпевая определенное прогрессивное развитие, и могут носить ригидный, фиксированный характер с последовательным усложнением, приводящим к возникновению нарушений;
- механизмы преодоления эмоционального стресса представляют собой сложные паттерны личностно-средового взаимодействия, включающие «Я - концепцию», контроль, системы вербальной, невербальной коммуникации и другие составляющие;

- реализация механизмов преодоления стресса происходит на различных взаимозависимых уровнях: эмоциональном, когнитивном, соматическом, поведенческом. Наиболее чётко измеряемым уровнем реализации механизмов преодоления стресса у подростков является поведенческий уровень;
- преодоление стресса подростками может иметь гетеро- и аутоагрессивную направленность, быть связанным с экстернальной либо интернальной по отношению к среде направленностью контроля, эмпатическими, аффилятивными тенденциями, чувствительностью к отвержению;
- выраженным влиянием на преодоление стресса обладает система социальной поддержки индивида и способность к её восприятию;
- в подростковом возрасте механизмы преодоления стресса носят динамический и транзитный характер, обеспечивают развитие индивида, способствуют или препятствуют включению биологических и социальных факторов риска развития поведенческих, психосоматических и психических нарушений [8].

Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский на основе своих исследований копинг-поведения подростков разработали три теоретические модели:

- 1) модель активного адаптивного функционального копинг - поведения;
- 2) модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения;
- 3) модель пассивного дисфункционального копинг-поведения.

Анализ публикаций, освещающих психологические проблемы аддиктивного поведения молодежи, обнаруживает значительное разнообразие представлений о роли личностных факторов в становлении и развитии алкогольного или наркотического пристрастия подростков. В большинстве работ выделяется определённый набор личностных свойств, определяемых как факторы риска.

Степень устойчивости к агрессивным воздействиям внешней среды в подростковом возрасте определяется не столько особенностями биологического статуса, сколько способностью к самоорганизации и саморазвитию, которая обеспечивается совокупностью определенных личностных свойств и условий, необходимых для их полноценного формирования.

Таким образом, воспитание здоровья состоит из двух частей – поддержания здоровья и развития здоровья. Поддержание здоровья – это воспитание навыков личной и общественной гигиены, навыков правильного питания, половой гигиены и контрацепции, умения жить в экологически неблагоприятной среде. Развитие здоровья (функциональная тренировка

---

---

с целью создания «резерва прочности») состоит из занятий физической культурой, закалывания, призывок социально-психологических тренингов и т.п.

По мнению В.Н. Никитина (2000), психическое здоровье выступает как следствие конфликтного взаимоотношения «человека индивидуального» и «человека общественного» [10]. Н. Пезешкиан (1995) считает, здоровым является не тот человек, у которого не бывает конфликтов, а тот, кто умеет возникающие конфликты преодолевать [11].

А.Л. Катков (1995) предлагает информационно-экономическую концепцию развития и деятельности системы психиатрической помощи и формирование феномена психического здоровья, как лично-

сти, так и общества. Данная модель наиболее всеобъемлюща для профилактики, превенции, реабилитации психического здоровья личности и общества и вмещает в себя понятие глобальная валеопсихология. В схеме «феномена душевного здоровья человека и общества», по мнению А.Л. Каткова, центральное место занимает человек как объект, формирующийся за счёт различных информационных потоков и подвергающийся воздействию с их стороны на протяжении всей жизни (человек – мера всех вещей) [12]. Но в тоже время, человек в данной схеме предстаёт субъектом, активно формирующим данные информационные потоки (человек – начало всех вещей) [13].

#### Список использованной литературы:

1. *Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург «Оверлайд», 1994, 304 с.*
2. Hall, G.S. *Adolescence (2 vol.). New York, 1908.*
3. Erikson, E. *Identity: Youth and crisis. New York, Norton. 1968.*
4. Meyer, J.E. *Der Verlauf der Neurosen // Neurosen / Hrsg. v. H. Mester, R. Tülle. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1981. - S 78-90.*
5. Клее, М. *Психология подростка – В кн.: Психология подростка (хрестоматия), составитель Ю. И. Фролов. М.: Российское педагогическое агентство, 1997. – С.103 - 140.*
6. Личко, А.Е. *Психотерапия при психопатиях у подростков // В кн. Руководство по психотерапии под ред. Рожнова В.Е. – Ташкент: Медицина, 1985. – С. 484-513.*
7. Змановская, Е.В. *Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2004. — 288 с. ISBN 5-7695-1782-4.*
8. Сирота, Н.А., Ялтонский В.М. *Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. – Обзор. психиат. и мед. психол., 1994/1.– С.63-74.*
9. Ремшмидт, Х. *Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994.*
10. Никитин, В. Н. *Энциклопедия тела. М., 2000.*
11. Пезешкиан, Н. *Психотерапия повседневной жизни. – М.: Медицина, 1995. – 336 с.*
12. Катков А.Л. *Феномен психотерапии // Наркология, 2003.*
13. Семке В.Я. *Реалии и перспективы транскультуральной наркологии // Наркология, № 1, 2003. – С. 44-48.*

## ПРЕВЕНТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И.Е. Куприянова

НИИ психического здоровья СО РАМН, г. Томск (РФ)

Сложности переживаемого Россией переходного периода сопровождается стрессовым воздействием на психику значительной части населения. Отрицательный эффект комплексного влияния неблагоприятных макро- и микросоциальных факторов нередко превышает адаптационные возможности организма, что ведет к развитию пограничных психических расстройств и дезадаптационных реакций (Александровский Ю.А., 2003; Незнанов Н.Г., 2006; Тиганов А.С., 2007; Семке 2010). Возросший уровень со-

циальных стрессов способствует увеличению напряженности в обществе, формированию расстройств психического здоровья со стертой психопатологической симптоматикой, соматизацией, тенденцией к хронизации.

По данным Комарова Ю.М., доктора медицинских наук, профессора, Члена общественной палаты при Президенте РФ 70% граждан живут в условиях затяжного психоэмоционального и социального стресса, 3,8 млн. человек страдают психическими

---

---

расстройствами, 14 млн. человек – нуждаются в психиатрической помощи.

Превентивная психиатрия сегодня - это ведущее направление медицины с мультидисциплинарным подходом, объединяющее социальный, психологический и физический уровни здоровья. Данный подход оптимизирует вопросы ранней диагностики пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств и позволяет повысить терапевтический и психопрофилактический уровни реабилитации с целью формирования прогноза здоровья как индивидуального, микросоциального, так и популяционного.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработана классификация превентивных мер, которая включает 3 этапа профилактических мероприятий.

Первичная профилактика направлена на улучшение здоровья населения: просвещение в вопросах, касающихся здоровья; доброкачественное питание; обеспечение адекватных условий быта, труда и отдыха; брачное и генетическое консультирование; защита от производственных и экологических вредных воздействий.

Вторичная профилактика включает раннюю диагностику расстройств и лечение, меры по раннему выявлению заболевших, выборочные обследования, скрининг – обследования населения.

Третичная профилактика – это реабилитация пациентов после заболевания. Обеспечение больниц и общественных программ условиями для повторного обучения и получения образования.

Инновационные стратегии последних лет сформировали новые подходы к концепции психического здоровья: качество жизни (H. Katsching), мультиаксиальный диагноз (J. Mezzich), дестигматизация нервно-психических расстройств (N. Sartorius), донозологическая диагностика (В.Я. Семке).

Данные предпосылки послужили основой для разработки превентивного направления научных исследований НИИ психического здоровья, которые разделены на следующие категории:

- 1) социальное – изучается уровень психического здоровья у декретированного населения (педагоги, военнослужащие, студенты, работники промышленных производств, научные сотрудники).
- 2) психосоматическое - исследуются психопатологические особенности личности при со-

матических, онкологических, гинекологических заболеваний.

- 3) онтогенетическое - выявляются клинико-динамические, социально-психологические особенности детей и подростков, лиц пожилого возраста.

Клинико-динамический анализ позволил выделить высокий уровень психологической напряженности в различных социальных группах, реализуемый в расстройствах невротического спектра (12%), преневротических состояниях (53,3%), органической патологии - сосудистого и травматического генеза (3,3%).

При изучении психического здоровья лиц с соматической патологией выявлен высокий уровень психической дезадаптации от донозологических проявлений до выраженной аффективной патологии.

Проводится работа по изучению уровней психического здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и разработке программ медико-психологического сопровождения процессов обучения и воспитания.

Наш подход основан на комплексном изучении психического здоровья всех участников педагогического процесса – учащихся, их родителей и педагогов. Психологическая поддержка детей с ОВЗ включает индивидуальное консультирование и занятия в группах сверстников. Идентификация и осознание родителями сильных и слабых сторон ребенка, как один из результатов реализации программ сопровождения, позволяет адаптировать семью к его инвалидности. Комплексное сопровождение детей с ОВЗ базируется на принципах профилактики психических нарушений, проводится с учетом основных факторов микросоциума и образовательной среды, что позволяет повысить качество жизни и уровень социальной адаптации детей с нарушениями в развитии, а также расширить функциональный ресурс семьи.

Разработана система валеологических образовательных программ, целью которых является повышение грамотности пациентов и их семей по вопросам здорового образа жизни и стрессоустойчивости. Кроме того, предложены и внедрены разноуровневые реабилитационные программы (в зависимости от наличия и выраженности симптомов психических нарушений), включающие тренинговые занятия, психо- и фармакотерапию.

И.В. Литовченко

г. Алматы

Современная, повседневная жизнь переполнена различными психотравмирующими ситуациями, стрессами, конфликтами, проблемами со здоровьем, питанием, лишним весом. Возникают трудности в общении с окружающими, во взаимоотношениях с близкими, коллегами, друзьями. Развивается бизнес, и изменяются требования к его ведению.

Психология может дать профессиональные, качественные ответы на все интересующие вопросы, раскрыть внутренний потенциал, ресурсы, возможности, перспективы. Психолог может взять на себя роль посредника в решении конфликтных ситуаций, помочь выяснить причины, найти решения.

Вопросы лишнего веса и здоровья сейчас крайне актуальны. И дело не только в объемах принимаемой пищи, употреблении алкоголя и табака, но и в эмоциональном состоянии человека, стрессах, переживаниях.

В современной психологии разработаны эффективные и экологичные программы, методики, технологии по снижению веса и коррекции фигуры, повышению уровней здоровья без медикаментозного вмешательства.

Такого рода программы реализуются в центрах психологического консультирования и психотерапии г. Алматы, с неизменным повышением качества жизни клиентов.

УДК: 378(571)

### ТЕНДЕНЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ

Б.О. Махадиева, И.Г. Гафнер, З.О. Кудасбаева

Жамбылский гуманитарно-технический университет, г. Тараз

Вторая половина XX века стала эпохой социальных революций, демократических, освободительных и культурно-религиозных движений. Под ударами этих движений произошло крушение колониальной системы в странах Африки и Азии, падение фашистских режимов в Европе и Латинской Америке. Заключительным актом явился распад СССР и мировой системы социализма. Глобальные потрясения породили множество попыток со стороны ученых объяснения целой цепи социальных эпидемий и их последствий. Можно констатировать тот факт, что крушение социалистических порядков, создание независимых государств на территории бывшего СССР, процессы этнической идентификации повлияли на мировое научное сознание.

Рост этнической идентичности рассматривается как одна из основных черт развития человечества, начиная со второй половины XX века. На постсоветском пространстве усилились процессы, характеризующиеся всплеском осознания своей этнической идентичности – принадлежности к определенному этносу, этнической общности.

Интерес к своим корням у отдельных людей и целых народов проявляется в самых разных формах - от попытки реанимировать старинные обычаи, фольклор и т.д. до стремления создать или восста-

новить свою национальную государственность. Рост этнической идентичности, как показывает опыт Таджикистана, Молдовы, Кыргызстана, может привести и к кровопролитным войнам.

В условиях глубоких политических и социальных преобразований, которые происходят на постсоветском пространстве, этнический фактор стал одним из важнейших параметров общественной жизни, иногда приобретая манифестные, а во многих случаях даже конфликтные формы.

В зависимости от теоретико-методологических подходов, политической ориентации и этнической заангажированности ученые и политики по-разному оценивают содержание и смысл этнического феномена, причины межэтнических противоречий и конфликтов в целом на постсоветском пространстве. Доминирующей среди экспертов является парадигма «распада империи» и «национального возрождения» народов бывшего СССР, которые реализуют признанный международным сообществом принцип права на самоопределение. Эта концепция предполагает, что основной причиной распада СССР, как тоталитарного государства с полиэтничным составом населения, явилось угнетенное дискриминируемое положение нерусских народов, культура и идентичность которых подверглась насильствен-

---

---

ной деформации в целях реализации официальной концепции «слияния наций», а на самом деле великого русского шовинизма и конструирования, так называемого единого «советского народа».

В целом эта концепция опирается на ряд очень сильных аргументов и во многих своих аспектах ее трудно оспаривать.

1. СССР, как и его предшественница – царская Россия, были государственными образованиями имперского типа, история которых содержала многочисленные завоевания, территориальную экспансию, колониальные методы управления, культурную ассимиляцию многочисленных этнических групп в пользу доминирующего русского языка и культуры.

2. Коммунистический режим, особенно в эпоху сталинизма, совершил длинный список преступлений и насильственных проектов в отношении коренных народов, проживающих на территории Советского Союза, среди которых акты геноцида в форме массовых депортаций и репрессий, аннексия и ликвидация государственной самостоятельности, катастрофическое разрушение среды обитания и подрыв традиционных систем жизнеобеспечения ряда этнических групп, неэффективное хозяйствование и осуществление военных программ.

3. Советское государство практиковало насаждение русскоязычного официоза в форме «интернациональной» коммунистической идеологии, подавляя любые стремления к автономии и проявления инициативы со стороны регионов и этнических общин, если они не были освящены властью центральных и периферийных элит.

4. Центр и правившая коммунистическая бюрократия жестко регламентировали повседневную жизнь граждан, нарушая их права и свободы, игнорируя интересы и запросы, в том числе и те, которые были связаны с их этнической культурой и ценностями. Другими словами, было достаточно причин для распада СССР и этнического кризиса в постсоветском пространстве.

Почему же кризис национальной идентичности продолжается в условиях либерализации и демократических трансформаций постсоветских государств? Каковы психологические причины роста этнической идентичности, почему именно этнические общности часто оказываются аварийными группами поддержки в ситуации острой социальной нестабильности? Какие стратегии используются людьми для поддержания коллективной этнической идентичности?

Социологические школы объясняют рост этнической идентичности:

- а) реакцией отставших в развитии народов на этнокультурное разделение труда, порождающее экономическую и технологическую экспансию народов более развитых;
- б) мировой конкуренцией, в результате которой интенсифицируется изнутри этническое вза-

имодействие, несмотря на унификацию материальной и духовной культуры;

- в) повышением влияния больших социальных групп в экономике и политике и облегчением процессов их сплочения благодаря средствам массовой коммуникации.

Если мы обратимся к основным признакам нации, то можем прийти к интересным выводам. Так, например, общность языка. Казалось бы, что может быть более естественным и необоримым признаком нации? Но ведь давно известно, что в Швейцарии четыре языка, четыре этнических общности – германо-швейцарцы (65% всего населения), франко-швейцарцы (18,4%), итало-швейцарцы (9,8%), реторманцы (0,8%) – но, при наличии этих языков, есть единая швейцарская нация.

Еще одним основополагающим признаком является общность территории. Этот признак нации тоже казался незыблемым, однозначным. Однако далеко не всегда он приближает нас к определению нации. Скажем, русские в национальных республиках СССР, конечно, относились к русской нации. Тогда можно было говорить об общности большой территории – СССР. А как быть теперь, когда бывшие советские республики стали независимыми, суверенными государствами? Как быть с теми русскими, которые остаются в этих государствах? Что они перестали относиться к русской нации на том основании, что они потеряли общность территории с русским населением России?

Общность экономической жизни. Этот признак сыграл, как нам представляется, свою историческую роль. Нации сложились на основе становления индустриального капиталистического общества. В Европейском экономическом сообществе (ЕЭС) при полном сохранении наций устанавливается западноевропейская общность экономической жизни, границы становятся действительно прозрачными, введена единая валюта. Всё это позволяет сделать вывод, что прежнее определение нации не отвечает реалиям современной жизни.

В основу выработки нового определения нации следует, на наш взгляд, положить такую фундаментальную ценность, как общность духовной жизни. Другим важным компонентом национальной общности людей является их самосознание, которое тоже относится к сфере духовной культуры. При этом следует иметь в виду, что национальное самосознание – это не часть национальной духовной культуры наряду с другими частями, а её стержень. Именно в самосознании нация определяет свои общие, коренные интересы, цели и идеалы, своё лицо в многонациональном мире, своё отношение к другим нациям и государствам. Другими словами, нация есть не только объективная, но и субъективная данность, представители которой говорят в отношении себя «это мы», а в отношении других «это они».

---

---

---

---

Одна из психологических причин роста этнической идентичности – поиск ориентиров и стабильности в перенасыщенном информацией и нестабильном мире. Другая психологическая причина лежит на поверхности и не требует особых доказательств – это интенсификация межэтнических контактов, как непосредственных (трудова миграция, перемещение миллионов эмигрантов и беженцев, туризм), так и опосредованных современными средствами массовой коммуникации. Повторяющиеся контакты актуализируют этническую идентичность, так как только через сравнение можно наиболее чётко воспринять свою принадлежность к русским, евреям и т.п. как нечто особое. Психологические причины роста этнической идентичности едины для всего человечества, но особую значимость этнос приобретает в эпоху радикальных социальных преобразований, приводящих к социальной нестабильности. В этих условиях этнос часто выступает в качестве аварийной группы поддержки. Именно в такой период, который переживает и наша страна, человеку свойственно ориентироваться, прежде всего, на этнические общности и нередко преувеличивать позитивное отличие своей группы от других.

Говоря о социологии наций, следует выделить феномен, раскрывающий специфику проявления национального в любом гражданском обществе и степень возрастания его влияния в жизни каждой многонациональной страны. А так как практически в мире не осталось мононациональных государств, этнические процессы стали характерными для всех без исключения обществ. Это обнаружилось и в Канаде (особая позиция французских жителей провинции Квебек), и в Югославии, и в Ираке, и во многих многоплеменных государствах Африки. Более того, обострились этнические противоречия в странах, которые издавна считались едиными, с точки зрения одной нации, но располагающей этническими группами. Этнические противоречия отмечались в Бельгии, Испании. В сочетании с религиозными противоречиями эти процессы наложили серьёзный отпечаток на повседневную жизнь и привели к трагедии в Северной Ирландии, Пенджабе (Индия).

Иначе говоря, на современном этапе развития человечества есть целый ряд национальных проблем, которые обострились во многих странах. Хотя, безусловно, имеются особенности проявления национальных и этнических отношений, тем не менее, есть общее, образующее предмет социологии наций, социальное положение человека как представителя нации, его национальное самосознание, национальная культура, язык, то есть всё то, что определяет национальную самобытность людей.

Анализ просчётов в национальной политике показывает, что если интересы представителей одной нации и национальности преувеличиваются, то это,

как правило, ведёт к ущемлению интересов других национальностей. Эти предпочтения, нередко незримо осуществляемые, чётко фиксировались в общественном сознании, на основании чего можно сделать и практические выводы. Именно таким образом понятая национальная политика, с точки зрения поддержки определённой нации, привела к уменьшению населения других национальностей, в ряде республик бывшего СССР. По отношению к представителям других национальностей стали употребляться слова «мигрант», «инородец», что сильно затрагивает национальные чувства и нередко ведёт к обострению национальных отношений.

Такая местническая недалёковидная политика не могла в своём развитии не привести и к ущемлению интересов отдельных групп одной нации в ущерб другим. Это проявлялось в республиках Прибалтики, в Молдове, когда общие верные рассуждения о национальном суверенитете обернулись межнациональной напряжённостью, возрождением и оживлением недоверия между коренным населением и представителями других наций. Такое нарушение принципа социального равенства, равенства возможностей людей на национальной основе не проходит бесследно. Как ни покажется странным, но многие недостатки в современном обществе стали своеобразным продолжением достоинств, когда в национальной политике реализуются неоправданные приоритеты. Так, Россия, долгое время делившаяся всем необходимым с другими республиками в интересах их экономического и социального развития, попала в чрезвычайно затруднительное положение: население части исконных земель живёт хуже, чем население многих республик постсоветского пространства. Это послужило в немалой степени основой для появления русского национализма, особенно в тех случаях, когда в угоду ложно понятым национальным интересам одних народов их права и обеспечение этих прав превалировали над устремлением других наций и народностей. Те предпочтения, которые были оправданы на предшествующих стадиях развития, стали препятствием на пути развития национальных отношений, ибо они уже не соответствовали новой исторической реальности. Всё это в ряде мест привело к росту несоответствия между социальной и национальной структурой, к националистическим деформациям в развитии структуры профессиональной и выразилось в том, что наиболее престижные профессии стали в некоторых республиках превращаться в своеобразную привилегию лиц той или иной национальности.

Но, хотя политическим аспектом национальных отношений уделялось постоянное внимание, тем не менее, и в этой сфере скопились огромные просчёты, связанные как с теоретическим осмыслением происходящих реальных изменений, так и с практической реализацией требований национальной по-

---

---

литики. Это нашло отражение в кадровой политике, в предпочтении выдвижения кадров не на деловой, а на национальной основе, что объективно не могло не привести к ошибкам.

Августовский путч 1991 г. резко обнажил те подспудные политические процессы, которые скрытно развивались почти во всех республиках, в жизни многих народов. Его итогом стал фактический распад СССР, создание ряда самостоятельных государств и резкое обострение взаимоотношений между нациями, народами и этническими группами.

Новая общественно-политическая ситуация требует и более обстоятельного анализа того, что уже, казалось, проверено исторической практикой, нашло одобрение, вошло в жизнь и стало даже предметом гордости. Возьмем, к примеру, многонациональные коллективы. Мы оправданно говорим о них как о воплощении национального согласия. В своей принципиальной основе это положение верно и сейчас. Но реальность такова, что многонациональные коллективы в Сибири, на Урале, в Донбассе – это одно, а в Узбекистане, Таджикистане, в Грузии или Армении – несколько другое. Как показывают исследования, во второй группе все же нередко в той или иной мере преобладают интересы тех работающих, кто принадлежит к титульной нации.

В целом эти коллективы способны на здоровой основе обеспечить межличностное общение, помогают друг другу при адаптации в иной этнической среде. В конечном счете, интернационализм утверждается не вообще, а в конкретной обстановке, в сознании и поведении людей. Поэтому забота о межличностном общении людей различных национальностей – это важная социальная, культурная и политическая проблема.

И наконец, особым направлением социологии наций является многообразие интересов и явлений, происходящих в духовной жизни общества и охватывающих образование, культуру, науку, национальное общение и т.д. Интернационализация экономической и социальной жизни заставляет национальное самосознание рассматривать духовную жизнь как наиболее полное воплощение достижений национальной культуры, область национальной самобытности и неповторимости. И это, в самом деле, так. Именно культура, язык, обычаи и традиции народа хранят в себе в большей мере, чем другие сферы общественной жизни, национально-особенное, специфическое, присущее именно этой нации, народности, этнической группе. Поэтому способствовать развитию национальных отношений, национальному сознанию крайне необходимо. Однако гипертрофикация этих тенденций рождает серьезные издержки в развитии национальных отношений. Неоднократно выдвигавшееся требование стремиться к соблюдению адекватных пропорций в удовлетворении культурных, языковых и других запросов, как у коренных,

так и у некоренных народов, к установлению пропорционального их представительства в органах власти, управления, культуры и т.д., выполняются ещё не всегда и не везде.

Сложившееся положение в свою очередь нашло отражение на уровне индивидуального и группового сознания. Оно создавало потенциальную почву для национального недоверия и вражду у одних групп населения и порождало неудовлетворенность у других. Не менее сложной для становления культуры межнационального общения является проблема языка. Мы оправданно гордимся тем, что нации и народности имеют свою письменность, язык, литературу. Но не все. Дело в том, что в стране проживает немало этнических групп, численность которых не превышает 500, 800, 1500 человек. И хотя они составляют 0,3% населения, решения этой проблемы не снимается, а лишь обостряет необходимость поиска приемлемых форм, базирующихся на общечеловеческих, так и на национальных ценностях и традициях.

Итак, следует отметить, что национальный фактор приобретает ведущее значение. Этот поворот к национальным, этническим проблемам происходит и в глобальных масштабах. Достаточно сказать, что в войнах и в вооруженных конфликтах в 1984-1989 гг. вес этнического фактора достигает от 15% до половины, в то время как за весь период нового времени с 1496 года по 1983 год только 86 из 240 войн характеризовались той или иной степенью этнической нетерпимости. Анализ реальной ситуации показывает, что удельный вес этнических конфликтов в ближайшем будущем будет возрастать, если мировое сообщество совместными усилиями не приостановит этот процесс.

Для снижения уровня конфликтных ситуаций на основе этнической принадлежности можно предложить несколько вариантов. В многонациональных государствах политика в отношении национальностей должна иметь своим субъектом все этносы и этнические группы и охватывать всю территорию страны. Её цель – не навязывать верхушечные, патерналистические концепции и не поднимать до уровня официальной политики групповые мифы и иррациональные доктрины, а создавать наиболее благоприятные условия для этнокультурных общностей в сохранении прав и запросов граждан, связанных с их национальной принадлежностью.

Многие учёные и социологи поддерживают идею об отсутствии каких-либо признаков отличия между людьми. Ведь среди близких к человеку на генном уровне обезьян, отличаются от человека различием генов и делением по видам. Человек придумал расовые и этнические различия, ему и надо их отменить. Проблема вопроса разделения на признаки была выдумана человеком, и решение его лежит на плечах каждого индивидуума, и всего сообщества в целом. Считать, что ты отличен от другого

---

---

человека по происхождению - «преступно». У всех у нас один генотип, потому что различия закладываются на генном уровне.

В этих условиях, на наш взгляд, выход состоит в выборе в пользу плюралистического общества. Де-

мократическое согражданство и культурный плюрализм могут составить основу политической формулы новых государств, сменив безответственную социальную инженерию с огосударствлением и территориализацией этничности.

*Список использованной литературы:*

1. Белинская Е.П., Стефаненко Т.Г. Этническая идентичность: понятие, формирование, модели измерений // Этническая психология. Хрестоматия. СПб.: Речь, 2003.
2. Амрекулов Н. Пути к устойчивому развитию, или размышления о главном. Алматы, 1998, с. 71.
3. Вселенский М.С. Номенклатура. Господствующий класс Советского Союза. Лондон, 1990, с. 106.

УДК 616.89:159.922.736-053.6

### ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А.З. Нургазина	руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар
Н.А. Жаксылыков	врач-психиатр ГУ «Областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар
И.А. Доценко	врач-психиатр ГУ «Областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар
Ж.А. Жолдасова	заведующая отделением психосоматики РГКП «Республиканский научно-практический Центр психиатрии, психотерапии и наркологии», г. Алматы
Ш.М. Тлеубаева	врач-психотерапевт РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

В настоящее время, крайне актуальной проблемой современной психиатрии и наркологии является рост пограничных нервно-психических расстройств, психозадаптации состояний, аддиктивного поведения, аффективных (депрессивных) нарушений, суицидального поведения.

Наиболее важной проблемой, связанной с качеством индивидуального и социального психического здоровья, является проблема формирования и развития зависимости человека от психоактивных веществ (ПАВ) - рост наркомании, которая является «одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира» (Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2000). Особенно хочется обратить внимание на увеличение числа наркологических заболеваний у детей и подростков.

Крайне важные этапы становления личности – это подростковый возраст и пубертат (Erikson E., 1982; Выготский Л.С., 1984; Ремшмидт Х., 1994) [1, 2, 3], а проблема психической адаптации одна из наиболее сложных проблем в плане оценки норм и патологии этого периода. Именно подростковый возраст является одним из кризисных этапов в становлении личности человека. Он отмечается рядом специфичес-

ких особенностей. Это возраст кардинальных преобразований «в сфере сознания, деятельности и системы взаимоотношений. Этот этап развития характерен бурным ростом человека, формированием организма в процессе полового созревания, что оказывает заметное влияние на психофизиологические особенности подростка. Основу формирования новых психологических и личностных качеств составляет, общение в ходе различных видов деятельности – учебной, производственной, творческих занятий и пр.»

Вследствие нарушения психической адаптации подростки и молодежь прибегают к аддиктивным формам поведения, в частности - к химической аддикции (наркомания, токсикомания).

Подростковый возраст - это период формирования структурно-функциональных и социально - психологических позиций [4], в котором увеличиваются требования к психическому и соматическому потенциалу. В результате формируются кризисные конфликтные паттерны поведения, а стрессогенные требования среды, в свою очередь, становятся производными этих паттернов.

А.Е. Личко (1979) обращает внимание на особые поведенческие модели – специфические подростковые поведенческие реакции на воздействия

среды [5]. При этом им выделены следующие поведенческие реакции:

- реакция эмансипации проявляется в стремлении высвободиться из-под опеки, контроля, покровительства старших. Это связано с борьбой за самостоятельность, самоутверждение. Способствуют этому такие факторы как чрезмерная опека, мелочный контроль, лишение минимальной самостоятельности, третирование подростка как ребенка;
- реакция группирования со сверстниками - почти инстинктивное тяготение к сплочению;
- реакция увлечения – хобби - реакция. Увлечения могут лежать в основе нарушения поведения. Это происходит в силу чрезмерной интенсивности увлечения, когда ради него оставлены все остальные важные дела и обязанности;
- реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением;
- детские поведенческие реакции - отказ от контактов, игр, пищи; оппозиция, имитация (положительная и отрицательная), компенсация и гиперкомпенсация.

Именно реакция группирования подростков отражает потребность в общении. Более высокий уровень эмоционального принятия и доверия в группе сверстников, наряду с фактором давления групп, обеспечивает быстрое усвоение подростками групповых норм. В условиях такой «стихийной» социализации формируются первичные целевые установки на употребление токсических веществ (Покоев А.И., 1988). Направленности на употребление способствует возбуждающее любопытство, влияние полученной от сверстников информации с её неопределённым подчеркиванием «плюсовых» эмоциональных эффектов и отрицанием негативных последствий.

Под влиянием реакции группирования происходит формирование начальной стадии алкоголизации или наркотизации, которую некоторые авторы называют «социальной зависимостью» или «групповой зависимостью» [7, 8].

По мнению Муратовой И.Д., Сидорова П.И. (1980) факторы, способствующие ранней алкоголизации и наркотизации, являются общими для любых форм нарушения поведения в подростковом возрасте. Другие авторы считают, что алкоголизм и токсикоманию следует относить к социальным девиациям из-за блокировки потребностей [9]. В.С. Битенский и Б.Г. Херсонский (1989) отмечают, что особую роль в приобщении к наркотику играют группы, в которых именно антисоциальная деятельность объединяет подростков, а также группы наркоманов, где добывание средств на наркотики, их закупка и употребление являются единственным сплачивающим группу фактором [10].

В проведенном исследовании поведенческих расстройств в подростковом возрасте получены следующие результаты.

В исследовании принимали участие 56 подростков в возрасте от 11 до 15 лет, у которых отмечались нарушения поведения, выраженные в той или иной степени.

Основные клинично-нозологические формы расстройств поведения у подростков в соответствии с МКБ – 10 были распределены следующим образом:

- F 91.0 – расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (10 человек);
- F 91.1 – не социализированное расстройство поведения (7 человек);
- F 91.2 – социализированное расстройство поведения (28 человек).

У исследуемых подростков отмечалось раннее злоупотребление табаком и алкоголем, которое было тесно связано с различными нарушениями поведения и патохарактерологическими реакциями, причем многие из них отмечались задолго до начала употребления психоактивных веществ, а некоторые из названных реакций тесно связаны с аддиктивным поведением. У подавляющего большинства подростков (98,6%) отмечено употребление никотина. Все подростки, «хотя бы один раз» имели опыт употребления алкоголя. Из их числа количество лиц, иногда употребляющих алкоголь, составило 61,1%. Отклонения, которые могут наступить в поведении подростка, разнообразны, как и причины, вызывающие их. Нарушения в поведении возникают на фоне более слабой нервной системы, неустойчивости эмоционально-волевой сферы, которые сочетаются с неблагоприятными воздействиями среды.

Характеризуя процессы обучения подростков, необходимо отметить эпизодические трудности в усвоении школьного материала у 54,79%, а постоянные трудности - у 21,91% подростков. Проявления социальной дезадаптации в виде агрессивности и конфликтности отмечаются у половины исследуемых подростков.

У подростков отмечались нарушения поведения, проявляющиеся чаще всего в виде реакций активного протеста (непослушание, грубость, агрессивное поведение). Подростки не готовы к усвоению материала и систематическим занятиям в силу личностных особенностей. Отсутствие критики к своему поведению, возникающее нервное напряжение способствует частым прогулам.

Попытки давления на подростков со стороны взрослых приводили к тому, что подростки совершали побег из дома. Побег можно рассматривать и как один из вариантов компенсаторного поведения несовершеннолетнего в конфликтной ситуации, и как

---

---

регрессивную форму психологической защиты в виде символической формы ухода от действительности. Мотивами побега нередко служили как жесткое обращение с подростком, так и то, что его тяготила принадлежность к социально-неблагополучной семье.

Подростки, находясь в возрасте созревания, пребывая в угнетенном или напряженном состоянии из-за своих жизненных неудач и конфликтов с окружающими, легко шли на поводу, у ровесников, которые, видя их «психическое состояние», соблазнили их необычными переживаниями, с помощью которых можно забыть все огорчения. Отсутствия каких-либо общих интересов, тем для разговоров, целей в жизни, снижение критики к происходящему побуждало их вновь контактировать с ровесниками, чтобы обмениваться мнениями, впечатлениями о «подвигах».

При клиническом обследовании подростков группы риска установлены признаки психического инфантилизма, в основном, на фоне нормального или ускоренного физического развития. У них отсутствовали планы на будущее, представления о правилах и нормах поведения были стереотипными и недоразвитыми, снижена критика к своему поведению, не сформировалось чувство ответственности за свои поступки, они обладали бедной фантазией. В сложных жизненных и конфликтных ситуациях возникали детские поведенческие реакции в форме пассивного протеста. Подросткам группы риска свойственно раннее проявление различных нарушений поведения, которые предшествовали приему ПАВ. Немаловажным фактором является то, что у подростков группы риска отмечались и более грубые поведенческие нарушения (драки со сверстниками, вандализм). Они могли что-либо разбить, испортить, сделать надпись на стене, на парте, то есть произвести действия, которые расцениваются, как школьный вандализм.

В ходе проведенной психокоррекционной работы на фоне медикаментозного лечения, отмечалась положительная динамика по параметрам поведения подростков по следующим признакам:

- непослушание;
- прогулы школьных занятий.

С проблемными детьми мы проводили психокоррекционные занятия один раз в неделю, где анализировались поступки, установки, мотивы отклоняющегося поведения, его последствия, межличностные отношения. На фоне сохранного интеллекта дети быстро учились в критической ситуации конструктивно перестраивать поведение, отделять главное от второстепенного. В результате проведенных занятий у детей повышались самооценка и активность в социальном плане, улучшилась успеваемость, более ровными стали отношения с одноклассниками и учителями.

Данное исследование свидетельствует, что с такими детьми реабилитация возможна, но степень возможностей в этом отношении различна, так как факторы, вызывающие отклонения, всегда многочисленны, и каждый по отдельности и в совокупности они очень сложны.

Изменения поведения детей из «нормального» в отклоняющееся поведение не происходит внезапно или скачкообразно. Эти изменения имеют свою динамику, колебания, замедление и ускорение. Со стороны взрослых необходимы внимание и наблюдательность, тактичность, требовательность и систематический контроль. Нельзя позволять укрепляться отрицательным реакциям у ребенка. Психокоррекционную работу следует проводить как можно раньше - ведь ребенок легко поддается влиянию и легче в таких случаях активизировать его внутренние силы для преодоления аддикции.

Таким образом, мы видим, как сложен и многообразен вопрос о возможностях и условиях успешности психологической реабилитации. Отклонения, которые могут наступить в поведении ребенка, разнообразны, как и причины, вызывающие их. Возможность успешной реабилитации определяется различными условиями и факторами, при этом важно учитывать возрастные особенности развития ребенка.

*Список использованной литературы:*

1. Erikson, E. *Identity: Youth and crisis*. New York, Norton. 1968.
2. Выготский, Л.С. *Собрание сочинений: В 6-ти томах. Т. 4. Детская психология* // Под ред. Д.Б. Элькониной. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
3. Ремимидт, Х. *Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности*. – М.: Мир, 1994.
4. Макаров, В.В. *Развитие алкоголизма у подростков: Автореф. дис. канд. мед. наук*. – Новосибирск, 1981. – 18 с.
5. Личко, А.Е. *Подростковая психиатрия*. – М., 1979.
6. Завьялов, В.Ю. *Диализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии* // *Наркология*, 2002, № 9. – С. 36 - 41.
7. Кондратьев, М.Ю. *Особенности психосоциального развития подростков* // *Вопросы психологии*, 1997, № 3.
8. Пятницкая, И.Н. *Наркомания*. – М.: Медицина, 1997.
9. Dorn, N. *Alcohol, youth and state*. – London, Canberra: Croo lielm, 1983.
10. Битенский, В.С., Херсонский, Б.Г., Дворяк, С.В., Глушков, В.А. *Наркомания у подростков*. – Киев: Здоровье, 1989.

---

---

## ФЕНОМЕН НОВИЗНЫ И ФОРМИРОВАНИЕ УСТОЙЧИВОГО РЕСУРСА В ПРОЦЕССЕ СНИЖЕНИЯ ВЕСА И МОДИФИКАЦИИ ФИГУРЫ

Л. Щепина

менеджер по работе с клиентами Центра «Эквилия», г. Алматы

В современном постоянно изменяющемся мире каждый человек должен обладать определенным уровнем психологических знаний и навыков. Осознанно формируя свой жизненный путь, индивид задает себе цели и ориентиры, выстраивает перспективы, продумывает решения для самореализации.

Задача современных психологов донести до каждого человека, что необходимые знания и навыки доступны не только ограниченному кругу узких специалистов - это способы продвижения человека к улучшению качества его жизни. Одним из таких стремлений к самосовершенствованию мы считаем перспективу стабильного сохранения желаемого показателя веса и модификации фигуры.

В ЦПКП «Эквилия» с 2002 года существует авторская программа «Идеальный вес». Ее цель – снижение веса и моделирование желаемой фигуры. Выводы, представленные в этой работе, являются результатом исследований, проведенных в центре.

Во время прохождения курса каждый участник получает знание о законах управления собственным весом, создает для себя индивидуальную программу для получения желаемого результата в снижении веса и модификации фигуры. В процессе выполнения программы происходит су-

щественное улучшение физических кондиций организма.

Основной задачей специалистов центра является формирование нового осознанного пищевого поведения у клиентов. Прежде всего, через обретение навыка достаточности в удовлетворении потребности организма в пище, а также навыков адекватного удовлетворения истинных потребностей в получении различных эмоций. Данный результат достигается путем совершения нового действия, приносящего как эмоциональное удовлетворение, так и достаточное пищевое насыщение.

Руководствуясь полученным опытом, мы пришли к выводу, что именно феномен новизны совершаемых личностью действий является ключевым моментом в формировании устойчивого ресурсного состояния в процессе снижения веса и модификации фигуры.

Для личности важна сама технология процесса снижения веса и модификации фигуры, когда процесс сопровождается ярко окрашенными положительными эмоциями. Примером спонтанной успешности может являться феномен новизны, возникающий в первые две недели процесса снижения веса и модификации фигуры, как следствие того, что сам технологический процесс в этот момент и является новым действием для личности.

УДК 616.89-085

### К ВОПРОСУ О КОМПЛАЕНСЕ В ПСИХИАТРИИ (обзор литературы)

Г.А. Джолдыгулов

заведующий отделом менеджмента качества научных исследований Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (г. Алматы), к.м.н.

Минувший XX век был насыщен глобальными изменениями, которые качественно изменили облик медицины. Открытия в области генетики, уточнение причин и механизмов многих заболеваний, очевидные успехи управляемого терапевтического вмешательства окончательно утвердили за ней статус науки и определили её облик в начале нового тысячелетия. Претерпели заметную перестройку и воззрения на систему взаимодействия врача и пациента. На протяжении всей своей европейской истории, начиная с античности, фундаментом взаимоотношений между врачом и пациентом являлся патернализм, суть которого фиксировалась в корне понятия – в слове «pater» (в переводе с лат. – отец). Иными словами, подразумевалось, что врач, как отец, заботящийся о своем ребенке, сострадает больному, помогает ему, берёт ответственность за принимаемые решения о его лечении. Христианская мораль, лежащая в основе европейской культуры, определяла, что роль отца, которую призван выполнять врач, несет в себе не столько смысл кровного родства, сколько смысл метафизический – моральный. В профессиональной врачебной этике на протяжении более 20 столетий никогда и никем не оспаривалось значение ценностей милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые являлись краеугольными понятиями [1]. Патерналистская установка присутствует и в клятве Гиппократова – в положении об управлении процессом лечения, режим которого определяется сообразно с силами и разумением врача в интересах и для пользы больного [2].

В настоящее время на фоне идей о смене парадигм культуры в 3-м тысячелетии классический патернализм медленно уступает свои позиции. В новое время критики патерналистской парадигмы утверждают, что она подавляет свободу и достоинство пациента [3]. По их мнению, следствиями патернализма являлись, во-первых – моральное право врача на неполное информирование больного о прогнозе заболевания, сути и цели диагностических мероприятий, о применяемых лекарствах и т.п., во-вторых – заведомо пассивная роль больного, как реципиента врачебных назначений. Поэтому современная модель моральных отношений – это модель, основанная на контракте, соглашении и согласии [3]. Ины-

ми словами, происходит смена *модели* патернализма моделью «информированного согласия», в соответствии с которой от врача требуется предоставление больному всей существенной информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение [4]. Предпосылками, а возможно и причинами смены парадигм, послужили многочисленные данные о том, что эффективность проводимого лечения нередко сводится к нулю из-за частого нарушения пациентами режима предписанных врачебных назначений [5-9], из чего вытекала необходимость очертить степень ответственности каждой из сторон, участвующих в лечении [10-11].

Отражением данных тенденций явилось введение в терминологический обиход врачей понятия «комплаенс» (compliance) в 70 годах XX столетия. В словаре комплаенс обозначен как степень, с которой поведение пациента соответствует врачебным рекомендациям [12]. Одним из первых его применили к области здравоохранения Sackett [13] и Haynes [14].

Комплаенс достаточно быстро вошел в терминологический обиход врачей, так как позволял сконцентрировать усилия на улучшении терапевтического поведения пациента, которое, как было установлено, нечасто комплиментарно назначениям врача. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более половины пациентов с хроническими заболеваниями не придерживаются врачебных назначений [15], что ведёт к серьёзным медико-социальным последствиям. Во-первых – нарушение режима терапии существенно снижает эффективность лечения. Самое лучшее лекарство становится бесполезным, если пациент не выполняет назначения врача: в лучшем случае состояние больного не меняется, в худшем – болезнь продолжает прогрессировать. Во-вторых – переоценка врачом дисциплинированности больного в сочетании с неэффективностью лечения приводит к многократным сменам терапии и назначению новых лекарств. При отсутствии ожидаемого эффекта врач разочаровывается в успехе лечения, снижается его профессиональный интерес к пациенту, создается впечатление «бесперспективности»

---

---

больного. В-третьих, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, то недостаточная эффективность терапии вызывает недоверие к профессионализму врача, дискредитирует в глазах больного современную медицину и систему медицинской помощи. Таким образом, возникает порочный круг, в котором и пациент, и врач способствуют снижению успешности лечения [16].

Для психиатрии проблема комплаенса является особенно актуальной. Историческим совпадением, а, вероятно, и закономерным следствием, явилось то, что введение этого термина совпало с активной деятельностью, проводимой по деинституализации психиатрии, сокращению стационарных коек и развитию вне стационарных видов психиатрической помощи, то есть в тот период, когда начала развиваться социальная психиатрия [17]. Следствием этих мероприятий явились резкое увеличение количества амбулаторных больных, прежде всего, страдающих шизофренией, к качественному долговременному ведению которых психиатры оказались не готовы, что отражается в публикациях вплоть до настоящего времени [18-21]. В частности, по различным данным подавляющее большинство больных шизофренией прекращает приём поддерживающей терапии в течение 1 года [22-24].

В государственном масштабе отсутствие комплаенса (далее - нонкомплаенс) обуславливает значительные расходы. Установлено, что в развитых странах до 3% национальных расходов на здравоохранение и 22% затрат на психиатрию связаны с шизофренией. Национальный Институт психического здоровья оценил, что шизофрения стоит США приблизительно \$32,5 миллиарда ежегодно [25, 26].

Установлено, что на комплаенс в той или иной степени влияют около 250 факторов [27], однако традиционно они объединяются в 4 группы:

- 1) факторы, связанные с лечением и клиническими параметрами.
- 2) факторы, связанные с личностью пациента.
- 3) факторы взаимодействия с врачом.
- 4) микросоциальные факторы.

Переносимость препарата принято считать главным параметром, связанным с терапевтическим фактором. Негативное влияние на комплаенс имеют такие побочные эффекты нейролептиков, как экстрапирамидные синдромы (ЭПС), нейролептическая дисфория, акатизия, сексуальная дисфункция и увеличение массы тела [28]. Установлено, что неврологические, эндокринные и антихолинэргические побочные эффекты являются первыми причинами прекращения приёма лекарств. Условная иерархия негативных побочных действий препаратов по сведениям самих больных выглядит следующим образом [29]: на первом месте - экстрапирамидные двигательные симптомы; на втором месте оказывается излишняя седация и на третьем месте - увеличение массы тела.

Известно также влияние на комплаенс ряда клинических факторов. Установлено, что комплаенс ниже при более раннем начале заболевания, малой продолжительности, приступообразном течении, высокой частоте рецидивирования и малой длительности ремиссий. Нонкомплаенс достоверно связан с повышенным риском госпитализации, поступлением по скорой помощи. Наличие бредовых синдромов высоко коррелирует с нонкомплаенсом, в то время как роль когнитивного снижения остается недостаточно ясной, хотя нарушения памяти, в особенности в позднем возрасте, являются предиктором парциального комплаенса [30]. Комплаенс хуже как при очень острой, так и при относительно низкой продуктивной симптоматике. Что касается негативной симптоматики, то она достоверно снижает комплаенс, в особенности такие её проявления, как абulia, апатия и алогия [31].

Подтверждена зависимость комплаенса от психологических факторов. Считается установленным, что в начале лечения установка на лекарство и сознание болезни в большей степени предопределяет комплаенс, чем побочные эффекты медикации. Отрицательное отношение к лекарству может формироваться под воздействием социокультуральных представлений о фармакопрепаратах – например, о том, что лекарства, являясь искусственно созданными химическими веществами, являются вредными для здоровья, «зомбируют» психику. Психологическое сопротивление медикации возрастает, если лечение воспринимается больным как угроза автономной свободе выбора [32].

Существенную роль в формировании комплаенса играет такая психологическая структура, как внутренняя картина болезни, определяющая правильное понимание больным наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения. Больные с хорошим и частичным комплаенсом (аффективные расстройства и шизофрения) достоверно различаются между собой по таким параметрам внутренней картины болезни, как восприятие тяжести заболевания, восприятие своей способности контролировать болезнь, оценка риска возникновения рецидива в будущем. Такие два фактора, как восприятие остроты состояния и оценка положительного эффекта терапии, объясняют 43% вариации комплаенса [33]. При этом высказываются и скептические мнения о том, что хотя внутренняя картина болезни отражает различные стили совладания с ней, нет подтверждения того, что они непосредственно определяют лекарственный комплаенс [34]. Это свидетельствует в пользу необходимости более углубленного изучения данного аспекта проблемы.

Основой хорошего комплаенса являются и социально-психологические характеристики больных. Больные с хорошим комплаенсом имеют более высокий уровень адаптации в семье и на производстве [35]. Комплаенс тесно связан с производствен-

---

---

ной занятостью, социальными отношениями и повседневной активностью. Детерминантами некомплаенса являются недостаточная социальная активация [36] и низкий уровень глобального функционирования [37].

Другим существенным фактором формирования комплаенса являются отношения с врачом. Здесь используется понятие терапевтического альянса, создание и поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии. Предиктором хорошего комплаенса является изначально положительная установка больных на сотрудничество с врачом. У таких больных также достоверно более высокий уровень ожидания положительных результатов терапии [38]. Уровень комплаенса зависит и от многих других параметров сферы медицинского обслуживания: доступности терапии; адекватности планирования выписки; наличия удовлетворительности и преемственности наблюдения в ремиссии.

Микросоциальное окружение играет важную роль в формировании комплаенса. Хороший комплаенс высоко коррелирует с наличием и степенью семейной и социальной поддержки [39]. Напротив, высокий уровень выражения родственниками негативных эмоций в адрес больных достоверно сопровождается более низким комплаенсом у последних. Больные с некомплаенсом чаще бывают бездомными, а их родные чаще отказываются сотрудничать в терапии [40].

Таким образом, в настоящее время комплаенс или терапевтическое поведение пациента является одной из важных составляющих эффективной работы системы здравоохранения. По существу, уровень комплаенса играет роль ключевого индикатора, отражающего взаимодействие всех аспектов охраны психического здоровья. В связи с этим целесообразно упомянуть об основных направлениях оптимизации комплаенса. Разработки в этой области идут в двух направлениях: создание и внедрение препаратов с повышенной переносимостью и психосоциальные

вмешательства. Разработка новейших нейролептиков превратилась по сути дела в арену борьбы за лекарственный комплаенс. Атипичные антипсихотики действительно в меньшей степени вызывают побочные действия (главным образом, ЭПС) по сравнению с классическими нейролептиками. Они редуцируют психиатрическую стигматизацию [41] и улучшают качество жизни больных. Повышение уровня лекарственного комплаенса может быть достигнуто путем назначения пролонгированных инъекционных антипсихотиков, которые, по мнению ряда авторов, оптимальны для лечения шизофрении [42, 43]. Психосоциальные стратегии улучшения комплаенса варьируют по степени своей сложности. Информирование больного, нахождение с ним правильного стиля общения, упрощение плана терапии, планирование консультаций в амбулаторном режиме и учёт побочных действий являются простыми и эффективными действиями для повышения комплаенса [44]. Последние годы характерны появлением все более усложняющихся программ психосоциальных вмешательств, направленных на коррекцию комплаенса. При изучении результатов 23 моделей вмешательств, направленных на улучшение комплаенса (психопедагогические, поведенческие, эмоциональная поддержка и комбинации этих подходов), проведение 15 из них продемонстрировало достоверное, но умеренное улучшение комплаенса. Повышение комплаенса зависит также от длительности психосоциального вмешательства и качества терапевтического альянса [45].

Терапия некомплаенса переживает в настоящий момент период бурного развития, становясь центральной проблемой психиатрии. Успешность ее будет зависеть от методологической точности комплексной оценки больного и комплаенса, насколько будут увязаны психофармакологическая и психологическая составляющие и насколько персонализированными и оптимальными для практики окажутся разрабатываемые психотерапевтические подходы.

#### Список использованной литературы:

- 1 Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости. [Электронный ресурс] код доступа [www.rosmedportal.com](http://www.rosmedportal.com).
- 2 Гиппократ. Избранные книги. М., 1936, с. 87-88.
- 3 Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. / Вопросы философии. 1994, № 3.
- 4 Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного / JAMA. Журнал Американской Медицинской Ассоциации. 1992, октябрь.
- 5 Joyce, C. R. B. (1961). *Ann. rheum. Dis.*, 20, 78.
- 6 Joyce, C R. B. (1962). *7. chron. Dis.*, 15, 1025.
- 7 Schwartz, D. (1965). *Geriatrics*, 20, 517.
- 8 Schwartz, D., Wang, M., Zeitz, L., and Goss, M. E. W. (1962). *Amer. publ. Hith*, 52, 2018.
- 9 Curtis, E. B. (1961). *Nursing Outlook*, 9, 290.
- 10 Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. - М., 1995, с. 162.
- 11 Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов. 1982, с. 186-194.
- 12 Frank J. Ayd. *Lexicon of psychiatry, neurology, and the neuroscience* Lippincott Williams & Wilkins, 2000 – p. 264.

- 
- 
- 13 Sackett D.L. *Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance* // Sackett D. L. Haynes R. B., eds. *Compliance With Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976. - P. 1–25.
  - 14 Haynes R. B. *Introduction* // Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, eds. *Compliance in Health Care* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979. - P. 1–18.
  - 15 WHO. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*, 2003.
  - 16 Данилов Д.С. *Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты)* *Психиатрия и психофармакотерапия* № 1 2008 [электронный ресурс] Код доступа: <http://consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatry/article/17058>.
  - 17 *Программа дестигматизации в психиатрии: методические рекомендации* / Ястребов В.С., Михайлова И.И., Гонжал О.А., Митухин В.Г.; Науч.центр психического здоровья РАМН. - М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. - 19 с.
  - 18 De Girolamo et al. «Franco Basaglia, 1924–1980». *American Journal of Psychiatry* 165 (8): 968.
  - 19 Wayne S. Fenton, Crystal R. Blyler, and Robert K. Heinssen *Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings*. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4):637-651, 1997.
  - 20 Bentall, R. P. *Doctoring the Mind*. London: Allen Lane Palermo G.B. «The 1978 Italian mental health law — a personal evaluation: a review». *Journal of the Royal Society of Medicine* 2009, 84 (2): 99–102.
  - 21 Corbascio-Fox C.G. *Mental Health Assistance in Italy: The Torino Rehabilitation Program* // *Knowledge in Mental Health: Reclaiming the Social* / Edited by L. Sapouna, P. Herrmann — Hauppauge: Nova Publishers, 2006. — P. 69–73. — 155 p.
  - 22 Kasper JA et al. *Prospective study of patients' refusal of antipsychotic medication under a physician discretion review procedure*. *Am J Psychiat* 1997; 154 (4): 483–9.
  - 23 Hoge SK et al. *A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication*. *Arch Gen Psychiat* 1990; 47 (10): 949–56.
  - 24 Nose M., Barbui C., Tansella M. *How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review* *Psychological Medicine*, 2003, 33, 1149–1160.
  - 25 Rice DP: *The economic impact of schizophrenia*. *Journal of Clinical Psychiatry* 60 (suppl 1):4–6, 1999.
  - 26 *Mental illness in America (information provided by National Institute of Mental Health)*. *Apples for Health*, vol 1, no 33, Jan 14, 2000. Available at [www.applesforhealth.com/illamerica1.html](http://www.applesforhealth.com/illamerica1.html) 2002.
  - 27 Phillips E. *Patient compliance*. H.Huber, Bern, 1988.
  - 28 Perkins D. *Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia*. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (12): 1121-1128.
  - 29 Angermeyer M et al. *Neuroleptics and quality of life. A patient survey*. *Psychiatr Prax* 2000; 2: 64–8.
  - 30 Kampman O et al. *Compliance in psychoses*. *Acta Psychiat Scand* 1999; 3: 167–75.
  - 31 Tattan T et al. *Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication*. *Schizophr Bull* 2001; 1: 149–55.
  - 32 Moore A. et al. *Compliance and psychological reactance in schizophrenia*. *Br J Clin Psychol* 2000; 3: 287-95.
  - 33 Adams C et al. *Depot fluphenazine for schizophrenia*. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD000307.
  - 34 Holzinger A. et al. *Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia*. *J. Nerv Ment Dis* 2002; 9: 597–603.
  - 35 Rzewuska M. *Drug maintenance treatment compliance and its correlation with the clinical picture and course of schizophrenia*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 4: 811–4.
  - 36 Kampman O. et al. *Indicators of medication compliance in first- episode psychosis*. *Psychiatry Res* 2002; 110 (1): 39–48.
  - 37 Grunebaum M. et al. *Medication supervision and adherence of person with psychotic disorders in residential treatment settings: a pilot study*. *J Clin Psychiat* 2001; 62 (5): 394–9.
  - 38 Linden M. et al. *A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years*. *Schizophr Bull* 2001; 27 (4): 585–96.
  - 39 Coldham E. et al. *Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis*. *Acta Psychiat Scand* 2002; 106 (4): 286–90.
  - 40 Olsson M. et al. *Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia*. *Psychiatr Serv* 2000; 51 (2): 216–22.
  - 41 Naber D. et al. *Improvement of schizophrenic patient's subjective wellbeing under atypical antipsychotic drugs*. *Schizophr Res* 2002; 57 (1): 79–88.
  - 42 Kane JM, Eerdekens M., Lindenmayer J-P et al. *Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic*. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1125–32.
  - 43 Lacro J. et al. *Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature*. *J Clin Psychiat* 2002; 10: 892–909.
  - 44 Misdrachi D. et al. *Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and implications*. *Encephale* 2002; 28: 266–72.
  - 45 Dolder C. et al. *Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature*. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23 (4): 389–99.
- 
-

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА (обзор литературы)

Г.А. Джолдыгулов

заведующий отделом менеджмента качества научных исследований Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (г. Алматы), к.м.н.

В последние десятилетия аффективные расстройства, в частности депрессия, является одной из наиболее обсуждаемых медицинских проблем. Интерес ученых к депрессии поддерживается ее высокой распространенностью (от 3% до 6%), смертностью (15% больных депрессией совершают суицид), а также общим (негативным) влиянием на качество жизни и уровень социального функционирования человека. По известным прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2020 году депрессия выйдет на второе место среди нетрудоспособности, уступая лишь сердечнососудистым заболеваниям [1, 2, 3]. Такие прогнозы, опирающиеся на современные данные о депрессии, имея несколько парадоксальный характер, если учесть, что речь идет о заболевании, для которого характерны интермиссии, а не о тяжелом соматическом недуге, угрожающем жизни, в свою очередь, определяют неуклонный рост числа исследований, направленных на раскрытие механизмов развития депрессии и разработку эффективных методов лечения.

Одним из проявлений исследовательского интереса можно назвать существование на сегодняшний день различных подходов, как к формулировке понятия «депрессия», так и к ее диагностике и, соответственно, терапии.

Десятый пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-10) рассматривает депрессию в рамках различных диагностических категорий, обуславливающих различия в терапевтической тактике врача, результативность которой и определяет дальнейшее течение заболевания. Одной из форм аффективных нарушений в структуре, которой депрессия занимает центральное место, является биполярное аффективное расстройство (БАР). В недавней истории одно из основных психических заболеваний, к настоящему времени оно значительно изменило свои границы, и представляет собой континуум расстройств, проблема отграничения, диагностики и терапии которых остается весьма актуальной.

Изменения теоретических воззрений на БАР, в частности, новые подходы к вопросам его систематики, заставили пересмотреть данные о его редкой распространенности в популяции. Международные исследования установили, что вероятность развития биполярного расстройства (БР) I типа на протяжении жизни составляет около 1,6% (Weissman et

al., 1996), а вместе с биполярным расстройством II типа - около 5,5% (Angst, 1995) [5].

Кроме того, известный исследователь аффективных расстройств А. Akiskal (1999) показал, что у 10,7% – 27,4% больных два или несколько эпизодов депрессий ошибочно оцениваются как рекуррентное депрессивное расстройство, являясь при этом начальным этапом течения биполярного расстройства [3], что, несомненно, увеличивает общую встречаемость БАР в популяции. Пятнадцатилетнее наблюдение, проведенное в Чикаго (США), показало, что почти у 50% молодых пациентов с диагнозом рекуррентной психотической депрессии проявляется биполярный тип течения – они переносят хотя бы один эпизод гипомании или мании.

По клинико-эпидемиологическим данным Е.Д. Паничевой (1982), полученным при изучении контингента больных, состоящих на учете в ПНД трех административных районов Москвы, аффективные психозы среди населения наблюдаются преимущественно амбулаторно, их распространенность определяется показателем 0,32 на 1000 населения, тогда как психотические формы маниакально-депрессивного психоза составляют лишь 0,13 на 1000 населения. Установлено, что 6,3% больных маниакально-депрессивным психозом не госпитализируются вообще, а 30,2% - только 1 раз в жизни [цит. по 4]. Больные аффективным психозом составляют до 5% всех госпитализированных больных, но доля аффективных психозов среди психотических расстройств постепенно увеличивается [4].

Имеет значение также и то, что в большинстве исследований учитывались только тяжелые формы, при которых требовались обязательное наблюдение врача или лечение в стационаре. Этим объясняется широкая вариабельность показателей распространенности аффективного (маниакально-депрессивного) психоза по данным разных авторов. Так, соответствующие показатели колеблются от 0,07% в Швеции [цит. по 4] до 7% в Исландии [цит. по 4]. По сводным данным J. Glatzel (1973), распространенность маниакально-депрессивного психоза составляет в среднем 0,6%-0,8%. В англо-американских исследованиях этот показатель колеблется от 0,4%-0,5% до 0,8% [цит. по 4]. Специальные эпидемиологические исследования, проведенные в Научном центре психического здоровья Российской академии

медицинских наук, показали, что болезненность населения аффективным психозом (МДП) составляет 0,45-0,49 на 1000 населения [цит. по 4], при этом распространенность монополярных депрессивных форм аффективного психоза почти втрое выше, чем биполярных - 0,33 и 0,12, соответственно. Сходные тенденции выявлены в исследовании Б.С. Беляева (1989), который определял показатели распространенности отдельных разновидностей аффективного психоза выделенных по полярности аффективных расстройств в картине болезни. Он установил, что распространенность монополярно-депрессивного, монополярно-маниакального, биполярного психоза с преобладанием депрессий, биполярного психоза с преобладанием маний и отчетливо биполярного варианта равна соответственно 0,24, 0,046, 0,12, 0,05 и 0,19 случаев на 1000 населения.

R.D. Mollica (1989), обобщив данные различных исследователей за 1952-1981 гг., приводит следующие показатели распространенности биполярных расстройств - 0,12 на 1000 населения [цит. по 4].

Большие колебания показателей распространенности аффективных психозов отмечали N. Sartorius (1976), H.S. Akiskal (1983) и D.A. Regier (1988) - от 0,11 до 12 на 1000 населения [цит. по 4].

Значительную частоту маниакально-депрессивного психоза в позднем возрасте впервые отметил E. Kraepelin, обративший внимание на резкое нарастание с возрастом частоты меланхолических фаз. В современных исследованиях приводятся показатели болезненности, равные 1%-5% [4]. По данным эпидемиологического изучения популяции больных аффективными психозами, манифестация болезни после 50 лет наблюдается у 21% больных, в том числе у 8,8% — после 60 лет [4].

### Систематика и опорные пункты диагностики

В настоящее время концепция генетической и клинической самостоятельности моно- и биполярных аффективных психозов получила широкое распространение и поддерживается многими исследователями. Маниакально-депрессивный психоз рассматривается как один из клинических вариантов аффективных психозов, что находит отражение в большинстве современных классификаций психических заболеваний. При сопоставлении различных диагностических систематик отчетливо выступает неоднозначность нозологической трактовки аффективных психозов вообще, и маниакально-депрессивного психоза - в частности. Если в МКБ-9, более всего отражавшей нозологический принцип выделения аффективных заболеваний, имело место чисто альтернативное разделение маниакально-депрессивного психоза на моно- и биполярные формы, то в соответствии с DSM-III-R, построенной по синдромальному принципу, клиническая дифференциация маниакально-депрессивного психоза, как нозологической единицы, невозмож-

на. Тот же синдромальный подход с ориентацией на социальный прогноз заболевания воплощен в DSM-IV и МКБ-10, где аффективные психозы «растворены» в нозологически сборной группе «расстройств настроения». Вместе с тем, можно считать вполне устоявшимся разделение БАР на биполярные - I и биполярные - II типы, что отражено в DSM-IV. Данная типология широко используется при проведении научных исследований и психофармакологических испытаний. Тем не менее, следует помнить, что DSM-IV является сугубо прагматической классификацией и не содержит необходимых сведений для разрешения такой спорной проблемы, как нозологическая сущность и клиническая специфичность отдельных форм эндогенного аффективного психоза.

По МКБ-10, принятой Республикой Казахстан, *биполярным аффективным расстройством (F31)* называется расстройство, характеризующееся двумя или более эпизодами, при которых настроение и уровень активности пациента значительно нарушены. Эти нарушения представляют собой случаи подъема настроения, прилива энергии и усиления активности (гипомания или мания) и случаи падения настроения и резкого снижения энергичности и активности (депрессия). Здесь подразумевается *БАР I типа*, а его типология носит чисто синдромальный характер, отражая качество (текущий депрессивный, маниакальный или смешанный эпизод) и степень тяжести (легкая, умеренная и тяжелая) аффективной симптоматики. *БАР II типа* в МКБ-10 включено в рубрику F31.8 - Другие биполярные аффективные расстройства.

### Разновидности течения

Наиболее распространенным является периодический (или интермиттирующий) тип течения БАР, когда аффективные фазы носят возвратный характер и перемежаются светлыми промежутками. Относительно регулярное чередование периодов болезни (аффективных фаз) и интермиссий представляет собой характерную особенность данного вида течения аффективного психоза - его циркулярность (так называемая циркулярная форма по J. Falret).

При циркулярном развитии БАР различают течение *медленными циклами* (с периодичностью циклов не более 2 фаз в год) и *быстрыми циклами* (когда смена циклов происходит чаще - до 4 и более циклов).

Клинически более чем в 50% случаев биполярного расстройства именно депрессия знаменует манифестацию заболевания, что обуславливает необходимость проведения дифференциального диагноза с рекуррентной депрессией. Дифференциально-диагностическими ориентирами в этом случае могут быть описанные P.B. Mitchell et al. [6] клинические особенности депрессии при биполярном расстройстве, отличающие ее от рекуррентной депрессии. К ним относятся высокий уровень психо-

---

---

моторной заторможенности, тяжесть в теле, такие атипичные симптомы, как гиперфагия, гиперсомния (вместо нейровегетативной симптоматики) и психотические включения. Различием двух заболеваний является также и то, что биполярное расстройство одинаково часто встречается у мужчин и женщин, характеризуется семейным анамнезом расстройства и имеет начало в более раннем возрасте.

### Современные подходы к лечению

Стратегия терапии биполярного аффективного расстройства не может ограничиваться только задачами купирования очередной фазы без учета влияния этой терапии на последующее течение заболевания.

Кроме того, в настоящее время не существует лекарственного средства, которое в условиях монотерапии могло бы обеспечить все необходимые при БАР психотропные эффекты, а именно: антидепрессивный эффект при лечении очередной депрессивной фазы, антиманиакальный эффект при лечении мании и профилактический эффект в отношении фаз того или иного полюса.

В частности, *использование антидепрессантов* при БАР имеет свои особенности и ограничения по сравнению с правилами их назначения при депрессиях в рамках других нозологических категорий. Известно, что применение антидепрессантов связано с высоким риском инверсии аффекта, то есть развитием гипоманиакального или маниакального состояния, причем при БАР, в отличие от рекуррентной депрессии, риск инверсии фазы весьма значителен.

Самые высокие уровни обращения фазы (до 74%) [7] отмечаются при использовании только трициклических антидепрессантов (ТЦА) и необратимых ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО). Среди всех антидепрессантов ТЦА в большей степени способны вызывать инверсию аффекта и индуцировать «быструю смену фаз», следовательно, ухудшая течение расстройства. Терапевтическая инверсия аффекта имеет прогностическое значение как ранний признак формирования течения по типу «быстрой цикличности»: укорочение длительности депрессии и интервалов между фазами, утяжеление последующих маниакальных фаз [7].

С внедрением новых антидепрессантов, особенно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), риск обращения фазы снизился почти до 2%-5%, и его можно хорошо контролировать нормотимиками [8]. Тем не менее, несмотря на очевидные преимущества современных антидепрессантов по сравнению с ТЦА при лечении депрессии в рамках БАР рекомендуется ограничивать длительность назначения тимоаналептиков минимальными сроками и применять их в сочетании с препаратами нормотимического ряда [9].

*Применение нейролептиков* при лечении БАР также имеет свои особенности. Спектр психофарма-

кологической активности обуславливает необходимость применения этих препаратов в случае наличия в структуре клинической картины психотических проявлений, конгруэнтных, так и неконгруэнтных доминирующему аффекту, а также в случае маниакальной симптоматики. Вместе с тем известно, что больные БАР более подвержены риску развития поздней дискинезии по сравнению с пациентами других диагностических групп, в связи с чем, при выборе антипсихотического препарата предпочтение должно отдаваться атипичным нейролептикам [6]. В частности, есть данные о том, что при БАР классические нейролептики могут спровоцировать развитие депрессии (Goodwin F., Jamison K., 1990) [цит. по 20]. Мета-анализ применения антипсихотиков в терапии биполярной депрессии, проведенный в 2005 году и включивший 21 рандомизированное исследование и 13 нерандомизированных исследований, продемонстрировал превосходство атипичных нейролептиков [10]. Помимо лечения психотической симптоматики и хорошей переносимости, исследования атипичных нейролептиков указывают на их собственное антидепрессивное действие. В отношении же купирования маниакальной симптоматики эффективность атипичных нейролептиков считается доказанной [11].

Тем не менее, как и в случаях неадекватного назначения антидепрессантов при БАР, длительное необоснованное необходимость контроля психотической симптоматики применение нейролептиков может обусловить хронификацию аффективно-бредовых состояний и быстрой инвалидизации пациентов.

В настоящее время *препаратами первого выбора* при БАР являются *нормотимики*, которые обязательно должны назначаться уже на начальных этапах заболевания с последующим непрерывным приемом на протяжении жизни. Эта группа включает в себя традиционно применяющиеся препараты: карбонат лития, вальпроат натрия и карбамазепин, а также новый препарат с доказанным нормотимическим действием - ламотридин (ламиктал). Нормотимики обеспечивают, прежде всего, профилактическое действие и позволяют продлить эутимный период. Кроме того, является установленным, что вне зависимости от типа антидепрессанта, комбинирование с нормотимиком достоверно снижает риск инверсии фазы [12].

Карбонат лития, вальпроат натрия и карбамазепин являются нормотимическими препаратами, чья эффективность убедительно доказана многолетним клиническим опытом и неоднократными научными исследованиями. Однако следует отметить, что каждый из них имеет определенные особенности, которые необходимо учитывать при их назначении.

*Карбонат лития* считается родоначальником группы нормотимиков и его профилактическая эффективность при БАР известна очень хорошо, как и его купирующее антиманиакальное действие. В то же время эффективность лития в качестве средства

---

---

лечения депрессий при БАР развивается значительно медленнее, чем антимианкальное. При назначении лития в период депрессии требуется, в среднем, 6-8 недель для достижения отчетливого клинического эффекта, что делает монотерапию литием в остром периоде депрессивной фазы недостаточной. Кроме того, длительные исследования подтверждают способность лития предотвращать развитие маниакальных фаз, но показывают меньшую эффективность в отношении развития депрессий [цит. по 7]. Наконец, одним из недостатков лития является необходимость постоянного контроля его уровня в крови в связи с риском развития токсических реакций, побочных эффектов и осложнений.

*Вальпроат натрия* по спектру своего нормотимического действия аналогичен карбонату лития. Этот препарат в большей степени предотвращает развитие маниакальных фаз по сравнению с депрессивными. Его купирующее действие также более выражено при лечении маниакальной симптоматики [7]. Средняя суточная доза препарата, используемого в качестве нормотимика, составляет 600 мг.

*Карбамазепин* по общей эффективности не уступает карбонату лития и вальпроату натрия, однако, имеет иной спектр нормотимического действия, более полно проявляя свое влияние при редукции депрессий по сравнению с маниями. По антидепрессивной активности он превосходит вальпроат натрия и литий. Средняя суточная доза препарата, используемого в качестве нормотимика, составляет 400-600 мг.

*Ламотриджин (ламиктал)* – современный антиконвульсант, являющийся на сегодняшний день единственным нормотимиком, эффективность которого, в том числе, и у больных «с быстрым циклом» [13] доказана в слепых плацебо- и литий-контролируемых исследованиях [14, 15, 16]. Также изучено его купирующее действие на депрессивную и маниакальную симптоматику [17].

Установлено, что ламотриджин (ламиктал) существенно увеличивает время до развития очередной аффективной фазы, значительно превосходя в этом показателе плацебо. Профилактическое действие ламотриджина проявляется в отношении обеих фаз полюсов, хотя в отношении депрессий оно более выражено, чем в отношении маний.

Результаты рандомизированных клинических испытаний (РКИ) [13] доказали эффективность монотерапии ламотриджином (ламикталом) при быстроточическом течении БАР, что указывает на его выраженное нормотимическое действие при наиболее злокачественном варианте течения биполярного расстройства.

Купирующее действие ламотриджина (ламиктала) на депрессивную симптоматику при *БАР I типа* с учетом результатов четко спланированного двойного слепого плацебо контролируемого исследования считается очевидным и доказанным. При этом показано, что ламотриджин (ламиктал) обладает до-

зависимым эффектом при лечении депрессии в рамках БАР, который развивается в течение первых 3 недель терапии, не вызывая инверсии аффекта. Следует отметить, что на сегодняшний день данное исследование ламотриджина (ламиктала) в качестве монотерапии при *БАР I типа* с подобным строгим дизайном является единственным в своем роде [18].

Антимианкальный эффект ламотриджина (ламиктала) не столь очевиден, однако, установлено, что монотерапия ламотриджином (ламикталом) не вызывает обострения маниакальной симптоматики [19, 20].

Важной особенностью ламотриджина (ламиктала) является его хорошая переносимость, как при кратковременном, так и при длительном использовании. Мета-анализ результатов исследования его переносимости показывает, низкий, по сравнению с карбонатом лития, уровень проявления нежелательных явлений.

Препарат назначается в начальной дозе 25 мг/сутки. Средняя суточная доза ламотриджина (ламиктала), используемого в качестве нормотимика составляет 100-200 мг/сутки.

### Заключение

Проблема четкого отграничения БАР от других расстройств настроения далека от своего завершения, однако, история его изучения показывает, что к настоящему времени нозологический подход к выделению аффективных расстройств уверенно потеснен синдромологическими воззрениями. Это влечет за собой доминирование прагматического взгляда на систематику расстройств настроения, в целом, и БАР, в частности, что отчетливо прослеживается в современных классификациях DSM-IV и МКБ-10. Вместе с тем, нельзя не признать, что активное развитие синдромологического направления обусловило значительный прогресс в области психофармакотерапии и ее результативности.

Так, расширение арсенала нормотимических препаратов, обладающих различным спектром действия, в современных условиях позволяет проводить дифференцированную профилактическую и эффективную купирующую терапию БАР. Использование нормотимиков в качестве препаратов выбора заметно сокращает период использования в терапии БАР антидепрессантов или нейролептиков, предотвращает развитие инверсии аффекта, а также «быстрого цикла», обуславливает мягкость и плавность применения психофармакотерапии, а по достижении ремиссии поддержание ее качества на высоком уровне. При этом имеющиеся на сегодняшний день успехи в использовании новых нормотимических препаратов, в частности ламотриджина (ламиктала), позволяют с большой долей уверенности прогнозировать клиническую динамику БАР и контролировать его влияние на социальное функционирование пациентов.

---

---

**Список использованной литературы:**

- 1 Reynolds Ch.F., Kupfer D.J. *Depression and Aging: A Look to the Future. Psychiatr. Service; (50):1167-1172, September 1999.*
- 2 Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rossler W. *Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J. Affect. Disorder; January 1, 2003; 73(1-2): 133-46.*
- 3 Mitchell P.B. *Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. Bipolar Disorder. 2004; (5): 223–335.*
- 4 *Руководство по психиатрии (в 2-х томах) // под. ред. Туганова А.С.- 1999.*
- 5 *American Psych. Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1–50.*
- 6 Mitchell P.B. et al. *The clinical feature of bipolar depression// J. of Clinical Psychiatry 2001: (62):212-216.*
- 7 Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. *Социальная и клиническая психиатрия.- № 4. - 2003. - С.106-113.*
- 8 Ghaemi S.N. et al. *Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. // Bipolar Disorders; 2003(5):421–433.*
- 9 Yatham L.N/, Calabrese J.R/, Kusumakar V. *Bipolar depression: criteria for treatment selection, definition of refractoriness, and treatment options. Bipolar Disorder 2003; (5): 85–97.*
- 10 Gao K., Gajwani P., Elhaj O., Calabrese J.R. *Typical and atypical antipsychotics in bipolar depression. J. Clin. Psychiatry. 2005; 66(11): 1376-85.*
- 11 Baldessarini R.J., Hennen J., Wilson M., Calabrese J. et al. *Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania// J. Clin. Psychopharmacol, August 1, 2003; 23 (4): 370-6.*
- 12 Bottlender R., Rudolf D., Strauss A., Muller H. J. *Antidepressant-associated maniform states in acute treatment of patients with bipolar-I depression. // Eur. Arch .Psychiatry Clin. Neuroscience 1998; (248): 296–300.*
- 13 Calabrese J.R. et al. *A double – blind, placebo-controlled prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder //J. Clin. Psychiatry. 2000; (61):841-850.*
- 14 Bowden C.L. *Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder. Expert Opin Pharmacother 2002, (3): 1513-19.*
- 15 Calabrese J.R., Keck P.E., Macfadden W. et al. *A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. Am. J. Psychiatry 2005; (162): 1351–1360.*
- 16 Calabrese J.R. et al. *A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar disorder. J. Clin. Psychiatry 2003; (64): 1013–1024.*
- 17 Calabrese P. et al. *A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. // J. Clin. Psychiatry 1999; (60):79–88.*
- 18 Bowden C.L. *Novel treatments for bipolar disorder. Expert Opin. Invest. Drugs 2001; 4 (10): 661-671.*
- 19 Gao K., Calabrese J.R. *Newer treatment studies for bipolar depression. // Bipolar Disorder 2005, Vol.7: 13-23.*
- 20 Александров А.А. *Терапия биполярных депрессий. [Электронный ресурс] Код доступа: [http://www.belmapo.by/downloads/publications/statii/psihiatriy/terpiay\\_bipolar\\_depress.doc](http://www.belmapo.by/downloads/publications/statii/psihiatriy/terpiay_bipolar_depress.doc)*

УДК 616.89: 340.63

## **ИСТОРИЧЕСКИЕ ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ШИЗОФРЕНИИ (литературный обзор)**

Р.К. Сандыбаева

главный врач ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница»,  
п. Затобольск (Костанайская обл., РК)

Заслуга в выделении шизофрении в качестве самостоятельной нозологической единицы принадлежит выдающемуся немецкому психиатру Эмилю Крепелину [1]. Однако в середине XIX века были описаны её отдельные основные клинические формы. L. Kahlbaum в 1863 г. описал кататоническую форму, E. Hecker в 1865 г. - гебефреническую, V. Magnan в 1895 г. – параноидную [2, 3, 4]. В 1897 г.

Э. Крепелин объединил эти отдельные формы в общую диагностическую категорию, назвав её «dementia praecox» (раннее слабоумие) и отделил её от других форм психозов [5]. Термин «раннее слабоумие» был введён в 1856 году французским психиатром В. Morel [6]. Позднее, в 1913 году, Э. Крепелин присоединил к этим трём формам четвертую – простую форму, которая на всём протяжении

---

---

болезни протекала с преобладанием негативных симптомов [7, 8]. Термин «шизофрения» («схизис») - расщепление психики, нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности предложил, как известно, Е. Bleuler в 1911 году [9]. Как в этом, так и последующих трудах основной упор при диагностике он делал на диагностике основных, или базисных симптомов, - «минус-симптомов», или симптомов выпадения, описываемых как утрату какой-либо психической функции. Он выделил 4 основных негативных симптома:

- 1) ассоциативные нарушения - «разрыхление ассоциаций»;
- 2) аффективное безразличие, или дискордантность эмоциональных реакций;
- 3) амбивалентность;
- 4) аутизм, при котором внутренняя жизнь приобретает неправомерно повышенную значимость в ущерб реальной, внешней жизни.

Эта тетрада получила название «4А»: ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм. Первичные являются, считал Е. Bleuler, следствием процессуальных соматических (органических) изменений мозгового субстрата, они не поддаются психологическому объяснению. Вторичные симптомы частично вытекают из первичных симптомов, или представляют собой реакцию личности на них, т.е. могут быть психологически понятны [9].

Следует отметить, что современные исследователи обращают внимание на то, что Эйген Блейлер в 1911 году осторожно назвал свою знаменитую книгу «Деменция прекокс или группа шизофрений». Сказанное обозначает, что новое общее наименование, которое к тому же является «неологизмом», говорит о том, что касается новой парадигмы [10].

В 1950-1960-х годах К. Schneider выделил симптомы I и II ранга. Симптомы I ранга он считал наиболее патогномичными, хотя и не абсолютно обязательными для шизофрении. Сюда он отнёс вербальные галлюцинации, телесные ощущения воздействия извне, симптомы открытости, отнятия, передачи мысли на расстоянии, идеи воздействия, бредовое восприятие. Менее специфичными были симптомы II ранга: растерянность, другие виды галлюцинаций, аффективные и другие расстройства [11-15].

В широкомасштабных эпидемиологических исследованиях независимо от культуральных, экономических условий было показано, что 80% всех поступающих больных шизофренией составляют больные с симптомами I ранга [16-21]. Из симптомов I ранга наибольшее неблагоприятное значение для прогноза имели только слуховые галлюцинации, возникшие на начальных этапах болезни, а наименьшее - бредовое восприятие.

В 80-90-е годы XX века появились исследования, возвращающиеся к изучению исторического формирования понятия шизофрении [10]. Следствием этого явилась попытка разработки международным

консенсусом психиатров единых диагностических критериев шизофрении (ДСМ-III-R, МКБ-9, МКБ-10, ДСМ-IV), с возвратом к крепелиновским клиническим формам. Была предпринята новая попытка противопоставления позитивных и негативных расстройств с выделением двух полярных синдромов шизофрении. Исследования 1970-1980-х годов выявили преобладание форм течения шизофрении и возможность перехода от одной формы течения в другую [22-24]. После введения нейролептиков в практику лечения больных шизофренией, последние, купировав острую продуктивную симптоматику, не влияли, а даже усугубляли выраженность негативных симптомов. Кроме того, нейролептики привели к развитию положительного или отрицательного патоморфоза с изменением симптомов и течения шизофрении, а также развитию у больных хронических экстрапирамидных расстройств. Эти данные были описаны в широко известных работах российских психиатров Г.Я. Авруцкого, С.Г. Жислина, А.Б. Смулевича [26-28].

Диагноз шизофрении перестал быть фатальным исходом в слабоумие. Между прогрессивным и фазным типами течения намечалось стирание границ больше в сторону фазного. Реже стали наблюдаться такие основные симптомы шизофрении, как аутизм, конечные дефектные состояния, вторичная кататония. Оказалось, что эти симптомы могут подвергаться обратному развитию. Наряду с этим, российскими и европейскими психиатрами было показано учащение случаев непрерывного вялого течения с преобладанием стертых, неразвернутых психотических форм с негативной симптоматикой и когнитивными нарушениями, резистентными к нейролептической терапии.

Как известно, теория о позитивных и негативных расстройствах имеет в своей основе концепцию I.H. Jackson, относящуюся к 1864 г. [29]. Идеи Джексона были восприняты в европейских странах и в России. Во Франции они развивались в трудах Н. Еу (1975) в англо-американской литературе, N. Andersen, O.E. Berrios (1985), M.R. Trimble (1986) и многих других [30-33].

А.В. Снежневский в своих трудах, относящихся к 1960-1980 гг., придавал значение дефицитарной симптоматике, в то же время подчеркивал отсутствие абсолютной нозологической специфичности негативных расстройств, их относительную подвижность и возможность терапевтической коррекции [34, 35].

В 1974 г. американские исследователи I.S. Straus и T. Carpenter, ссылаясь на классические труды Э. Крепелина, высказали предположение, что за всем феноменологическим многообразием клинических проявлений шизофрении стоят два основных патологических процесса: позитивный и негативный. Позитивные расстройства, к которым они отнесли бред, галлюцинации, кататонические, моторные нарушения, считали авторы, являются активным

---

---

процессом. Негативные расстройства в виде уплощения аффекта, апатии, формальных нарушений мышления представляют собой выпадение функций [36]. Одним из первых исследователей, признавших необходимость операциональной диагностики и квантифицированной регистрации негативной симптоматики, была Nansy Andersen из университета Айовы, США. Она разработала вместе с единомышленниками шкалу для оценки негативных расстройств - Scale for the assessment of negative symptoms - SANS. Вслед за этим ряд американских психиатров, в том числе N. Andersen, обратили внимание на недостаточную нозологическую специфичность формальных нарушений мышления. По их мнению, большое значение имел тот факт, в рамках какого синдрома они развивались - позитивного или негативного. Попытку смоделировать различие между позитивной и негативной симптоматикой при шизофрении почти в это же время (1980-1996 гг.), предпринял английский учёный

из клинического исследовательского центра в Мидлсексе Т.И. Grow [37].

В современной западной литературе существуют две различные гипотезы развития шизофрении [38-39]. Одна гипотеза рассматривает заболевание как следствие аномалий мозга, которые развиваются в эмбриональном или фатальном периоде. Вторая - рассматривает шизофрению как прогрессирующее нейродегенеративное заболевание мозга. [40]. Однако ни одна концепция не может до сих пор объяснить полностью симптоматическое многообразие заболевания, различный терапевтический эффект, различия прогноза и исхода шизофрении. По каждому из названных направлений накоплен большой материал, требующий дальнейшего анализа и обобщения, но сделать это практически чрезвычайно трудно, так как накоплено большое количество методологических подходов и разработано множество концепций.

Список использованных источников:

1. Kraepelin E. *Psychiftrie Achte Auflage. Leizig, 1923.*
2. Kahlbaum K. *La catatonie ou folie tonique. (1863) Trad. Fr.// Evolution psychiatrique. 1987. - Vol. 52, № 2. - P. 367-439.*
3. Hecker E. L. *Hebephrenie. Contre Eution a La psychiatrie clinique (1871), Trad. Fr. //Evol. psychiat.- 1985. - Vol. 50. - P. 325-355.*
4. Magnan V. *Les Degeneres. Etat mental et episodiques. Rneff, Paris, 1895.*
5. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia – Livingston: Edinburgh, 1919.*
6. Morel B. *Etudes cliniques sur les maladies mentales.-Navay: Paris, 1852.- Vol. 2.*
7. Kraepelin E. *Textbook of Psychiatriae, 8 ch. ed. – Machmilan: New-York, 1923.*
8. Diem O. *Einfach dementia Form der Dementia Psaecox (Dementia Simplex). // Ach. Psychiat.- 1903. - Bd. 37. – S.III.*
9. Bleuler E. *Demetia praecox oder gruppe der schizophrenien. – Deutike: Leipzig, 1911.*
10. Гаррабе М. *История шизофрении. - М.- СПб., 2000. - 303 с.*
11. Schneider K. *Primare und secundare symptome bei schizophrenie // Fortsch. neurol. psychiatr.- 1957. - Bd. 25. - S. 487-492.*
12. Schneider K., Hirsch S. B., Shepherd M. (eds). *Prymary and secundare symptoms in schizophrenia. // Themes and Variations in European Psychiatry. John Wright: Bristol, 1974. - P. 40-46.*
13. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. *Клиническая психиатрия / перевод с англ. - М., 2002. - 234 с.*
14. World Health Organization. *Schizophrenia: an initial follow – up.- Willey: Chichister, 1979.*
15. World health Organization. *Composite international diagnostic interview. (CTDI) 1.-1 ed. – Geneva WHO, 1994.*
16. Carpenten W.T., Strauss J.S. *Cross-cultural evolution of Schneider's first-rank symptoms of schizophrenia: a report from international pilot study of schizophrenia. // Am. J. Psychiat. - 1974. - Vol. 131. - P. 682-687.*
17. Kochler K., Guth W. *First rank symptoms of schizophrenia in Schneider-oriented German centers. // Arch. Gen. Psychiatry, 1977. - Vol. 34. - P. 810-813.*
18. Huber G., Gross G., Schutter B. *Schizophrenie. Eine verlaufsunnd sozialpsychiatrische Lang-zeitstude. - Berlin, Heidelberg, New-York, 1979. - P. 399.*
19. Koeler K. *Symptome I Ranges und die Prognose der schizophrenie: wichtige Aspekte eines aktuellen Forschungsproblems. // Endogene Psychosen: Diagnostik, Busissymptome und biologische Parameter. / Hzsg. Von G. Huber. Schattauer. – Stuttgart. 1982.*
20. Helzer J.E., Brockington I.F., Kendell B.E. *Predictive validity of DSM III end Feighner definitions of schizophrenia. // Arch. Gen. Psychiat.- 1981.- Vol. 38.-P. 791-797.*
21. Hoenig J. *Kurt Schneider und Anglophone psyystiatry. // Compr. Psychiatry. - 1982.- Vol. 23.- P. 391-400.*
22. Jtephnens J.H. *Long-term course and prognosis in schizophrenia // Seminars in Psychiat. - 1970. Vol. 2.- P. 464-485.*
23. Bleiler M. *Die schizophrenien Geistesstorungen im Lichte langyahriger kranken und Familiengeschichten. – Thieme, Stuttgart, 1972.*

- 
- 
24. Ciompi L. *Catamnestic long-term studies on the course of life of schizophrenics* // *Schizophr. Bull.* - 1980. - № 6. - P. 606-618.
25. Engelhardt D.M., Rosen H., Feldman J. *Et al. A 15-year follow up of 646 schizophrenic outpatients* // *Schizophr. Bull.* - 1982. - Vol. 8. - P. 493-503.
26. Авруцкий Г.Л. *Изменение клиники и течения психозов в итоге массовой психофармакотерапии и их значение для совершенствования лечебной помощи* // *Ж. невропат. и психиатр. им. С.С Корсакова.* - 1979. - № 8. - С. 1387-1394.
27. Авруцкий Г.Л., Недува А.А. *Лечение психически больных.* - М.: Медицина, 1988. - С. 528.
27. Жислин С.Г. *Об изменениях в течении и симптоматике психозов при лечении современными психотропными средствами.* // *Вопросы психофармакологии.* - М., 1962. - С. 73-85.
28. Смулевич А.Б., Вартамян Ф.В. *с соавт. Некоторые проблемы патоморфоза шизофрении, связанного с применением психотропных средств* // *Вестник АМН СССР,* 1971. - № 5. - С. 79-83.
29. Jackson J.H. *Selected writings of John Huggings-Jackson* // Vol. 2. *Evolution and Dissolution of the Nervous System. Various papers, addresses und lectures* / Taylor J.(ed). *Basic Books: New-York,* 1958.
30. Ey H. *Des idées de Jackson et un modele organodynamique en psychiatrie.* - Privat., Toulouse, 1975.
31. Andersen N.C. *Positive V3 negative schizophrenia: a critical evaluation* // *Schizophr. Bull.* - 1985. - Vol. 11. - P. 380.
32. Berrios G.E. *Positive and negative symptoms and Jackson. A conceptual History* // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 1985. - Vol. 42. - P. 95-98.
33. Trimble M.R. *Positive and negative symptoms in psychiatry* // *Br. J. Psychiatry.* - 1986. - Vol. 148. - P. 587-589.
34. Снежневский А.В. *Шизофрения и проблемы общей патологии.* // *Вестник АМН СССР.* - 1969. - № 4. - С. 5-18.
35. Снежневский А.В. *Общая психопатология. Курс лекций.* - Валдай, 1970.
36. Strauss J.S., Carpenter W.T., Bartko J.J. *The diagnosis and understanding of schizophrenia: III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs* // *Schizophr. Bull.* - 1974. - Vol. 17. - P. 61-76.
37. Grow T.J. *Positive and negative schizophrenic symptoms and the roll of dopamine: Discussion 2* // *Rr. J. Psychiatry.* - 1980. - Vol. 137. - P. 383-386.
38. Goldberg T.E. *et al. Course of schizophrenia: neuropsychological evidence for a static encephalopathy* // *Schizophr. Bull.* - 1993. - Vol. 19. - P. 497-804.
39. Weinberger D.R. *Schizophrenia: from neuropathology to neurodevelopment* // *Lancet.* - 1995. - Vol. 346. - P. 552-557.
40. Mc. Evoy *et al. Predictors of therapeutic response in haloperidol in acute schizophrenia* // *Psychopharmacol. Bull.* - 1991. - Vol. 27. - P. 97-101.

## КАЗАХСТАН И РОССИЯ ВМЕСТЕ - ПРОТИВ ТЕРРОРИЗМА И ЗА БЕЗОПАСНОСТЬ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

С.Е. Сахиев

ст. преподаватель КГУ им. Коркыт Ата, г. Кызыл-орда

В многочисленных сообщениях о террористических актах, взрывах в городском транспорте и просто на улицах, о столкновениях милиционеров и ОМОНовцев с боевиками, которые в изобилии публикуют газеты и журналы, а также передают телевидение и радио России и практически всех государств СНГ, не встретишь, пожалуй, материалов такого рода из Казахстана. Может даже сложиться впечатление, что молодое Центрально-азиатское государство является собой некий «островок безопасности и благополучия на ныне неспокойной территории бывшего СССР, где нет места каким-либо проявлениям экстремизма и терроризма. Однако это не так. Республика Казахстан (РК) далеко не гарантирована от

того, что данные негативные и опасные явления не проникнут и на её территорию. Правда, благодаря жёсткой позиции правительства страны и её многолетнего лидера - Президента РК Нурсултана Назарбаева, этим темным силам пока не удастся, образно говоря, «развернуться» и сколько-нибудь заметно активизировать свою деятельность. Но от этого они не становятся менее опасными для успешного развития страны и благополучия народа Казахстана.

Особо следует подчеркнуть, что эти деструктивные силы создают угрозу национальной безопасности не только Республики Казахстан, но и её соседа - дружественной Российской Федерации (РФ). Это напрямую связано с огромной протяженностью

---

---

российско-казахстанской границы, пока ещё плохо обустроенной, и потому фактически открытой для преступных антигосударственных элементов, базирующихся на территории соседних с Республикой Казахстан Центрально-азиатских государств. Не будет преувеличением сказать, что Казахстан стал частью нового «Шёлкового пути», по которому ныне из государств Центральной Азии (ЦА) в Европу следуют не шёлк, ковры и пряности, а оружие, наркотики, боевики экстремистских организаций, создающие угрозы безопасности не только Казахстана, но и его северного соседа - России.

Полагаю, именно поэтому РФ, не менее чем РК, должна быть заинтересована в создании и бесперебойном функционировании эффективной системы региональной безопасности в Центральной Азии и, прежде всего, в Казахстане.

### Кто угрожает Казахстану

Национальные интересы Казахстана, в принципе, ничем не отличаются от национальных интересов любого другого демократического государства. Самые важные из них - территориальная целостность, государственный суверенитет, сохранение конституционного строя, устойчивое экономическое развитие. Именно с ними необходимо соотносить угрозы национальной безопасности страны.

Если говорить о *внешних угрозах*, то их сравнительно немного. Это:

- появление или реанимация старых геополитических притязаний к Казахстану со стороны некоторых сопредельных государств;
- деятельность на их территории политических сил, оппозиционных или прямо враждебных казахстанскому народу;
- экстремистские проявления зарубежных террористических, реакционных религиозных, националистических организаций, прямо заявляющих о враждебности по отношению к Республике Казахстан и о намерениях изменить политический строй и осуществить смену власти в этом государстве.

Что касается *внутренних угроз* социально-политической стабильности и сохранения конституционного строя и правопорядка в стране, то к ним традиционно относят:

- а) безработицу, неполную занятость и обнищание значительной части населения;
- б) обострившиеся в последнее время чувства социальной неустроенности и незащищенности значительной части граждан;
- в) рост национализма, национальной нетерпимости, религиозного экстремизма и сепаратистских настроений;
- г) утрату многими людьми идеологических и духовных жизненных ориентиров, рост отчаяния и социальной агрессивности;

- д) увеличение масштабов преступности, коррупции, падение авторитета власти, закона, веры в её способность обеспечить безопасность граждан;
- е) наличие обширного нелегального рынка оружия и относительная легкость его приобретения;
- ж) наличие значительного числа лиц, прошедших «школу войны» в Афганистане, Приднестровье, Таджикистане, Чечне и других «горячих точках»;
- з) слабую работу правоохранительных органов, государственных и общественных организаций по защите прав граждан и др.

Немало террористических группировок базируется на территории соседних с Казахстаном государств - в Афганистане, Пакистане, Китае (в Синьцзян - Уйгурском автономном районе - СУАР). Деятельность части из них непосредственно ориентирована на работу в тех регионах Республики Казахстан, где велика доля граждан, исповедующих ислам. Доподлинно известно, что в большей или меньшей степени интерес к работе на территории Казахстана проявляют такие международные организации, как «Братья-мусульмане», «Общество социальных реформ», «Давай исламия» («Комитет исламского призыва»), «Аль-Игаса», «Комитет мусульман Азии», «Хизб-ут-Тахрир аль-Исламия» («Партия исламского освобождения»), «Исламское движение Узбекистана», ХАМАС, «Центр исламского развития», «Адолатушмаси», «Ислом лашкарлари» и др. Их ядро составляют в основном выходцы из Пакистана, Саудовской Аравии, Йемена, Иордании, Египта, Афганистана и других государств Ближнего и Среднего Востока, но есть среди их активистов и боевиков и граждане Центрально-азиатских республик, в том числе и Казахстана. Таким образом, и этому государству предусмотрено определенное место в будущем «Исламском халифате», создание которого составляет сердцевину всей деятельности большинства из названных выше экстремистских организаций.

Базы некоторых из этих организаций расположены в непосредственной близости от границ Казахстана. Это Ферганская долина, некоторые оазисы Таджикистана и Узбекистана. Определённую тревогу вызывают умонастроения многих людей, живущих в южных районах самого Казахстана. В этом регионе страны популистские идеи экстремистов способны увлечь людей, не удовлетворенных уровнем жизни и потерявших веру в способность государства улучшить их экономическое положение.

Религиозный фундаментализм, призывающий к возвращению к истокам религии, к мусульманской общине времен пророка Мухаммеда и предлагающий политическое переустройство общества через построение халифата, прямо бросает вызов национальным интересам Казахстана. Он препятствует

---

---

формированию национальной гражданской идентичности, создает очаги религиозной нетерпимости в поликонфессиональном государстве, подрывает его социальную стабильность. Между тем, мусульмане Казахстана неоднократно заявляли о своем желании оставаться в русле умеренных тенденций в исламе.

Президент Казахстана Н.А. Назарбаев на этот счёт высказывается однозначно: «Не умаляя гражданских прав верующих, всё же необходимо констатировать, что конфессиональная безопасность может подвергнуться испытаниям в случае чрезмерной политизации отдельной религии или конфессионального течения. Здесь формула, которая может и должна обеспечивать светский статус государства и конфессиональное равновесие в обществе, достаточно проста: верующие, безусловно, имеют гражданские права и пользуются демократическими свободами. В свою очередь, религия как духовное начало и возможность отправления культа не имеет и не должна обладать политическими правами и возможностью влияния на политическую волю государства».

### **Законы против экстремистов**

Для эффективной борьбы с терроризмом и экстремизмом необходима соответствующая нормативно-правовая база. В Республике Казахстан основу такой базы составляет основополагающий документ - «Стратегия национальной безопасности». При её разработке были использованы опыт зарубежных стран, а также современные методики прогнозирования, выявления и оценки потенциала угроз национальной безопасности. В «Стратегии» дается общая характеристика состояния национальной безопасности РК, перечисляются угрозы и вызовы ей, описываются формы и методы борьбы с угрозами.

Наряду со «Стратегией национальной безопасности», в Казахстане разработаны и приняты другие нормативно-правовые документы, которые призваны определить законодательные меры, направленные на противодействие терроризму и экстремизму. Первыми такими документами стали введенные в действие с января 1998 г. Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы Республики Казахстан и принятый 13 июля 1999 г. Закон «О борьбе с терроризмом», который определил правовые и организационные основы этой борьбы, а также место государственных органов, общественных организаций, предпринимательских структур и граждан страны в противодействии терроризму.

Суть единой антитеррористической политики при четком разграничении компетенции государственных органов и координирующей роли Комитета национальной безопасности (КНБ) была изложена в Указе Президента РК от 10 февраля 2000 г. № 332 «О мерах по предупреждению и пресечению проявлений терроризма и экстремизма». Конкрет-

ный план работы в данном направлении содержался в «Государственной программе борьбы с терроризмом и иными проявлениями экстремизма и сепаратизма в Республике Казахстан», утвержденной президентским Указом. Срок действия программы вначале ограничивался 2000-2003 гг., но впоследствии был пролонгирован.

После известных событий 11 сентября 2001 г. встал вопрос о дальнейшем совершенствовании нормативно-правовой базы, нацеленной на борьбу с терроризмом. По инициативе Комитета национальной безопасности Республики Казахстан (КНБ РК) дважды (19 февраля 2002 г. и 20 декабря 2004 г.) принимались законы РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам борьбы с терроризмом». Одновременно были внесены изменения и дополнения и в Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы РК, в законы РК «Об оперативно-розыскной деятельности» и «О борьбе с терроризмом». Все они ужесточали наказания за проведение и подготовку терактов и повышали ответственность силовых структур за результативность работы по данным направлениям.

Законодательная база, нацеленная на усиление борьбы с терроризмом, продолжает обновляться с учетом правоприменительной практики других государств. Именно организационные и практические меры, опирающиеся на новые положения в законодательстве, позволили пресечь в ряде городов республики противоправную деятельность членов религиозно-экстремистской организации «Хизб-ут-тахрир», радикального религиозного объединения «Таблиги Джамаат», привлечь к уголовной ответственности, осудить за распространение идей так называемого «воинствующего ислама» и выдворить из страны проповедников из Египта и Судана. Кроме того, в городах Кентау и Туркестан были задержаны пять человек, распространявших листовки религиозно-экстремистской организации «Хизб-ут-тахрир».

Вместе с тем, были выявлены проблемы концептуального и процедурного характера, препятствующие более успешному противодействию угрозам со стороны терроризма и религиозного экстремизма.

Так, «Стратегия национальной безопасности» оказалась чрезмерно «теоретичной», а поставленные в ней задачи - «размытыми» и недостаточно конкретными. В документе отсутствовали четкие рекомендации, что, как и в какой последовательности необходимо делать государственным органам разных уровней для обеспечения национальной безопасности. В «Государственной программе борьбы с терроризмом» не оказалось толкования самого слова «экстремизм», а также не определены цели и методы работы государственных органов в этой сфере. Особенно много неясного в разделе, посвященном причинам и целям преступлений в форме захвата физических лиц. Скажем, невозможно по-

---

---

нять, какие требования преступников, захвативших заложников, могут быть отнесены к экстремистским, а какие - к террористическим.

Ряд положений Закона «О борьбе с терроризмом» противоречит международному праву и не только не помогают, но даже мешают правильному выбору методов борьбы с терроризмом и экстремизмом. Так, если терроризм – это, в первую очередь - специфическое средство политической борьбы, то экстремизм – это, скорее, мировоззренческая установка по вопросам разрешения общественных проблем, не обязательно связанная с террористической деятельностью. Поэтому те методы, что применяются для борьбы с терроризмом, не всегда оказываются эффективными при противодействии экстремизму. Если в отношении террористических организаций в ситуации угрозы проведения терактов силовой подход оправдан, необходим и, при умелом использовании, достаточно эффективен, то в отношении экстремистских организаций, не прибегающих к террористической практике, он бесперспективен и даже опасен. Все эти крайне важные вопросы не отражены в антитеррористическом законодательстве Казахстана.

### **Вместе мы сильнее**

Наряду с разработкой национального законодательства, казахстанское правительство активно участвовало и участвует в создании международно-правовой базы борьбы с терроризмом и экстремизмом. Казахстан подписал ряд международных и межгосударственных договоров и соглашений в данной сфере, присоединился к 7-ми из 12-ти действующих международных конвенций по противодействию терроризму. Наиболее тесно Казахстан сотрудничает со странами СНГ, сталкивающимися с теми же угрозами и вызовами их национальной безопасности. В рамках Содружества по инициативе президента Казахстана Н.А. Назарбаева был создан Антитеррористический центр, который в настоящее время активно действует. Важным направлением обеспечения национальной безопасности Казахстана стали договоры в рамках Шанхайской организации сотрудничества (ШОС). В неё, как известно, входят Россия и Китай, с которыми у Казахстана колоссальные по протяженности границы. Естественно, очень важны в этом плане и двусторонние договоренности между Казахстаном и Россией, Казахстаном и Китаем.

Сотрудничество в борьбе с актами терроризма осуществляется также в рамках договоренностей между государствами - членами Организации Договора о коллективной безопасности (ОДКБ). Кроме того, президенты Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана подписали Договор о совместных действиях по борьбе с терроризмом, политическим и религиозным экстремизмом, транс-

национальной организованной преступностью и иными угрозами стабильности и безопасности страны. В Казахстане заключены также двусторонние соглашения о сотрудничестве в сфере противодействия терроризму и международной преступности с двумя соседними странами - Кыргызстаном и Узбекистаном и несколькими государствами, находящимися за пределами Центрально-азиатского региона - Венгрией, Грузией, КНР, Литвой, Молдовой, Россией, Германией, Пакистаном, Турцией и Украиной.

Однако наличие солидной международно-правовой базы не избавляет борьбу с международным терроризмом и экстремизмом от серьезных недостатков и трудностей. К ним в первую очередь следует отнести дублирование функций международных объединений, участником которых является Республика Казахстан; фактически положения о борьбе с терроризмом включены в программу действий каждого из них. Отсутствует координация действий между межгосударственными объединениями: преследуя одни и те же цели, они не используют должным образом опыт друг друга. Да и практически во всех государствах региона отсутствует по-настоящему комплексный подход к угрозам терроризма и экстремизма.

Для Казахстана террористическая угроза страшна не только сама по себе, но еще и потому, что может «инкорпорировать» в себя угрозы его ядерной и информационной безопасности. Об опасности «ядерного терроризма» специалисты-ядерщики и эксперты-политологи говорят уже давно. После событий 11 сентября 2001 г. на эту проблему обращается гораздо больше внимания, чем раньше. К числу основных угроз «ядерного терроризма» относят: распыление высокорadioактивных материалов с помощью обычных взрывчатых веществ (так называемые «грязные бомбы»), нападение на ядерные объекты и захват полноценного ядерного оружия.

Казахстан вполне может попасть в сферу интересов группировок, нацеленных на «ядерный терроризм». Ведь республика унаследовала от СССР около 40 крупных предприятий оборонной промышленности. Как известно, Казахстан был вовлечен в производство советского ядерного оружия. На его территории, кроме широко известного Семипалатинского испытательного полигона, есть и другие, менее известные: «Азгир», «Меридиан», «Батолиты», «Ли́ра», «Галит», «Сай Утес». На площадке «Ли́ра» на глубинах 700-900 метров было создано шесть полостей объемом 45-66 тысяч кубических метров, предназначенных для хранения газонефтяного конденсата Карачаганакского месторождения. На площадке «Галит» для аналогичных целей было проведено 17 взрывов в массивах каменной соли. Три ядерных испытания прошли на полигоне «Сай Утес», еще шесть взрывов для изучения геологического строения земной коры проведено по программам «Меридиан», «Регион», «Батолит». Казахстан-

---

---

ская добывающая промышленность всегда была основным поставщиком природного урана и цветных металлов, необходимых для производства ракетно-ядерного оружия. Предприятия по разведке, добыче и переработке урановой руды расположены преимущественно в Западном, Центральном и Южном Казахстане. Гипотетическая возможность «расползания» ядерных компонентов - серьезная проблема для всех стран региона.

Противодействие терроризму в информационной сфере – это не менее актуальная задача современности. Современные информационные технологии существенно меняют образ жизни и мышление людей, механизмы функционирования общественных институтов и органов государственной власти; они способны влиять практически на весь вектор развития общества. Стремительно развивающиеся коммуникационные средства активно принимаются на вооружение террористическими и экстремистскими группами. Не говоря уже об экстремистских сайтах самой разной направленности, в сети Интернет можно найти множество конкретных советов и руководств по «технологии» проведения террористических актов. Поэтому неспособность государств и общества противодействовать экспансии терроризма и экстремизма в информационной сфере по своим последствиям не менее опасна, чем противостоять угрозам военного характера.

В Казахстане принят ряд документов: «Концепция информационной безопасности Республики Казахстан», «Государственная программа обеспечения информационной безопасности», «Государственная программа развития информационной инфраструктуры РК», в которых содержатся программные положения относительно того, как обеспечить информационную безопасность государства на всех уровнях - прежде всего, на национальном и региональном уровнях.

Казахстан в настоящее время не является страной, с территории которой проистекают потенциальные для России угрозы терроризма и экстремизма. Но, по мнению многих аналитиков, есть определённые предпосылки к утрате страной нынешней стабильности. Политический режим в Казахстане по многим характеристикам авторитарный. Широко распространены такие явления, которым государ-

ство не в состоянии эффективно противодействовать. Это чиновничий произвол, обширная теневая экономика, коррупция. В случае внезапного и резкого изменения к худшему ныне вполне благоприятной для Казахстана внешнеэкономической конъюнктуры всё это может вызвать к жизни националистические движения, которые готовы взять на вооружение террористические и экстремистские методы. Среди задержанных членов террористических организаций уже встречались казахи, что можно интерпретировать как первые тревожные сигналы грядущих более или менее масштабных «аномальных политических явлений».

Ключевая особенность угроз терроризма и экстремизма - их «многосоставной» характер. Трудно назвать сферы общественно-политической жизни, к которым экстремисты всех мастей, в том числе адепты исламизма, не проявляли бы интереса, стремясь поставить их на службу своим авантюристическим целям. Их активисты проникают в средства массовой информации (СМИ), различные общественные организации, в учреждения образовательной сферы. Особенно беспокоят их попытки использовать в качестве источника для пополнения своих рядов население самих стран Центральной Азии. Отсюда вытекает настоятельная потребность не только в борьбе с проявлениями угроз экстремизма и терроризма, но и в профилактике их возникновения, решении проблем, порождающих эти угрозы.

На сегодня нет более эффективной формы борьбы с международным терроризмом и экстремизмом в Центральной Азии и России, нежели взаимодействие всех государств на основе международных договоренностей, создание эффективной системы региональной безопасности. Казахстан и Россия в силу значительной экономической, военной и геополитической взаимозависимости, наличия тесных социокультурных связей, а также совпадения подавляющего большинства национальных интересов могут и должны играть ключевую роль в этой борьбе. Налицо объективные предпосылки к развитию казахстанско-российского сотрудничества в деле совместного противодействия этим угрозам. Как политические и общественные деятели двух стран, так и их народы в целом должны в полной мере использовать эти предпосылки.

#### **Список использованной литературы:**

1. Жатканбаев Е. *Международный экстремизм и терроризм как угроза национальным интересам Казахстана* // *Саясат - policy*, 2005, № 1. С. 26.
2. Уразбаев А.З. *К вопросу о роли превентивных мер в общегосударственной системе противодействия терроризму в Республике Казахстан в контексте региональной безопасности (2005 г.)* <http://www.kisi.kz>
3. Нурша А., Чукубаев Е. *Исламский фундаментализм в свете геополитики*. 2006 - <http://www.kisi.kz>
4. *Стратегия национальной безопасности Республики Казахстан* - <http://www.auditorium.ru>
5. Сыздыков М. - <http://news.central.kz>
6. Жданова Н.А. *Ядерный терроризм и безопасность Казахстана* // *Analytic*, 2004. № 6. С. 20.
7. Дронзина Т. *Террористки-смертницы: гендерное измерение феномена нового глобального терроризма* // *Вестник Евразии*, 2005. № 1 (27). С. 162.

- 
- 
8. Дмитриенко Т.А. Обеспечение информационной безопасности и развитие информационной инфраструктуры Республики Казахстан // *Analytic*, 2003. № 5. С. 13.
  9. Сидоров О.Н. Геополитические интересы Российской Федерации по отношению к сопредельным странам // *Analytic*, 2004. № 6. С. 8.
  10. Безопасность и международное сотрудничество в зоне новых границ России. Москва - Волгоград, Научно-образовательный форум по международным отношениям (НОФМО), Волгоградский государственный университет. 2002. С. 432.
  11. Исламское движение Узбекистана и Хизб-ут-тахрир: воздействие афганской кампании / Международная Группа по предотвращению кризисов. Доклад по Центральной Азии. Ош/Брюссель, 30.01.2002.
  12. К событиям на границах Узбекистана, Таджикистана и юга Киргизии. Сентябрь 2000 г. — <http://www.iicas.org>
  13. Уразбаев А.З. К вопросу о роли превентивных мер в общегосударственной системе противодействия терроризму в Республике Казахстан в контексте региональной безопасности // Сборник материалов международной конференции «Ш Ежегодная алма-атинская конференция по вопросам безопасности и регионального сотрудничества». Алматы, 2005. С. 81-88.
  14. Текст Договора о коллективной безопасности - <http://www.bestpravo.ru/fed1992/data02/tex13784.htm>
  15. Официальный сайт ШОС - <http://www.shos2007.ru/default.aspx?pid=27>
  16. неофициальный сайт ОДКБ — <http://www.dkb.gov.ru/start/index.htm>
  17. Шайхутдинов М. Эволюция российской политики в отношении Центральной Азии и Казахстана // *Саясат - policy*, 2004. № 6. С. 9.
  18. МИД РФ критикует Запад за силовую «демократизацию» СНГ - <http://www.novopol.ru/article2921.html>;
  19. Макаренко И.М. «Цветные революции» в контексте демократического транзита - <http://www.evrazia.org/modules.php?name=БЕжзййе=аg11c1ейз1c1=2963>
  20. Назарбаев Н.А. Само время зовет страны и народы к объединению усилий - [http://www.ng.ru/ideas/2000-6-21/8\\_nazarbaev.html](http://www.ng.ru/ideas/2000-6-21/8_nazarbaev.html).
  21. Чеботарев А.Е. Конфликт интересов в системе отношений между Казахстаном и Узбекистаном // *Саясат - policy*, 2000. № 1. С. 16-17.
  22. Нысанбек У.М. Безопасность водных ресурсов Республики Казахстан: региональные и национальные экологические проблемы // *Analytic*, 2005. № 1. С. 27-36.
  23. Борисова Е.А. Казахстан: президент и внешняя политика. М., Наталис, 2005. С. 97.
  24. Грозин А. Что будет с Казахстаном? <http://arabeski.globalrus.ru/print/this/161339>; Кузьмин Н. Дело Нурбанка - <http://www.expert.ru/articles/2007/05/25/aliev/print>
- 
-

---

---

## РЕЗЮМЕ

### СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Л. Катков, Т.В. Пак, Ж.Ш. Аманова

В статье Каткова А.Л., Пак Т.В., Амановой Ж.Ш. «Стратегия развития психотерапии в Республике Казахстан» обосновываются актуальные контексты, определяющие стратегию развития психотерапевтической помощи в РК. Раскрывается понятие социальных эпидемий. Приводятся результаты социологических исследований относительно ожидаемых и востребованных результатов психотерапевтической помощи среди населения РК. Анализируется реальное состояние свободного рынка психотехнологий в республике.

На основании проведенного комплексного анализа аргументируются предложения по развитию системы социальной психотерапии в РК.

### ВЛИЯНИЕ АНОМИИ И ПЕРМИССИВНОСТИ НА РОСТ ПСИХИЧЕСКИХ ЭПИДЕМИЙ

П.И. Сидоров, И.Б. Якушев

Современная эпоха постиндустриального общества характеризуется формированием таких социальных феноменов, как перmissивность (детабуизация) прежних канонов общественного бытия и anomия (новый психолого-этический статус общественного и индивидуального сознания). В таких условиях, сопровождающихся потерей прежних этических структурирующих ориентиров, теряющих актуальность при существенно изменившихся реалиях социальной жизни, психические эпидемии могут становиться формой социальной и личностной идентификации субъекта, влияя на его социальный статус и психологический профиль.

### АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Ш.В. Саркисян

Анализируя имеющиеся в психологической науке данные, которые свидетельствуют о качественных психически и личностных изменениях подростков, произошедших в современных условиях резких социальных преобразований, обсуждается вопрос о профилактике аддиктивного поведения. Описаны принципы и этапы этой работы, показана необходимость интеграции и эффективного взаимодействия науки и практики семьи, школы и других социальных институтов в решении этой сложной и многогранной проблемы.

### К ВОПРОСУ О КОМПЛАЕНСЕ В ПСИХИАТРИИ (обзор литературы)

Г.А. Джолдыгулов

В статье представлен результат анализа литературы, касающейся проблемы комплаенса в психиатрической практике.

*Ключевые слова:* комплаенс, психиатрия.

---

---

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ  
БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА  
(обзор литературы)**

Г.А. Джолдыгулов

В статье представлен обзор литературы о современном состоянии проблемы биполярного аффективного расстройства.

*Ключевые слова:* биполярное аффективное расстройство, аффективные психозы.

**ИСТОРИЧЕСКИЕ ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ШИЗОФРЕНИИ  
(литературный обзор)**

Р.К. Сандыбаева

История вопроса учения о шизофрении непосредственно отражает вопросы диагностических трудностей, которые в последнее время все чаще встают перед психиатрами.

*Ключевые слова:* шизофрения, позитивные расстройства, негативные расстройства, прогрессивность и фазы типов течения (обострения, ремиссии, исходные состояния).

---

---

## SUMMARY

### STRATEGY OF DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPY IN KAZAKHSTAN REPUBLIC

A.L. Katkov, T.V. Pak, Z.S. Amanova

In article «Strategy of development of psychotherapy in Kazakhstan Republic» the actual contexts defining strategy of development of the psychotherapeutic help in Kazakhstan Republic are proved. The concept of social epidemics reveals. Results of sociological researches concerning expected and demanded results of the psychotherapeutic help among the population of Kazakhstan are resulted. The real condition of the free market of psychotechnologies in republic is analyzed.

On the basis of the spent complex analysis offers on development of system of social psychotherapy in Kazakhstan Republic are given reason.

### INFLUENCE OF AN ANOMY AND PERMISSIVE ON GROWTH OF MENTAL EPIDEMICS

P.I. Sidorov, I.B. Yakushev

The modern epoch of a postindustrial society is characterized by formation of such social phenomena, as permissive former canons of social being and an anomy (the new psihologo-ethical status of public and individual consciousness). In such conditions accompanied by loss of former ethical structuring reference points, losing an urgency at essentially changed realities of social life, mental epidemics can become the form of social and personal identification of the subject, influencing its social status and a psychological profile.

### ADDICTIVE BEHAVIOR OF TEENAGERS AS A PSIHOLOGO-PEDAGOGICAL PROBLEM

S.V. Sarkisyan

Analyzing the data available in a psychological science which testify about qualitative mentally and personal changes of the teenagers who have occurred in modern conditions of sharp social transformations, the question on preventive maintenance addictive behavior is discussed. Principles and stages of this work are described, necessity of integration and effective interaction of a science and practice of a family, school and other social institutes for the decision of this difficult and many-sided problem is shown.

### TO A QUESTION ABOUT COMPLIANCE IN PSYCHIATRY (The literature review)

G.A. Dzholdygulov

In article the result of data about compliance in psychiatry is presented.

*Keywords:* compliance, psychiatry.

---

---

**MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND THERAPY BIPOLAR DISORDER**  
**(The literature review)**

G.A. Dzholdygulov

In article the review of the literature on a current state of a problem of bipolar affective frustration is presented.

*Keywords:* bipolar affective disorder, affective psychoses.

**HISTORICAL DEBATABLE QUESTIONS OF SCHIZOPHRENIA**  
**(The literary review)**

R.K. Sandybaeva

The history of the question of the teaching about шизофрении directly reflects the questions of the diagnostic difficulties, which in recently all will more often get up before psychiatrist.

*The Keywords:* schizophrenia, positive frustration, negative frustration, прогрессиентность and phases of the types of the current (the intensifications, remissions, source conditions).