

ISSN 1993-1298



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИИЕ ПСИХОЛОГИИ ЧӰВАШ ХЫПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



7

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ

ЧУВАШИИ

Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology

РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

№ 7

Чебоксары
2011

Рецензируемый научно-практический журнал Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов

Председатель редакционного совета

А.Б. КОЗЛОВ (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет:

А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург, Россия)

С.А. ИГУМНОВ (Минск, Белоруссия)

К.А. ИДРИСОВ (Грозный, Россия)

Е.Н. КАДЫШЕВ (Чебоксары, Россия)

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург, Россия)

А.М. КАРПОВ (Казань, Россия)

В.Н. КРАСНОВ (Москва, Россия)

С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс, Литва)

Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе, Таджикистан)

С.А. НУРМАГАМБЕТОВА (Алма-Ата, Казахстан)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

А.А. ЧУРКИН (Москва, Россия)

К. ШТУППЕК (Зальцбург, Австрия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск, Украина)

Главный редактор

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

И.Е. БУЛЫГИНА (редактор раздела «Наркология»)

Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР (технический редактор)

А.В. ГОЛЕНКОВ (зам. главного редактора, редактор раздела «Психиатрия»)

А.Н. ЗАХАРОВА (редактор раздела «Психология»)

Ф.В. ОРЛОВ (ответственный секретарь, редактор раздела «Психотерапия»)

Адрес редакции

Россия, 428018, Чувашская Республика,

г. Чебоксары, ул. К. Иванова, 20

Тел./факс: (8352) 58 01 30

Электронная почта: pzdorovie@bk.ru

Электронная версия: <http://lib.medinform.su>

**Чăваш психиатрĕсемпе наркологиĕсен,
психотерапевчĕсемпе психологиĕсен
ассоциацийĕн клиника практикипе
ăслăлах рецензиленĕ кăларăмĕ**

Редакци канашĕн пуçлăхĕ
А.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

Редакци канашĕ
А.А. АЛЕКСАНДРОВ
(Санкт-Петербург)
С.А. ИГУМНОВ (Минск)
К.А. ИДРИСОВ (Грозный)
Е.Н. КАДЫШЕВ (Шупашкар)
Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ
(Санкт-Петербург)
А.М. КАРПОВ (Хусан)
В.Н. КРАСНОВ (Мускав)
С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс)
Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе)
С.А. НУРМАГАМБЕТОВА
(Алма-Ата)
А.Ф. СОГОЯН (Ереван)
Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)
А.В. ХУДЯКОВ (Иваново)
А.А. ЧУРКИН (Мускав)
К. ШТУППЕК (Зальцбург)
С. ЭВАНС (Нью-Йорк)
Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск)

Тĕп редакторĕ
Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

Редакци ушкăнĕ
И.Е. БУЛЫГИНА
Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР
А.В. ГОЛЕНКОВ
(тĕп редактор çумĕ)
А.Н. ЗАХАРОВА
Ф.В. ОРЛОВ (яваплă секретарĕ)

Редакци вырăнĕ
Раççей, 428018, Чăваш Республики,
Шупашкар хули, К. Иванов ур., 20

Тел./ факс: (8352) 58 01 30
E-mail: pzdorovie@bk.ru
<http://lib.medinform.su>

Peer reviewed research and clinical practice
journal of the Chuvash association
of psychiatrists, narcologists,
psychotherapists, psychologists

Chairman of Editorial Council
A.B. KOZLOV (Cheboksary)

Editorial Council
A.A. ALEKSANDROV
(St. Petersburg)
G. CHRISTODOULOU (Athens)
A.A. CHURKIN (Moscow)
S. EVANS (New-York)
K.A. IDRISOV (Grozny)
S.A. IGUMNOV (Minsk)
E.N. KADYSHEV (Cheboksary)
A.M. KARPOV (Kazan)
B.D. KARVASARSKY
(St. Petersburg)
V.N. KRASNOV (Moscow)
A.V. KHUDIAKOV (Ivanovo)
S. LESINSKIENE (Vilnius)
D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)
S.A. NURMAGAMBETOVA
(Almaty)
A.F. SOGHOYAN (Yerevan)
C. STUPPÄCK (Salzburg)
L.N. YUR' YEVA (Dnepropetrovsk)

Editor-in-Chief
E.L. NIKOLAEV (Cheboksary)

Editorial Board
I.E. BULYGINA
D.V. HARTFELDER
A.V. GOLENKOV
(deputy editor)
F.V. ORLOV (executive editor)
A.N. ZAKHAROVA

Editorial office
20 K. Ivanova ul., Cheboksary
Chuvash Republic 428018 Russia

Tel./ fax: +7 (8352) 58 01 30
E-mail: pzdorovie@bk.ru
<http://lib.medinform.su>

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора	6
--------------------	---

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<i>О.С. Антипова</i> Расстройства аффективного спектра при хронической мигрени: вопросы коморбидности	8
<i>К.А. Идрисов</i> ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинико-эпидемиологические и динамические аспекты	21
<i>Ю.А. Абросимова</i> Образ интегрированной личности в контексте коммуникативной компетентности психолога и клиента	35

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

<i>З.А. Дагаева, О.Ю. Милушкина, С.А. Мухамадиева</i> Психофизиологические аспекты состояния здоровья современных школьников	60
<i>В.Т. Лекомцев, И.В. Лаптева</i> Медико-социальная экспертиза при эпилепсии: психиатрический аспект	65
<i>А.В. Молодецких</i> Об этиопатогенезе психических расстройств	81
<i>Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова</i> Организационные проблемы охраны психического здоровья в Таджикистане	90

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

<i>И.А. Уваров, А.М. Григорьева, Л.Р. Хусаинова, В.Т. Лекомцев</i> Гендерные особенности героиновой наркомании	98
<i>В.В. Герасимова, А.М. Карпов, А.Н. Грязнов, Д.И. Дергунова</i> Ценностно-коммуникативная сфера личности при аутоагрессивном поведении	104

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

<i>Е.С. Молчанова, Г.А. Айтпаева</i> Ритуалы в киргизской культуре и возможности их использования в психологической практике	116
<i>Е.Л. Николаев, Е.С. Сулова</i> Психотерапия невротических расстройств в контексте дискурсивных особенностей личности	134

ОБРАЗОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ

<i>А.В. Голенков</i> Оценки студентами электросудорожной терапии в фильмах и наяву	152
--	-----

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

Региональный конгресс ВПА в Санкт-Петербурге	158
<i>Е.Л. Николаев, А.В. Голенков</i> Очередной форум психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов в Чебоксарах	162
XV съезд российских психиатров	167
Рефераты текущих публикаций (на русском, чувашском и английском языках)	175
Информация для авторов	193

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемый читатель!

В последние годы расстройства аффективного спектра начинают занимать все более значимое место в структуре заболеваемости психическими расстройствами. Часто они носят коморбидный характер и находятся в сложных патогенетических соотношениях с другими психическими расстройствами или соматоневрологическими нарушениями. Специфика этих взаимоотношений при таком распространенном состоянии, как мигрень, представлена в статье московского ученого, открывающей рубрику. Актуальный опыт динамического клинико-эпидемиологического исследования посттравматического стрессового расстройства у жителей Чеченской Республики приводится в этой же рубрике, которая завершается работой молодого ученого из Саратова, посвященной коммуникативной компетентности участников взаимодействия в системе «психолог–клиент».

В разделе организационных вопросов охраны психического здоровья опубликованы статьи, представляющие собой результаты исследования здоровья московских школьников, изучение механизмов патогенеза психических расстройств, описание особенностей психоорганического синдрома при эпилепсии, анализ ситуации с психиатрической помощью в Таджикистане.

Работы в рубрике «Вопросы наркологии», любезно представленные коллегами из Удмуртии и Татарстана, посвящены изучению гендерных особенностей героиновой наркомании и ценностно-коммуникативных особенностей студентов с аутоагрессивным поведением, склонных к зависимости от алкоголя и наркотиков.

Наша традиционная рубрика «Перекресток культур» открывается материалом наших коллег из Бишкека о проблеме противостояния между народной целительской практикой и службой психического здоровья в современной Киргизии. Продолжением

серии более ранних публикаций является статья чебоксарских авторов о разработке индивидуальных психотерапевтических программ для больных с невротическими расстройствами на основе клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности.

Система образования в России, в том числе высшего профессионального, переживает в настоящее время большие преобразования. Мы не можем оставаться в стороне от этих событий и планируем освещать их в новой рубрике «Образование и подготовка кадров», которая открывается результатами нового исследования проф. А.В. Голенкова.

Седьмой выпуск журнала выходит вслед за значимыми для психиатрии России и Чувашии событиями. Это очередные съезды профессиональных сообществ психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов Чувашии и психиатров России, а также первый региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации, проведенный в России, в Санкт-Петербурге. В журнале опубликованы материалы по результатам их работы.

В завершение хочется пожелать Вам неослабевающего интереса к жизни во всех ее проявлениях и напомнить, что электронная версия нашего журнала представлена на сайте Чувашской Республиканской научно-медицинской библиотеки (<http://lib.medinform.su>) и на общероссийском профессионально-ориентированном сайте «Медицинская психология в России» (http://medpsy.ru/library/library_chapter_01.php).

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ: ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ

О.С. Антипова

Московский научно-исследовательский институт, Москва

Высокий уровень взаимосвязи хронических и трансформированных форм мигрени с расстройствами аффективного спектра признается большинством авторов, изучающих эту проблематику. В то же время, как справедливо отмечает один из наиболее авторитетных исследователей в этой области S.D. Silberstein (1995), высокая коморбидность хронических цефалгий с расстройствами аффективного спектра скорее констатируется исследователями, чем системно изучается. Предметом рассмотрения данного обзора являются вопросы патогенетической коморбидности и взаимного влияния хронической мигрени и расстройств аффективного спектра.

Под хронической мигренью (ХМ) понимается состояние, при котором мигренозная головная боль возникает в течение 15 или более дней в месяц на протяжении трёх месяцев и более при отсутствии лекарственного злоупотребления. Согласно определению Международной классификации головной боли 2-го пересмотра (МКГБ-2) хроническую мигрень относят к разделу "1.5. Осложнения мигрени", наряду с такими состояниями, как мигренозный статус, персистирующая аура без инфаркта, мигренозный инфаркт, а также эпилептический припадок, вызванный мигренью. ХМ представляет собой один из вариантов хронической ежедневной головной боли и составляет около половины всех слу-

чаев первичных хронических цефалгий (Katsarava Z. et al., 2004; Bigal M.E., Serrano D., Reed M., Lipton R.B., 2008).

У большинства пациентов, страдающих ХМ, в анамнезе являются эпизодические мигренозные приступы без ауры. По мере хронизации головная боль может утрачивать отчётливый приступообразный характер, при этом снижается интенсивность болевых ощущений и выраженность сопутствующих симптомов – фото-, осмо- и фонофобии, тошноты, рвоты. Со временем головные боли возникают у пациента практически ежедневно и полностью перестают соответствовать клинической картине "мигренозного приступа". Иногда приступы становятся чаще, уменьшается их интенсивность, но сохраняется периодичность возникновения. Именно поэтому ряд авторов (Mathew N.T., Stubits E., Nigam M.P., 1982; Sandrini G. et al., 1993) предпочитают употреблять в описании основного клинического варианта ХМ термин "трансформированная мигрень". Этот термин используется в тех случаях, когда у пациента с ХМ удается выявить в анамнезе период качественной и количественной трансформации головной боли. Трансформированная мигрень часто обусловлена злоупотреблением анальгетиками, но может формироваться и без участия этого фактора. В то же время существуют подтипы ХМ, которые развиваются *de novo*, без периода трансформации.

Актуальность работ по изучению ХМ определяется общепопуляционной распространенностью этой формы головной боли, которая, по данным разных авторов, колеблется от 0,4 % до 2,4 % (Castillo J. et al., 1999; Katsarava Z. et al., 2008; Scher A.I., Lipton R.B., Stewart W.F., Bigal M., 2009). Пациенты, страдающие ХМ, – это социально активные люди молодого трудоспособного возраста. ХМ приводит к значительному нарушению их качества жизни, трудоспособности и снижению уровня социального функционирования. Выявление ХМ в ряде случаев затруднительно, а многие формы ХМ являются рефрактерными к стандартной превентивной фармакотерапии.

В рамках настоящего обзора для нас наибольший интерес представляет аффективная патология, ее коморбидность с мигренью и роль в трансформации эпизодических форм мигрени в хро-

нические. Первые клинические описания, указывающие на то, что у больных мигренью, как правило, наблюдаются аффективные нарушения, появились еще в конце XIX века. Имеются указания на наличие подавленности, раздражительности, нарушений памяти и внимания у больных первичными цефалгиями (в частности, мигренью), датируемые 1895 годом (Gentili C., Panicucci P., Guazzelli M., 2005). В 1937 году Н. Wolff описал черты "мигренозной личности", характеризующиеся добросовестностью, повышенной ответственностью, перфекционизмом, аффективной ригидностью и обидчивостью. В единичных работах было показано, что эти личностные особенности в сочетании с повышенной тревожностью и тенденцией к гипотимному реагированию свойственны пациентам с хроническими и трансформированными формами мигрени (Catarci T., Clifford Rose F., 1992).

Эпидемиологические исследования коморбидности аффективной патологии и мигрени систематически начали проводиться в США и странах Западной Европы с конца 90-х гг. прошлого века. В большинстве работ, имеющих кросс-секционный дизайн, подтверждается высокий уровень взаимосвязи мигрени и расстройств аффективного спектра, достигающий 50-60 % (Mercante J.P. et al., 2005; Buse D.S. et al., 2005; Hung C.I. et al., 2006; Lipton R.B. et al., 2008). В случае хронических форм мигрени уровень коморбидности еще выше и составляет 80-90 % (Verri A.P., Proietti Cecchini A. et al., 1998).

В структуре коморбидности мигрени с психической патологией на первое место выходит депрессия – как первичные, так и повторные эпизоды (Breslau N. et al., 1998; 2000; Puca F., 2000; Buse D.S. et al., 2005). При этом мигрень чаще сочетается с депрессивными эпизодами, развивающимися в рамках биполярного аффективного расстройства II типа (Merikangas K.R., Angst J., Isler H., 1990; Breslau N., 1998; Robbins L., Ludmer C., 2000; Calabrese G. et al., 2003). Реже в эпидемиологических исследованиях у больных, страдающих мигренью, выявляются дистимии, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социальные фобии и нарушения пищевого поведения (Saper J.R., 1987; Juang K.D. et al., 2000; Merikangas K.R. et al., 2002). Интересно, что соматоформные и конверсионные

расстройства чаще сочетаются с эпизодическими формами мигрени.

Выделение из круга рекуррентных депрессий биполярного аффективного расстройства II типа, характеризующегося чередованием больших депрессивных эпизодов и гипоманий, позволило по-новому взглянуть на фактор биполярности в развитии мигрени. В 1989 году N.A. Endicott в своей работе, посвященной психофизиологическим коррелятам биполярности, показал, что мигрень чаще наблюдается у больных биполярным аффективным расстройством II типа в сравнении с рекуррентной депрессией. Более поздние работы других авторов подтверждают тесную взаимосвязь между мигренью и различными типами расстройств биполярного спектра, особенно у молодых пациентов (Merikangas K.R., Angst J., Isler H., 1990; Breslau N., 1998; Robbins L., Ludmer C., 2000; Calabrese G. Et al., 2003).

В обсуждении результатов эпидемиологических исследований наибольший интерес представляют исследования с лонгитудинальным дизайном, поскольку они дают возможность не только выявить уровень ассоциаций одного состояния с другим, но и определить, является ли одно заболевание предиспозицией для другого, или оба заболевания влияют друг на друга. Уточнение этих вопросов имеет большое значение для клинической практики и исследования патогенетических механизмов заболеваний.

На сегодняшний день доминирует концепция двунаправленной взаимосвязи мигрени и депрессии, согласно которой оба заболевания способствуют развитию друг друга (Breslau N. et al., 1998; 2000; Pucca F., 2000). По данным лонгитудинальных исследований, у пациентов, страдающих большой депрессией, риск развития новых случаев мигрени в течение жизни в три раза выше, чем в популяции (Fasmer O.B., Oedegaard K.J., 2001). У больных мигренью депрессивные эпизоды развиваются в пять раз чаще (Breslau N., Schultz L.R., Stewart W.F. et al., 2000).

Аналогичные результаты получены в отношении мигрени и панического расстройства (Stewart W.F., Linet M.S., Celentano D.D., 1989; Breslau N., Davis G.C., 1993). В большинстве проспективных исследований продемонстрирован двунаправлен-

ный характер взаимосвязи этих расстройств. Так, по данным N. Breslau et al. (2000), новые случаи панического расстройства возникают у больных мигренью в 3,6 раза чаще по сравнению с заболеваемостью в общей популяции. В свою очередь, у пациентов с паническим расстройством развитие мигрени в течение периода наблюдения отмечается в 2 раза чаще, чем у лиц, не имеющих панического расстройства. Депрессия и паническое расстройство повышают риск развития мигрени, но не оказывают влияние на риск развития других первичных цефалгий, что, по-видимому, говорит о патогенетической специфичности этой взаимосвязи (Breslau N. et al., 2000).

Вместе с тем помимо концепции двунаправленной взаимосвязи существует и другое мнение: связь между мигренью и расстройствами аффективного спектра происходит из общих факторов риска, которые могут повысить вероятность формирования любого из этих заболеваний (Swartz K.L., Pratt L.A., Armenian H.K., 2000). Расстройства аффективного спектра, и в первую очередь депрессия, находясь с мигренью в отношениях патогенетической коморбидности, имеют общие генетические предпосылки и нейробиологические механизмы развития и хронизации (Simon G.E., 1999; Tracey I. et al., 2002; Andrasik F. et al., 2005; Данилов А.Б., 2010).

В рамках обсуждения результатов эпидемиологических исследований необходимо подчеркнуть, что выявляя то или иное аффективное расстройство на основании операциональных диагностических критериев, мы приходим к искусственному разделению депрессии и тревожных расстройств. В современных классификациях болезней (МКБ-10, DSM-IV) тревожные расстройства все чаще рассматриваются как самостоятельные нозологические единицы, хотя в реальной клинической практике этим диагностическим критериям могут соответствовать стертые, атипичные, соматизированные и маскированные депрессивные эпизоды либо резидуальная симптоматика после перенесенного депрессивного эпизода (Краснов В.Н., 2008; 2010). Для понимания таких сложных взаимоотношений хорошо подходит концепция спектра аффективных расстройств (Winokur G. et al., 1973, 1983; Angst J. et al., 1998, 2007; Angst J., 2009; Краснов В.Н., 2010). Представле-

ния о том, что тревожные состояния и депрессия имеют общие наследственно-генетические предпосылки, патогенетические механизмы, факторы риска и тесные клинические взаимосвязи, являются для психиатрии традиционными (Lewis A., 1934; Weitbrecht H.J., 1973; Краснов В.Н., 2008, 2010).

В связи с этим интересны данные проспективного исследования, проведенного К.Р. Merikangas с соавт. (1993), которые выдвинули гипотезу, согласно которой наличие у пациента тревожного расстройства индуцирует или ускоряет развитие мигрени, которая, в свою очередь, выступает своеобразным триггером для последующего развития клинически очерченного депрессивного эпизода в течение ближайших 4-5 лет. Эта гипотеза перекликается с результатами наших собственных клинических наблюдений, согласно которым наличие у пациента с мигренью в молодом возрасте субаффективных колебаний с превалированием тревожной и психовегетативной симптоматики, а также приступов мигрени, ассоциированных с тревожно-вегетативными пароксизмами, существенно повышает риск развития развернутых эпизодов эндогенорморфной тревожной или тревожно-тоскливой депрессии после 35-40 лет.

Среди предикторов хронизации мигрени принято выделять два основных: исходно высокую частоту головной боли и злоупотребление симптоматическими противомигренозными средствами (эрготамином, триптанами) и/или опиоидами и комбинированными анальгетиками с формированием абюзусной головной боли (Lu S.R., Fuh J.L., Chen W.T., 2001; Zwart J.A., Dub G., Hagen K., 2003; Lipton R.B., 2008). Кроме того, к факторам риска хронизации мигрени относят: женский пол, возраст старше 40 лет, ожирение (ИМТ>30), частое употребление кофеина и кофеинсодержащих препаратов, храп и синдром апное во сне, наличие энцефалопатии различного генеза. К немодифицируемым факторам риска относят низкий уровень образования, низкий социально-экономический статус, статус мигранта (Scher A.I. et al., 2003; Bigal M.E. et al., 2002). Также обсуждается наличие у больного мигренью других хронических болевых синдромов (к примеру, фибромиалгии), при этом важное значение имеет развитие явлений центральной сенситизации. Опре-

деленную роль играет частое употребление больным, страдающим мигренью, анальгетиков по поводам, не связанными с мигренозными приступами.

Переходя к обсуждению роли коморбидной аффективной патологии в трансформации эпизодических мигренозных болей в хронические, необходимо отметить, что на сегодняшний день однозначного представления об этом нет. Многие авторитетные в этой области исследователи считают, что наличие у больного мигренью тревожного расстройства и, что более важно, депрессии, резко повышает риск хронизации болевого синдрома (Juang K.D. et al., 2000; Buse D.S. et al., 2005; Wang S.J. et al., 2007). Другие авторы не находят такой связи (Breslau N. et al., 1998; 2000). Остается неизученной роль фактора биполярности в процессе хронизации мигрени.

Определенно можно сказать только одно: уровень коморбидности ХМ и расстройств аффективного спектра чрезвычайно высок, при хронических и трансформированных формах заболевания он достигает 80-90 % в сравнении с 60-70 % при эпизодических формах (Verri A.P., Proietti Cecchini A. et al., 1998).

Учитывая, что ХМ является осложнением мигрени, можно предположить сходный профиль коморбидности с расстройствами аффективного спектра. Однако в ряде работ показано, что у больных ХМ клинически очерченные эндогенормфные депрессивные эпизоды выявляются примерно в два раза чаще, чем при эпизодических формах. Так, D.S. Buse с соавт. (2005) в кросс-секционном исследовании, охватившем 24 тыс. пациентов с мигренью, показали, что при хронических формах мигрени депрессия и тревожные расстройства выявляются в два раза чаще, чем при эпизодических. В более раннем проспективном исследовании М.К. Chung, D.E. Крауbill (1990) продемонстрировано, что депрессивные эпизоды чаще выявляются у пациентов, которые страдают хронической мигренью более пяти лет.

В отношении хронических форм мигрени и расстройств аффективного спектра пока не проведено системных проспективных исследований, которые подтвердили бы концепцию двунаправленных взаимоотношений. В то же время достаточно убедительно показано, что ХМ часто сочетается именно с хрониче-

скими и затяжными формами депрессии (Hung S.I. et al., 2005). Предполагается, что это связано с наличием общих факторов и предикторов хронизации как для мигрени, так и для депрессии. К ним относят наследственную предрасположенность, нарушения в системе серотонергической регуляции, нарушение процессов нейрональной пластичности, дисбаланс стрессреализующих и стресслимитирующих механизмов, женский пол, наличие резидуальной органической "почвы", ожирение, высокий уровень стрессовых событий в течение жизни, расстройств личности.

В ряде работ наличие коморбидной аффективной патологии при ХМ рассматривают в качестве фактора неблагоприятного прогноза в отношении эффективности стандартной фармакотерапии мигрени (Табеева Г.Р., Яхно Н.Н., 2010; Азимова Ю.Э., Маргулис М.В., Табеева Г.Р., 2010; Артеменко А.Р., 2010). Авторы этих работ обсуждают патофизиологические основы формирования рефрактерной мигрени у больных с депрессией, связанные с общей генетической предрасположенностью к хроническому типу течения, дизрегуляцией моноаминовых систем, усугублением явлений центральной сенситизации, нарушением процессов нейрональной пластичности.

Определенную роль играет тот факт, что больные ХМ имеют низкую приверженность психотерапии, не считают нужным принимать тимостабилизаторы и антидепрессанты либо пропускают прием. Эти пациенты обычно считают себя соматически больными, проявления тревоги и депрессии расценивают как закономерную психологическую реакцию на соматическое страдание, неохотно обращаются за помощью к врачам-психиатрам, часто не приходят на повторные консультации и не соблюдают рекомендаций. В результате только 20-30 % пациентов с трансформированными и хроническими формами мигрени получают адекватную комплексную психотерапевтическую и фармакотерапевтическую помощь по поводу коморбидной аффективной патологии (Lipton R.B., 2008). Отказ от лечения является нередким для этой категории пациентов проявлением парасуицидального поведения (Pomplili M., et al., 2010). Кроме негативных последствий, непосредственно связанных с соматическим состоянием, депрессия способствует снижению работоспо-

способности, потере работы и увеличению стоимости лечения таких больных.

В качестве независимого предиктора хронизации мигрени принято выделять алиментарное ожирение (Bigal M.E. et al., 2002). Представляют интерес некоторые механизмы развития ожирения у больных мигренью. В ряде клинических случаев у таких пациентов развивается эндогенноморфный эпизод тревожной депрессии, как правило, имеющий тенденцию к затяжному течению. Депрессия обычно способствует повышению частоты мигренозных приступов. По выходе из депрессии зачастую сохраняется резидуальная субаффективная симптоматика с психо-вегетативными, тревожно-фобическими, дистимическими расстройствами. При этом могут наблюдаться и обменно-метаболические расстройства с нарушениями пищевого поведения в виде повышения аппетита, стрессовой еды, ночных пищевых эксцессов. Иногда повышенный аппетит наблюдается в структуре гипоманиакальных и смешанных эпизодов. Нарушения пищевого поведения могут выходить на первый план в клинической картине маскированных субаффективных эпизодов, предшествующих синдромально очерченной депрессии. Длительно существующие расстройства пищевого поведения приводят к формированию ожирения, что, в свою очередь, способствует хронизации мигрени.

В последнее время при обсуждении механизмов хронизации мигрени большое значение придается стрессустойчивости и психологическим особенностям пациентов. Многие авторы отмечают факт накопления стрессовых и психотравмирующих событий в ходе жизненной истории таких больных (Lipton R.B., 2008). Имеются сведения о роли дисфункционального характера отношений в микросоциальном окружении пациента, недостаточно развитых коммуникативных навыков и навыков проблемно разрешающего поведения, дезадаптивных стратегий совладания со стрессом, воспитания в "болевых" семьях.

Больные ХМ отличаются сочетанием высокого уровня личностной тревожности с амбициозностью, исполнительностью, аффективной ригидностью, обидчивостью и перфекционизмом. В мотивационной сфере эти пациенты фиксированы на дости-

жении результата, обычно успешно добиваются значительных жизненных целей. В структуре самооценки больных ХМ большое место занимает социальный статус и профессиональная успешность. Именно поэтому даже пациенты с частыми и тяжелыми мигренозными атаками продолжают работать, активно участвовать в социальной жизни, стремятся сохранить прежний уровень достижений.

Социальная тревожность может проявляться в виде страха ожидания мигренозного приступа и заблаговременного приема противомигренозных средств. Во многих случаях это способствует злоупотреблению комбинированными анальгетиками, триптанами, формированию абюзусных головных болей и трансформации эпизодической мигрени в хроническую. Избыточное употребление симптоматических противомигренозных средств или комбинированных анальгетиков является одной из причин того, что приступы мигрени учащаются и приобретают характер смешанной головной боли, сочетая себе признаки мигрени и головной боли напряжения. Без коррекции абюзусного фактора пациенты крайне редко отвечают на превентивную терапию.

В заключение следует отметить, что вопросы патогенетической коморбидности хронической мигрени и расстройств аффективного спектра остаются пока не изученными. Особый интерес представляет исследование единых патогенетических звеньев, роли хронического стресса, а также системных изменений психофизиологической реактивности организма в развитии и хронизации мигрени и депрессии. Возможно, дальнейшее изучение предикторов, особенностей патогенеза и структурно-динамических особенностей аффективных расстройств у больных хронической мигренью поможет оптимизировать подходы к диагностике и терапии этих состояний, повысить качество жизни пациентов и улучшить прогноз этого тяжелого заболевания.

Литература

1. *Азимова Ю.Э., Маргулис М.В., Табеева Г.Р.* Рефрактерная мигрень: от патогенеза к рациональной терапии // Рос. мед. журн. 2010. Т. 18, № 16. С. 981–986.

2. *Артеменко А.Р.* Хроническая мигрень: клиника, патогенез, лечение: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010. 205 с.
3. *Вейн А.М., Осипова В.В., Колосова О.А., Вершинина С.В., Соловьева А.Д., Данилов А.Б., Фокина Н.М.* Клинико-психологический анализ большой когорты больных мигренью (сообщение 1) // Журн. невропатол. и психиатр. 2002. Т. 102, № 10. С. 7–12.
4. *Данилов А.Б.* Психофизиологическое исследование мигрени (динамика нейрофизиологического паттерна, соотношение ноцицептивных и антиноцицептивных систем, центральные механизмы действия аспирина): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.
5. *Краснов В.Н.* Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Соц. и клин. психиатрия. 2008. Т. 18, вып. 3. С. 33–38.
6. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М.: Практ. медицина, 2011. 432 с.
7. *Кукушкин М.Л.* Этиопатогенетические принципы лечения хронической боли // Рус. мед. журн. 2007. Т. 5, № 10. С. 827.
8. *Латышева Н.В., Филатова Е.Г.* Новый механизм хронизации головной боли // Лечащий врач. 2008. № 5. С. 82–84.
9. *Осипова В.В.* Психологические аспекты боли // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. 2010. № 1. С. 4–8.
10. *Осипова В.В.* Мигрень: Клинико-психологический анализ, качество жизни, коморбидность, терапевтические подходы: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
11. *Осипова В.В., Табеева Г.Р.* Хроническая мигрень: клиническая характеристика, принципы диагностики и терапии // Врач. 2007. Т. 5. С. 24–26.
12. *Табеева Г.Р., Яхно Н.Н.* Мигрень. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 624 с.
13. *Bigal M.E., Sheftell F.D., Rapoport A.M.* Chronic daily headache in tertiary care population: correlation between the International headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache // Cephalgia. 2002. Vol. 22. P. 432–438.
14. *Breslau N., Schultz L.R., Stewart W.F., Lipton R.B. et al.* Headache and major depression: Is the association specific to migraine? // Neurology. 2000. Vol. 54, N 2. P. 308–313.
15. *Breslau N., Davis G.C., Schultz L.R., Peterson E.L.* Migraine and major depression: a longitudinal study // Headache. 1994. Vol. 34. P. 387–393.
16. *Breslau N., Schultz L.R., Stewart W.F., Lipton R.B., Welch K.M.A.* Headache types and panic disorder // Neurology. 2001. Vol. 56. P. 350–354.

17. *Breslau N., Rasmussen B.K.* The impact of migraine: Epidemiology, risk factors, and co-morbidities // *Neurology*. 2001. Vol. 56 (6 Suppl. 1). P. 4–12.
18. *Catarci T., Clifford Rose F.* Migraine and heredity // *Pathological Biology*. 1992. Vol. 40, N 4. P. 284–286.
19. *Endicott N.A.* Psychophysiological correlates of ‘bipolarity’ // *J. Affective Disorders*. 1989. Vol. 17, N 1. P. 47–56.
20. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders (2nd ed) // *Cephalgia*. 2004. Vol. 24 (Suppl 1). P. 1–160.
21. *Hung C.I., Wang S.J., Yang C.H., Liu C.Y.* The impacts of migraine, anxiety disorders, and chronic depression on quality of life in psychiatric outpatients with major depressive disorders // *J. Psychosom Res.* 2008. Vol. 27, N 2. P. 135–142.
22. *Gentili C., Panicucci P., Guazzelli M.* Psychiatric comorbidity and chronicisation in primary headache // *J. Headache Pain*. 2005. Vol. 6, N 4. P. 338–340.
23. *Katsarava Z., Schneeweiss S., Kurth T.* Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine // *Neurology*. 2004. Vol. 62. P. 788–790.
24. *Lipton R.B.* Tracing transformation: Chronic migraine classification, progression, and epidemiology // *Neurology*. 2009. Vol. 72 (5 Suppl). P. 3–7.
25. *Lipton R.B., Hamelsky S.W., Kolodner K.B., Steiner T.J., Stewart W.F.* Migraine, quality of life, and depression: A population-based case-control study // *Neurology*. 2000. Vol. 55, N 5. P. 629–635.
26. *Merikangas K.R., Merikangas J.R., Angst J.* Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission // *J. Psychiatr Res.* 1993. Vol. 27, N 2. P. 197–210.
27. *Mathew N.T., Stubits E., Nigam M.P.* Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors // *Headache*. 1982. Vol. 22, N 2. P. 66–68.
28. *Pompili M., Serafini G., Dominici G. et al.* Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010. Vol. 6. P. 81–91.
29. *Robbins L., Ludmer C.* Headache – the bipolar spectrum in migraine patients // *Am. J. Pain Mgmt.* 2000. Vol. 10. P. 167–170.
30. *Scher A.I., Stewart W.F., Ricci J.A., Lipton R.B.* Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study // *Pain*. 2003. Vol. 106. P. 181–189.

31. *Silberstein S.D.* Chronic daily headache // *J. Am. Osteopat. Assoc.* 2005. Vol. 105 (Suppl. 2). P. 23–29.
32. *Silberstein S.D.* Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // *Neurology.* 2000. Vol. 55. P. 754–762.
33. *Stewart W.F., Scher A.I., Lipton R.B.* The Frequent Headache Epidemiology study (FrHE): Stressful life events and risk of chronic daily headache // *Neurology.* 2001. Vol. 56, N 8. P. 138–139.
34. *Wang S.J., Liu H.C., Fuh J.L. et al.* Comorbidity of headaches and depression in the elderly // *Pain.* 1999. Vol. 82, N 3. P. 239–243.
35. *Wolff H.* Personality features and reactions of subjects with migraine // *Arch. Neurol. Psychiatry.* 1937. Vol. 37. P. 895–921.
36. *Winokur G.* The types of affective disorders // *J. Nev. Ment. Dis.* 1973. Vol. 156, N 2. P. 82–96.

**ПТСР В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ
ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ:
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
И ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

К.А. Идрисов

Чеченский государственный университет, Грозный

Введение. С момента введения в 1980 г. в классификации DSM-III в психиатрическую практику диагноза "Посттравматическое стрессовое расстройство" (ПТСР) выполнено большое число исследований, охватывающих широкий спектр вопросов, связанных с эпидемиологическими, культуральными, гендерными, возрастными и клиническими особенностями ПТСР.

Данные о распространенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения значительно варьируют – от 1 % в более ранних исследованиях и до 12 % по последним исследованиям.

Популяционное исследование, проведенное в выборке городского населения в США, показало, что среди 1007 обследованных человек 39,1 % в течение жизни пережили различные психотравмирующие события, из которых 23,6 % имели ПТСР. Распространенность ПТСР во всей выборке составила 9,2 % [13-16]. В ходе другого популяционного исследования, проведенного в США, было обследовано 5877 человек в возрасте от 15 до 54 лет, из которых 7,8 % в течение жизни имели ПТСР [26, 27].

Обследование 3138 взрослых жителей Н. Новгорода показало, что 31,8 % из них в течение жизни пережили ситуацию, связанную с угрозой для жизни (своей или близких) в результате чего в 5,2 % случаев был установлен диагноз ПТСР [11].

В исследовании, проведенном в Германии, обследован 3021 человек 14-24 лет. Несмотря на то что 26 % мужчин и 17,7 % женщин сообщили по крайней мере об одном психотравмирующем событии, ПТСР имелось только у 1 % мужчин и 2,2 % женщин [29, 30]. По данным обследования 2509 человек в четырех городах Мексики, 76 % обследованных пережили воздействие психической травмы, а у 11,2 % имелось ПТСР [28].

Показатели распространенности ПТСР значительно увеличиваются в регионах, где происходят или происходили военные действия. Среди обследованных 2493 человек распространенность ПТСР в США среди населения составила 1 %, среди переживших физические травмы и ветеранов Вьетнама, которые не были ранены, – 3,5 %, среди ветеранов Вьетнама, имевших ранения, – 20 % [22].

Исследования, проведенные среди косовских албанцев после войны 1998-1999 гг., выявило ПТСР в 17,1 % случаев в 1999 г. и в 25 % случаев в 2000 г. [19, 20]. Данные исследования, проведенного в Афганистане, показали, что среди 799 взрослых афганцев 62 % пережили за последние 10 лет по крайней мере четыре психотравматических события, а у 42,2 % имелось ПТСР [18]. Согласно другому популяционному исследованию, в выборке из 1011 жителей Афганистана старше 15 лет 43,7 % человек пережили от 8 до 10 психотравмирующих событий, а у 20,4 % имелось ПТСР [32].

Сравнительное кросс-культуральное исследование в четырех странах, где происходили военные действия, показало, что уровень распространенности ПТСР составил: в Алжире – 37,4, в Камбодже – 28,4, в Эфиопии – 15,8, в Газе – 17,8 % [23].

Таким образом, независимо от региона обследования, метода исследования и диагностических инструментов разные исследователи получают одинаково высокие показатели распространенности ПТСР под влиянием военных событий.

Глубокий социально-экономический и политический кризис, начавшийся в России 1991 г., в Чеченской Республике принял крайние формы. Активные военные действия проходили в два основных этапа. Первый этап – с декабря 1994 до сентября 1996 г., второй этап – с сентября 1999 до 2004 г. Между этими двумя этапами территория Чеченской Республики находилась под контролем незаконных вооруженных формирований, которые терроризировали мирное население в течение трех лет. Таким образом население Чеченской Республики почти 13 лет жило в условиях антропогенной чрезвычайной ситуации. За этот период по разным оценкам погибло от 150 до 200 тысяч человек. Оказались полностью разрушенными г. Грозный и сотни

других населенных пунктов, вся социальная инфраструктура и производственный комплекс. Более 250 тысяч человек (четверть населения), спасаясь от войны, выехали за пределы Чеченской Республики, и в течение пяти лет жили в лагерях беженцев на территории соседней Ингушетии, испытывая на себе все тяготы жизни в лагерях беженцев. Многие годы большинство жителей Чеченской Республики были лишены элементарных условий жизнеобеспечения: качественного питания, газа, электрического освещения, чистой воды. Все это позволяет считать, что население Чеченской Республики длительное время находилось под воздействием комплекса военных, социально-экономических и психологических патогенных факторов, способных вызвать значительные расстройства психического здоровья. Однако данные о частоте этих расстройств, в том числе ПТСР, их структуре и выраженности отсутствовали, что потребовало проведения специального исследования.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования случайным образом сформирована выборка из 1000 человек, проживающих в четырех районах Чеченской Республики, где проходили боевые действия, и контрольная группа из 200 человек в Надтеречном районе Чеченской Республики, где не было военных действий. В обследование не включались граждане моложе 18 лет, а также лица, имеющие выраженные психические или соматические заболевания. Обе выборки обследовались четыре раза: 2002, 2004, 2006 и 2008 гг.

Для диагностики ПТСР нами использовалась Мюнхенская диагностическая анкета (МДА) на основе DSM-III-R (Hiller et al., 1990). Эта анкета принята Всемирной организацией здравоохранения в систему инструментов МКБ-10 и может быть использована как основа стандартизованного психиатрического интервью (Хавенаар И.М., 1996). Данный диагностический инструмент имеет структуру дерева принятия решений, с пропусками и переключениями в необходимых точках на другие разделы и позволяет дифференцировать симптоматику ПТСР на текущую и предшествующую моменту обследования, что представляется важным в лонгитюдных исследованиях.

Для составления социально-демографической характеристики обследуемой выборки анкета была дополнена перечнем вопросов, позволяющих получить сведения о возрасте, образовании, семейном положении, профессиональной деятельности, характере пережитых психотравмирующих событий.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows.

Полученные результаты. Прежде всего необходимо было оценить частоту и характер пережитых психотравмирующих событий, способных по своей силе вызвать ПТСР. Изначально в списке психотравмирующих событий присутствовал значительно больший перечень, описывающий специфические события, например: нахождение под бомбежкой, в зоне артиллерийского или минометного обстрела. Однако затем все эти случаи были объединены в один признак: "прямая угроза для жизни", имея в виду, что человек находился в ситуации, реально угрожающей его жизни и пережил сильный страх и/или ужас.

Характер и частота психотравмирующих событий, пережитых обследуемыми за годы военных действий с учетом того, что часть обследуемых пережили более одного события, отражены в табл. 1. Частоты психотравмирующих событий в контрольной группе оказались достоверно ниже, чем в основной выборке, за исключением частоты ранений, по которым различий в основной выборке и в контрольной не выявлено. Однако если в основной выборке ранения носили преимущественно военный характер (осколочные, минно-взрывные травмы), то в контрольной группе ранения носили бытовой или криминальный характер.

Анализ территориального распределения психотравмирующих событий показал, что наиболее часто угрозу для жизни испытывали обследуемые, проживавшие в г. Грозном – 22,6 %, затем следовали с. Ачхой-Мартан – 13,7 %, г. Гудермес – 8,5 %, с. Урус-Мартан – 7,8 % ($\chi^2=46,14$, $df=3$; $p<0,001$).

Таблица 1

Характер и частота психотравмирующих событий, выявленных в обследуемой выборке (n=4600), %

Психотравмирующие факторы	Этапы исследования				Контр. группа
	2002	2004	2006	2008	
1. Прямая угроза для жизни	59	61	61	52,6	13
2. Ранения	5,4	4,6	3,9	3,1	5,5
3. Свидетельство насильственной смерти	20,3	17,6	18,4	10	2,8
4. Подвергались пыткам	1,5	1,9	2,4	1,5	0
5. Гибель близкого человека	5,5	7	9,3	10,6	1,1
6. Пропавший без вести близкий человека	2,7	3,4	5,1	4,8	0,8
7. Свидетельство разрушения собственного дома	19,2	15	12,1	6,5	1,4
8. Отсутствуют	32,3	28,5	30,3	37,4	78,2

Примечание. В связи с отсутствием статистически значимой динамики в показателях контрольной группы здесь и в дальнейшем указаны усредненные данные по всем этапам обследования

В распределении психотравмирующих событий среди мужчин и женщин не было статистически достоверных различий, за исключением случаев, связанных с ранением и пытками, в которых доля мужчин была достоверно выше ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2

Частота и тип течения ПТСР на различных этапах обследования (n=4600), %

Тип течения ПТСР	Этапы исследования				Контр. группа
	2002	2004	2006	2008	
Всего	312	30,1	25,2	24,9	3,9
текущий	21,2	1,1	1,6	1,5	1,2
предшествующее-текущий	8,5	15,7	11,9	10,8	2,1
предшествующий	1,5	13,3	11,7	12,6	0,6

Как видно в табл. 2, на первом этапе (2002), в период высокой частоты жизнеугрожающих событий, состояние 31,2 % обследованных соответствовало клиническим критериям ПТСР.

При этом с ростом числа психотравмирующих событий увеличивалась вероятность развития ПТСР. У переживших одно событие ПТСР развились в 34,4 % случаев, у переживших два события – в 50,3 % случаев, у переживших три события и более – в 78 % случаев. На последующих этапах, характеризующихся низким уровнем угроз для жизни, частота новых случаев ПТСР составила 1,1–1,5 %, что соответствует показателям контрольной группы (1,2 %).

Таким образом, показатели распространенности ПТСР на территории Чеченской Республики, где проходили военные действия, значительно превышают показатели распространенности ПТСР на территории, где не было военных действий (31,2 и 3,9 %, соответственно).

Анализ социально-демографической характеристики группы с ПТСР показал, что 65,1% составили женщины, 34,9% – мужчины ($\chi^2=6,971$, $df=1$; $p<0,01$).

По возрасту группа с ПТСР распределилась следующим образом: 18–25 лет – 10,6, 26–35 лет – 16, 36–45 лет – 22,4, старше 46 лет – 51 %. Таким образом, частота ПТСР нарастает по мере увеличения возраста обследуемых, а половина случаев с ПТСР приходится на возрастную группу старше 45 лет ($\chi^2=29,041$, $df=3$; $p<0,001$).

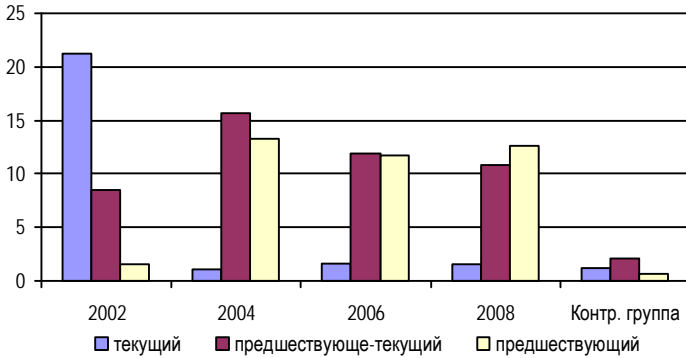
По образованию: лица с начальным и средним образованием составили 52,3 % всех случаев ПТСР, среднеспециальным – 23 %, полным или незаконченным высшим – 24,7 %.

По трудовой занятости: имели работу – 30,8, не работали – 32,4, имели случайные заработки – 8,7, группу инвалидности – 5,1, пенсионеры – 23,1 %.

Распределение лиц с ПТСР по семейному положению: состоят в браке – 61,9, вдовы – 19,6, разведены – 7,1, не женаты / не замужем – 11,5 %. По этому признаку группа с ПТСР имела достоверные различия с основной выборкой: вдовых в группе с ПТСР было 19,6 %, в основной выборке – 9,4, разведенных – соответственно 7,1 и 4,5, не женатых / не замужних – 11,5 и 21,4 % ($\chi^2=31,612$, $df=3$; $p<0,001$).

Важным достоинством использованной нами диагностической анкеты является возможность выявления различных типов

течения ПТСР, что дает возможность проследить динамику ПТСР в изучаемой выборке на различных этапах исследования. Выявляются следующие типы течения ПТСР: а) текущий тип (симптомы ПТСР выявлены впервые на момент обследования); б) текуще-предшествующий тип (симптомы ПТСР выражены в настоящее время, но они существовали и в прошлом); в) предшествующий тип (симптомы ПТСР существовали в прошлом, но в настоящее время они не актуальны для обследуемого) (рисунок).



Распределение обследуемых по типу течения ПТСР на различных этапах обследования (n=4600), %

Как видно в табл. 2 и на рисунке, различие показателей частот текущего типа течения ПТСР оказалось наиболее впечатляющим. Если на первом этапе доля обследуемых с ПТСР текущего типа составила 21,2 %, то на последующих этапах она составила 1,1–1,5 % ($\chi^2=118,40$; $p<0,001$; $r_s=0,542$ при $p<0,001$).

На втором этапе исследования показатели предшествующе-текущего типа ПТСР оказались несколько выше показателей предшествующего типа (15,7 и 13,3 % соответственно), на третьем этапе показатели этих двух типов течения ПТСР выравниваются, а на последнем этапе показатели предшествующего типа ПТСР превышают показатели предшествующе-текущего типа ПТСР (12,6 и 10,8 % соответственно). И хотя указанные различия показателей между этими типами течения ПТСР оцениваются только на уровне статистической вероятности, можно го-

ворить об устойчивой тенденции дезактуализации значительной доли случаев ПТСР по мере отдаления от психотравмирующей ситуации и улучшения качества жизни пострадавших.

Гендерные различия по типам течения ПТСР выявлены только в текущей форме: мужчин было 6,7, женщин – 10,3 % ($\chi^2=16,672$ при $p=0,001$). По другим типам течения ПТСР различия между мужчинами и женщинами недостоверны. Одним из самых важных факторов, влияющих на динамику симптомов ПТСР, оказался возраст обследуемых (табл. 3).

Таблица 3

Соотношение типов течения ПТСР по возрастам обследуемых (общие данные по всем этапам обследования) (n=4000), абс/%

Возраст, лет	По типам течения ПТСР, абс/%				Всего
	нет ПТСР	текущий	предшеств.-текущий	предшеств.	
18–25	531/18,4	49/14,1	22/5,7	32/8,4	634/15,9
26–35	758/26,3	58/16,7	59/15,4	78/20,4	953/23,8
36–45	681/23,6	75/21,6	113/29,4	118/30,8	987/24,7
старше 45	916/31,7	165/47,6	190/49,5	155/40,5	1426/35,7
Всего	2886	347	384	383	4000

В возрастной группе старше 45 лет ПТСР формировались достоверно чаще, чем в трех других возрастных группах. На последующих этапах в возрастных группах 18–25 лет и 26–35 лет показатели предшествующего типа течения ПТСР оказываются выше, чем показатели текуще-предшествующего типа. В возрастной группе 36–45 лет показатели этих двух типов течения ПТСР сопоставимы. В возрастной группе старше 45 лет показатели предшествующе-текущего типа течения ПТСР превосходят показатели предшествующего типа течения, особенно эти соотношения выражены на третьем и четвертом этапах обследования (достоверность межгрупповых различий: $\chi^2=140,204$ при $p<0,001$; $r_s=0,364$ при $p<0,01$).

Обсуждение. Полученные нами результаты показывают высокий уровень распространенности ПТСР среди населения Чеченской Республики, проживавшего в зоне военных действий (31,2 %). Этот вывод подтверждается и результатами обследо-

вания контрольной группы, не подвергавшейся воздействию стрессовых факторов военного времени, в которой распространенность ПТСР составила 3,6 %. Распространенность ПТСР напрямую зависела от количества и качества стрессовых событий, после прекращения военных действий частота ПТСР снижается до уровня показателей на территории, где не происходило военных действий.

Высокий уровень распространенности ПТСР среди населения, проживающего в зоне военных действий, подтверждается рядом популяционных исследований, проведенных в других странах, где проходили военные действия [18-20, 23-25, 32], что свидетельствует о значительной силе патогенного воздействия факторов военного времени на психическое здоровье населения. С другой стороны, мирное население часто оказывается между противоборствующими сторонами, однако в отличие от комбатантов не имеет специальной тренировки и навыков по выживанию в условиях военного времени, не имеет оружия для самозащиты и мандата на его применение. Осознание собственной незащитности, высокий уровень переживания за своих близких, свое имущество, равно как и резкое ухудшение социально-бытовых условий, значительно снижают индивидуальную сопротивляемость стрессовым факторам и повышают риск развития ПТСР.

Вместе с тем далеко не у всех людей, переживших психотравмирующие события, формируется ПТСР, несмотря на наличие отдельных его признаков. Как считает В.Н. Краснов (2005), протрагированные реакции при возможной общности отдельных проявлений, в частности повторных воспоминаний, представлений трагических событий, никак не могут быть отнесены к ПТСР в силу отсутствия очевидных личностных изменений, сохранности на данном этапе конструктивных социально ориентированных связей с окружением. По данным нашего исследования, 67,7 % обследованных пережили психотравмирующие события, по своей силе могущие вызвать ПТСР, из которых 55,6 % испытывали возврат неприятных воспоминаний о пережитом событии, а 43,7 % пытались избегать мыслей или чувств, связанных с травмой, однако полная клиническая картина ПТСР

присутствовала только у 31,2 %. Таким образом, в половине случаев пострадавшие смогли совладать с психической травмой, используя индивидуальные адаптационные ресурсы и/или своевременную медико-социальную поддержку [8, 9, 31]. Однако вопрос, почему в одних случаях ПТСР развивается, а в других нет, все-таки остается открытым, несмотря на многочисленные исследования в этом направлении.

На основе метаанализа факторов риска ПТСР C.R. Brewin et. al. (2000) выделяют три категории факторов, влияющих на развитие ПТСР: 1) пол, возраст и раса; 2) образование, наличие предыдущих травм и общая неблагоприятная атмосфера в детстве; 3) менее специфичная – наследственность, жестокое обращение в детстве, психиатрический анамнез.

Женщины оказались более склонны к развитию ПТСР, чем мужчины (65,1 и 34,9 % соответственно), хотя различий в частоте пережитых психотравмирующих событий между мужчинами и женщинами не установлено. Но даже при условии, что женщины реже сталкиваются с психотравмирующими ситуациями, у них достоверно чаще формируются ПТСР, чем у мужчин [16, 28, 33, 34].

Возраст является одним из существенных факторов, влияющих на развития ПТСР, хотя это влияние освещено в литературе недостаточно. Как показывает наше исследование, с увеличением возраста растет риск развития ПТСР, а половина случаев ПТСР приходится на возрастную группу старше 45 лет. Высокая уязвимость старшей возрастной группы может быть связана со снижением адаптационных возможностей, утратой психологической пластичности, обеспечивающей преодоление последствий психической травмы [3, 4].

По данным R.C. Kessler et. al. (1995), более одной трети лиц, имевших ПТСР, даже через много лет продолжали сохранять болезненные симптомы. Согласно нашим исследованиям, через 24 месяца после формирования ПТСР у 52 % симптомы ПТСР продолжали оставаться актуальными, а через 48 месяцев – у 47 %. Эти показатели близки и к данным других популяционных исследований [27, 29, 30].

В связи с этим вполне закономерно ставить вопрос о качестве исхода ПТСР. Наши предыдущие исследования и данные настоящего исследования показывают, что в случае отсутствия своевременной помощи спонтанное выздоровление наступает только в малой доле случаев, в большинстве своем ПТСР принимает флюктуирующий характер, часто прикрываясь и маскируясь коморбидными непсихотическими психическими или соматическими расстройствами [2]. О высокой коморбидности ПТСР с другими заболеваниями свидетельствуют и данные других исследователей [13, 26, 29, 31].

Выводы. Среди населения, живущего на территории, охваченной войной, формируется высокий уровень посттравматических стрессовых расстройств, которые сохраняются длительное время, повышают риск развития коморбидных психических и соматических расстройств, приводят к социальной дезадаптации различной степени и значительно снижают качество жизни пострадавших.

Необходимость оказания за относительно короткий период времени дифференцированной медико-социальной и собственно психолого-психиатрической помощи большому числу пострадавших требует поиска новых организационных подходов с вовлечением различных уровней системы здравоохранения, в том числе первичной медицинской сети.

Литература

1. *Волошин В.М.* Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М.: Анахарсис, 2005. 200 с.
2. *Идрисов К.А.* Динамика ПТСР у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта // Соц. и клин. психиатрия. 2002. № 3. С. 34–37.
3. *Идрисов К.А., Краснов В.Н.* Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Соц. и клин. психиатрия. 2004. № 2. С. 5–10.
4. *Идрисов К.А., Краснов В.Н.* Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации. Сообщение 2: Сравнение двух этапов популяцион-

- ного исследования с интервалом 2 года ситуации // Соц. и клин. психиатрия. 2005. № 3. С. 5–11.
5. *Каменченко П.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1993. № 3. С. 95–99.
 6. *Коханов В.П., Кекелидзе З.И.* Особенности психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4. С. 120–123.
 7. *Краснов В.Н.* Методологические и организационные аспекты психиатрии катастроф // Медицина катастроф. 1995. Т. 6. № 1. С. 16–20.
 8. *Краснов В.Н.* На путях предупреждения и преодоления последствий чрезвычайных ситуаций // Амбулаторная и больничная психотерапия и мед. психология. 2004. Вып. 2. С. 146–148.
 9. *Краснов В.Н.* Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // Соц. и клин. психиатрия. 2005. Т. 15. № 2. С. 5–10.
 10. *Краснянский А.Н.* Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Синапс. 1993. № 3. С. 14–34.
 11. *Чуркин А.А., Касимова Л.Н.* Частота посттравматических стрессовых расстройств в городской популяции // Актуал. пробл. психиатрии, наркологии и неврологии: сб. науч. тр. / под ред. В.И. Михайлова, А.А. Чуркина. Хабаровск, 2001. Вып. 3. С. 354–359.
 12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition. Washington DC, 1987.
 13. *Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C., Davis G.C.* Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma // Am. J. Psychiatry. 1999. N 156. P. 902–907.
 14. *Breslau N., Davis G.C.* Posttraumatic stress disorder: The etiologic specificity of wartime stressors // Am. J. Psychiatry. 1987. N 144. P. 578–583.
 15. *Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults // Arch. Gen. Psychiatry. 1991. N 48. P. 216–222.
 16. *Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P.* Trauma and posttraumatic stress disorder in the community // Arch. Gen. Psychiatry. 1998. N 55. P. 626–632.
 17. *Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D.* Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults // J. of Consulting and Clinical Psychology. 2000. N 68. P. 748–766.

18. *Cardozo B.L., Bilukha O.O., Crawford C.A., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M.* Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan // *J. Am. Medical Assoc.* 2004. Aug. 4, 292(5). P. 575–84.
19. *Cardozo B.L., Vergara A., Agani F., Gotway C.A.* Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo // *J. Am. Medical Assoc.* 2000. Aug. 2, 284 (5). P. 569–77.
20. *Cardozo L.B., Kaiser R., Gotway C.A., Agani F.* Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo // *J. Trauma Stress.* 2003. N 16(4). P. 351–60.
21. *Davidson J.R., Hughes D., Blazer D.G., George L.K.* Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study // *Psychol. Med.* 1991. N 21. P. 731–721.
22. *Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L.* Posttraumatic stress disorder in the general population // *New Engl. J. Med.* 1987. N 317. P. 1630–1634.
23. *de Jong J., Komproe I.H., van Ommeren M., El Masri M., Araya M., Khaled N., van der Put W., Somasundram D.* Lifetime events and post-traumatic stress disorder in 4 post conflicts settings // *J. Am. Medical Assoc.* 2001. N 86(5). P. 555–562.
24. *Jong K. de , Mulhern M., Ford N., van der Kam S., Kleber R.J.* The trauma of war in Sierra Leone // *The Lancet.* 2000. Vol. 355. P. 2067–2068.
25. *Jong K. de , Mulhern M., Ford N., Simpson I., Swan A., van der Kam S.* Psychological Trauma of the civil war in Sri Lanka // *The Lancet.* 2002. Vol. 359. P. 1517–1518.
26. *Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E.* Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. N 62. P. 617–627.
27. *Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1995. N 52. P. 1048–1060.
28. *Norris F.N., Murphy A.D., Baker C.K., Perilla J.L., Gutierrez Rodriguez F., Gutierrez Rodriguez J.* Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico // *J. Abnormal Psychology.* 2003. N 112. P. 646–656.
29. *Perkonigg A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H.-U.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. N 101. P. 46–59.

30. *Perkonig A., Pfister H., Stein M.B., Höfler M., Lieb R., Maercker A., Wittchen H.-U.* Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults // *Am. J. Psychiatry.* 2005. N 162. P. 1320–1327.
31. *Rosenberg H.J., Rosenberg S.D., Wolford G.L. 2nd, Manganiello P.D., Brunette M.F., Boynton R.A.* The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical groups // *Int. J. Psychiatric Medicine.* 2000. N 30(3). P. 247–259.
32. *Scholte W.F., Olf M., Ventevogel P., de Vries G.J., Jansveld E., Cardozo B.L., Crawford C.A.* Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan // *J. Am. Medical Assoc.* 2004. Aug 4., 292(5). P. 585–593.
33. *Tolin D.F., Foa E.B.* Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research // *Psychological Bulletin.* 2006. N 132. P. 959–992.
34. *Tolin D.F., Breslau N.* Sex differences in risk of PTSD // *National Center for PTSD.* 2007. Vol. 18, N 2.

ОБРАЗ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПСИХОЛОГА И КЛИЕНТА

Ю.А. Абросимова

*Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского,
Научно-практический центр Эриксоновской коммуникации, Саратов*

Исследование социально-психологических характеристик образа интегрированной личности (ОИЛ) в контексте влияния интеграции личности на процесс общения предполагает изучение их возможностей для повышения коммуникативной компетентности. В рамках данной статьи обсуждаются преимущества психосемантического подхода в решении задач совершенствования коммуникации, вопросы определения, структуры и содержания коммуникативной компетентности, входящих в ее состав личностных качеств, выделения проблем коммуникативной компетентности, в решении которых возможно применение психосемантики ОИЛ, а также концептуальные и операциональные компоненты ОИЛ в процессе совершенствования межличностной коммуникации. Ставятся задачи дальнейшего исследования и моделирования речевой деятельности как одной из ключевых составляющих коммуникативной компетентности.

Содержание ОИЛ в имеющихся на настоящий момент исследованиях данного образа с позиций научного сознания и описания опыта личностной интеграции с позиций обыденного сознания отличается многоязычием, преобладанием символических форм над знаковыми формами выражения значений. Это и "самость" по К. Юнгу [80], и "творческая сила Я" по А. Адлеру [2], и "интеграция личности" по Ф. Перлзу [52], и "интегрированная личность" по К. Роджерсу [59], и "консолидация личности" по В.А. Ананьеву [4], и "целостная личность" по Б.С. Братусю [15]. В описании внеличностной инстанции, с которой интегрируется личность, авторы также расходятся в терминологии и содержательной интерпретации: согласно А.Б. Орлову, это "сущность" [51], в литературе по современной психотерапии М. Эриксона [79], С. Гиллигена [20] – "глубинное Я", К. и Т. Ан-

дреас – "сущность", или "внутренний источник" [5], Р. Ассаджиоли – "духовный центр" [8], у В.В. Козлова – "духовное Я" [32].

В рамках своей теоретической модели структуры образа Ф.Е. Василюк описывает интуитивно-пластические понятия, в которых доминирует чувственная ткань значения, когда субъект "непосредственным вчувствованием входит в недра идеи". При этом "напряжение между мыслью ... и ее несказанностью, отсутствием готовой формы, в которой она могла бы узнать себя, создает огромную тягу, которая вовлекает в свой поток" разнообразные средства выражения, превращая их в "знаковое сырье" [17; 9]. Именно к такой категории можно отнести ОИЛ, отличающийся широким разнообразием языковых средств описания в настоящее время.

Такое разнообразие знаковых и символических форм, безусловно, при попытках перевода порождает новые смыслы, обогащая индивидуальное и общественное сознание [39; 27]. И все же для совершенствования коммуникативного процесса как целенаправленного выражения и понимания смыслов ОИЛ в контексте проведения исследований и оказания психологической помощи необходимо оперировать более точными понятиями, символами и метафорами, связанными с данным образом.

Познание ОИЛ как семантического объекта в настоящий момент проходит стадию допонятийного обобщения. С позиций современной психолингвистики данная стадия обозначается как обобщенное представление или концепт, который состоит из континуума значений, формируется разнородными определениями [31]. По мнению Ю.С. Степанова, концепты "не только мыслятся, они переживаются" и представляют собой "пучок" представлений, понятий, знаний, ассоциаций, переживаний [68; 40]. В акте познания данного сложного образа наблюдается полифония форм репрезентации значений: вербального и образного, модального и амодального, равно как и разнообразие соответствующих им языковых форм.

Главная проблема исследования социально-психологических характеристик образа интегрированной личности – это проблема перехода с первичных форм языка, характерных для ос-

воения новых областей познания, к понятийным формам научного осознания данной области, с символической системы языкового кодирования к знаковой системе научных понятий, что необходимо для корректного проведения дальнейших научных исследований и продуктивного обмена их результатами. При использовании полученных результатов в контексте коммуникации с людьми – носителями т.н. обыденного сознания, необходим обратный переход на символический язык метафор, сравнений, аналогий, улучшающий процессы понимания и вхождения в актуальное состояние взаимодействия со своей сущностью или интеграции личности. Следовательно, применительно к ОИЛ необходимо моделирование речевой деятельности, допускающей структурные взаимосвязи и "различные формы отношений" [53; 48] символов (образов) и научных терминов (системы понятий).

Психосемантический подход к исследованию социально-психологических характеристик ОИЛ дает возможность исследовать структуру и содержание социальных представлений об интегрированной личности участников межличностной коммуникации. Обращение автора к психосемантике продиктовано заложенной в ее методологическом основании возможностью преодолеть противостояние субъектного и объектного подходов к изучению человека, рассматривая его "не как набор объективных характеристик в пространстве диагностических показателей, а как носителя определенной картины мира, как некоторый микрокосм индивидуальных значений и смыслов" [54; 47]. Психосемантика позволяет изучать системы значений ОИЛ применительно к разным контекстам деятельности и культуры коммуникантов.

Методический аппарат психосемантики как отрасли психологического знания на данный момент является достаточно разработанным для его применения к объекту исследования. Существуют современные психосемантические методики контент-анализа [74], а также методы построения семантических пространств [7, 53, 76, 77, 78] и статистической обработки данных [25, 45, 65].

Определенным препятствием к проведению психосемантических исследований в данной области является общепризнанная "невыразимость переживаний", испытываемых человеком в момент интеграции личности, которые обозначаются как трансперсональные, выходящие за пределы "Я" состояния. Исследователи высказывают опасения потерять истину при обозначении ее словом, перешагнуть из семантических полей сознания, построенных на словесно-дискретной основе, в семантические поля бессознательного, фундамент которых составляют метафорические тексты. По мнению Ю.М. Лотмана, "такой образ ... легче протанцевать, чем рассказать, нарисовать, слепить или построить, чем логически эксплицировать. Работа правого полушария головного мозга здесь оказывается первичной. Однако первые же опыты самоописания этой структуры неизбежно вводят словесный уровень" [39; 335].

Действительно, объект данного исследования может быть репрезентирован субъекту через действие, образ или знаковую форму. Поэтому теоретически возможно построение семантических пространств, структурирующих все эти формы репрезентации. Но, во-первых, наиболее разработанной в плане формализации является знаково-вербальная форма и, во-вторых, использование специальных процедур, направленных на осознание состояний интеграции посредством их вербализации, позволяет участнику коммуникации облегчить к ним в дальнейшем самостоятельный доступ [43]. Точность передачи смыслов и оптимальный контекст их трансляции (атмосфера общения) являются основными факторами успешности личностной интеграции.

Коммуникативный мир личности является жизненным пространством ее роста [29; 35] и реализации [55], общение является фундаментальной характеристикой людей как социальных существ [84; 116], рассматривается как универсальная реальность, в которой субъект существует в течение всей жизни [36], в общении формируются высшие психические функции [18] и структура "Я" [59]. Поэтому проблема развития коммуникативной компетентности как интегральной характеристики взаимодействия личности со своим окружением становится особенно актуальной.

Тема коммуникативной компетентности освещается во многих работах отечественных и зарубежных авторов [13, 24, 25, 40, 44, 46, 49, 55, 56, 58, 64, 81, 82] и др.. Одно из первых употреблений термина "коммуникативная компетентность" (существует неопределенность толкований данной категории в отечественном научном сознании, связанная с особенностями перевода: английское "communicative competence" обозначается как "коммуникативная компетенция" и как "коммуникативная компетентность") мы находим в лингвистике: Д. Хаймс [83] использует его в качестве альтернативы понятию идеального коммуниканта как образца речевого совершенства, лингвистической точности, введенному Н. Хомским [73]. Принципиальным отличием коммуникативно компетентного субъекта от идеального коммуниканта является акцент на способности первого эффективно использовать язык в постоянно меняющихся социальных ситуациях. В целях разграничения понятий "коммуникативная компетенция" и "коммуникативная компетентность" представляется целесообразным рассматривать первое как систему языковых и речевых знаний, навыков и способностей, обеспечивающую возможность коммуникации, а второе – как результат их сформированности, интегративные личностные качества, обеспечивающие успешность коммуникативной деятельности.

В психологии коммуникативная компетентность рассматривается как ориентированность в различных ситуациях общения, основанная на знаниях, навыках, умениях, чувственном и социальном опыте человека в сфере межличностного взаимодействия [24], как сложное образование, в которое входят знания, социальные установки, умения и опыт в области межличностного общения [55], а также система внутренних средств регуляции коммуникативных действий [50]. В социальной психологии коммуникативная компетентность определяется как сложное образование, интегрирующее в себе компетентность в межличностном восприятии и межличностном взаимодействии [50], определенный уровень опыта межличностного общения и навыков взаимодействия с окружающими, который необходим субъекту, чтобы, используя свои способности и социальный статус, успешно реализовывать себя в обществе.

Критерии коммуникативной компетентности проявляются на трех уровнях адекватности партнеров по общению: коммуникативном, интерактивном и перцептивном, которые обеспечивают полноту и многообразие их самовыражения и взаимопонимания. Обладающий коммуникативной компетентностью индивид достигает своих целей в общении, произносит в нужный момент нужные слова и не произносит ненужных [40].

Источниками приобретения коммуникативной компетентности выступают соционормативный опыт культуры, знание языков общения, опыт межличностного общения, опыт восприятия искусства [63], каждому из них свойственны свои формы трансляции смыслов [38].

Таким образом, коммуникативная компетентность является интегральной социально-психологической категорией, регулирующей систему отношений человека к природному и социальному миру и самому себе как синтезу обоих миров [6], которая проявляется в адаптивности субъекта, владении им средствами общения, адекватном отражении эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферы другого человека и прогнозировании ситуации коммуникации.

В структуре коммуникативной компетентности выделяются поведенческие, когнитивные, аффективные, информационные, регулятивные составляющие, уровни коммуникативных знаний, умений, навыков, способностей и личных качеств [6]; уровни врожденных предпосылок, сформированных черт характера, речевого мышления, жанрово-ролевой и культурно-речевой компетенции [64]. В соответствии с задачами нашего исследования категории знаний, умений и навыков можно отнести к сфере социально-нормативных коммуникативных характеристик; категории способностей и личных качеств – к сфере личностно ориентированных; и качества, способствующие субъект-субъектному актуализационному и духовному общению [48], – к сфере сущностно ориентированных коммуникативных характеристик. Рассмотрим подробнее содержание каждого из уровней обозначенной нами структуры.

Социально-нормативные характеристики: знания, умения, навыки, входящие в состав коммуникативной компетентности,

базирующиеся на обучении, воспитании, знании психологии и этики, – способствуют совместной работе с другими людьми, точному восприятию окружающих и самовосприятию в процессе общения. Коммуникативная компетентность на данном уровне предполагает владение нормами общения, поведения, усвоение этно- и социально-психологических эталонов и техник общения [28]. С точки зрения С.Н.Лютовой, нормативные составляющие коммуникативной компетентности являются необходимыми, но не достаточными ее элементами и включают в себя: умение говорить на языке и доходчиво изъясняться невербально; соблюдение обычаев и норм этикета, характерных для данной страны, социальной группы, компании, конкретного собеседника; личностные и социальные характеристики (внешняя привлекательность, коммуникабельность, статус); коммуникативные навыки начала и поддержания разговора, умение соглашаться и отказывать, чувство границ неуверенного – уверенного – агрессивного поведения и границ между деловой, светской и личной беседой. Достаточные составляющие коммуникативной компетентности – это умения: активного слушания; безошибочности атрибуций в общении; владение коммуникативными техниками [40]. Согласно А.А. Леонтьеву и В.А. Якунину, коммуникативные знания и практические умения, способствующие успешной коммуникации, – это владение социальной перцепцией, пониманием собеседника, презентационные навыки в общении, навыки построения речи, речевого и неречевого контакта [37, 82]. Рассматривая общение как вид деятельности, Л.А. Петровская выделяет умение ставить и решать коммуникативные задачи: определять цели коммуникации, оценивать ситуацию, учитывать намерения и способы коммуникации партнера (партнеров), выбирать адекватные стратегии коммуникации, быть готовым к осмысленному изменению собственного речевого поведения [55].

Повышение социально-нормативного уровня коммуникативной компетентности позволяет субъекту устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми [44], выбирать оптимальные коммуникативные стратегии, понимать и быть понятым в общении. Вербальным воплощением данного

уровня компетентности являются освоенные речевые навыки и средства коммуникации, а также умение делать выбор речевых средств, оптимальных для определенной ситуации общения.

Личностно ориентированные составляющие коммуникативной компетентности объединяют в себе коммуникативные способности и коммуникативные личностные качества. Коммуникативные способности – это индивидуальные особенности личности, являющиеся субъективными условиями успешности деятельности общения, которые проявляются в быстроте, глубине и прочности овладения способами и приемами общения. Основными коммуникативными способностями являются: способность давать социально-психологический прогноз коммуникативной ситуации, в которой предстоит общаться; социально-психологически программировать процесс общения, опираясь на своеобразие коммуникативной ситуации; осуществлять социально-психологическое управление процессами общения в коммуникативной ситуации [63]. Для достижения сходства восприятия коммуникативной ситуации особенно значимы способности передачи и принятия информации, базирующиеся на овладении средствами коммуникации (вербальными, паравербальными, невербальными) и личностного воздействия. Коммуникативные способности определяют выбор оптимального соотношения спонтанности и актерства в своем поведении в каждой конкретной ситуации, предъявление текста (продукта индивидуальной активности, доступного отчуждению в вербальной форме, как совокупности знаков) и самопрезентацию (личного стиля, личностных смыслов, мотивов деятельности коммуниканта) в процессе передачи сообщения [40].

Личностные качества, входящие в состав личностно ориентированного уровня коммуникативной компетентности, являются предметом многих исследований [3, 12, 30, 36, 47, 55]. В число основных качеств данного уровня входят социальная чувствительность, социальная наблюдательность, рефлексивность [82], осознание собственной мотивации и целей в ситуации общения; доверие себе, индивидуальный стиль, осознание и прогнозирование развития ситуации общения; риторическое мастерство как свидетельство зрелости целостной личности [40].

Развитие коммуникативных способностей и качеств лично-стно ориентированного уровня коммуникативной компетентности позволяет субъекту варьировать размер круга общения и глубину контактов, осуществлять прогностические и регулятивные функции, в том числе регулировать точность информации, использовать методы личного воздействия, реализовывать и совершенствовать аффективные и когнитивные составляющие общения. Вербальным выражением данного уровня коммуникативной компетентности является мастерство речи как целостной системы языковых средств, адекватных и действенных в конкретной коммуникативной ситуации.

Социально-нормативные и лично-стно ориентированные характеристики образуют коммуникативную компетентность в широком круге социальных ситуаций личного и профессионального субъект-объектного общения, в то время как сущностно ориентированные характеристики присущи общению субъект-субъектному, характерному для глубоких межличностных отношений и контекста социономических профессий. Именно изучение состава сущностно ориентированного уровня коммуникативной компетентности обнаруживает то проблемное поле, в котором применение исследуемой нами психосемантики ОИЛ представляется наиболее плодотворным. Более подробное рассмотрение содержания данного уровня коммуникативной компетентности и основных проблем его развития осуществляется применительно к ситуациям общения в рамках социономических профессий, в частности в контексте деятельности психолога-консультанта.

Сущностно ориентированные компоненты коммуникативной компетентности формируются в контексте близких межличностных отношений и наиболее полно освещаются в работах экзистенциально-гуманистического направления. Автор концепции гуманистического психоанализа Э. Фромм рассматривает отношения любви как единственный источник разрешения противоречий между потребностью человека в укоренении, общей системе ориентиров с обществом, и потребностью в индивидуализации, свободе от влияния общества. Отношения зрелой любви требуют созревания личности, преодоления ею эгоцен-

тризма, что позволяет воспринимать потребности и цели другого человека столь же значимыми, как свои собственные, занимать в данных отношениях активную созидательную позицию.

С точки зрения гуманистического роджерсианского подхода близкие взаимоотношения обретают прочность, долгосрочность и осмысленность при условии постоянного выполнения обязательств, выражения чувств, отрицания специфических ролей и способности участвовать во внутренней жизни другого [71]. Выражая партнеру свои чувства и смыслы в попытках раскрыть природу своей сущности, субъект отказывается от масок, живет в соответствии с собственными ценностями, осознавая все общественные законы, транслирует и принимает всю гамму смыслов и ценностей в межличностном общении, поддерживая себя и партнера в процессе становления истинной личности [61]. Помехами в развитии способности к такого рода коммуникации являются требование признания заслуг как потребность в любви в ответ на соответствие привлекательным для окружающих ценностям и, как следствие, отрицание несоответствующих им аспектов "Я", развитие ложного образа "Я", противоречие между истинным "Я" и искусственно созданной "хорошей" Я-концепцией [60].

Одной из ключевых в развитии человека является ситуация межличностного общения младенца и взрослого, в которой они рассматриваются как со-субъекты [38; 401], и основными качествами, необходимыми взрослому в данном контексте, являются умение чутко улавливать и поддерживать все проявления активности ребенка, передавать ему инициативу во всех точках действия, в каких тот может ее проявить [69; 66], а "для активности ребенка открыт только один путь к внешнему миру – путь, пролегающий через другого человека" [19; 305]. Взаимоотношения ребенка и взрослого в такой ситуации, характеризующиеся как "событие" [66], также реализуются на сущностном уровне коммуникации, в котором образ младенца для взрослого символизирует "великую будущность", а образ взрослого для младенца – "великое вселенское" [29; 14], что становится доступным лишь в контексте эмпатийного принятия, единения и целостности со-субъектов. Содержание и качество данного общения во многом

определяет дальнейшее становление личности и реализацию ее коммуникативного потенциала.

В процессе своего развития субъект вступает во взаимоотношения с различными социальными структурами и их представителями, в контексте общения с которыми происходит обмен смыслами как личностными проекциями значений, транслируемыми данными структурами, формирование социального и, в частности, профессионального статуса субъектов общения. В категории социономических профессий (воспитателей, преподавателей, административных и социальных работников и т.п.) такого рода общение является основным содержанием профессиональной деятельности, и поэтому требования к их коммуникативной компетентности особенно высоки.

В содержание сущностно ориентированного уровня коммуникативной компетентности профессий "человек–человек" входят: умение вживаться в чужую психику, но не растворяться в ней, чувство такта и интуиция [62], дух альтруизма, моральная поддержка окружающих в жизни и на работе, умение прощать, сочетание силы характера, ясности ума, воли и интеллекта, интерес и любовь к работе как осознанный акт доброй воли, поднимающий человека до высокого уровня понимания и инсайта [35]. Представитель человековедческой профессии обязан использовать индивидуальный подход к каждому субъекту, с которым вступает во взаимодействие, отождествляться и разотождествляться с внутренними мирами других людей [11]. Такое явление становится возможным лишь при условии гармонизации основных составляющих личности, задействованных в профессиональной коммуникации, а именно: убеждений как мировоззренческой позиции и увлеченности своим делом; переживаний – их ценности и адекватного выражения и понимания у себя и у других; представлений о себе и развивающих влияний на предмет своей деятельности в процессе общения [51; 164]. Многие из вышеназванных характеристик входят в состав обязательных требований к категории социономических профессий [41], но их присутствие в профессиограммах не гарантирует сохранности целостной личности профессионала: обязанность и

даже стремление соответствовать высоким эталонам может приводить его к личностным деформациям.

Существует ряд проблем на пути сохранения и развития сущностно ориентированных составляющих коммуникативной компетентности в профессиях "человек–человек". Согласно С.П. Безносову, субъект как представитель человековедческой профессии должен вживаться в логику существования и функционирования своего предмета труда и длительное время жить в рамках иногда чуждой ему логики, в результате чего специфическое содержание (например, мотивы и способы асоциального поведения заключенных как предмет исследования сотрудника пенитенциарного учреждения) данного предмета деформирует сознание субъекта-профессионала [11]. По мнению Э.Ф. Зеер, профессиональные деформации нарушают целостность личности, в ней развивается целый ряд защитных реакций, среди которых наибольший интерес для нашего исследования представляет поведенческий трансфер как результат эмпатического присоединения, уподобление себя собеседнику [27].

Как замечает О.П. Шамонина, последствия профессиональной деформации в первую очередь зависят от готовности личности к таким испытаниям, как ее профессиональное деформирование, знаний о методах ее профилактики и преодоления [75]. В число психологических методов данного направления входят рефлексия специалистом своей профессиональной деятельности, формирование альтернативных сценариев профессионального и личностного роста, принятие психологической помощи в рамках тренингов и консультаций, овладение методами самопомощи в целях коррекции и дальнейшего становления личности профессионала путем принятия всех проявлений своего "Я" и интеграции его с профессиональной Я-концепцией.

Профессиональная коммуникативная компетентность психолога-консультанта включает в себя наиболее обширный пласт сущностно ориентированных характеристик. Согласно С. Глэддингу, "консультантам необходимы такие личностные качества, как зрелость, способность к эмпатии и душевность. Они должны быть альтруистами по духу и обладать устойчивостью к неудачам и фрустрации. К сожалению, так бывает не всегда" [21; 46].

Он подчеркивает важность работы консультанта над своей профессиональной идентичностью, в которой происходит непрерывная оценка себя и своей деятельности, среди качеств, необходимых для сущностной коммуникации, он выделяет эмпатию и понимание, способность к самопожертвованию и толерантность к близким отношениям. Среди качеств, обуславливающих эффективную работу консультанта на протяжении длительного времени, Глэддинг указывает "устойчивость, гармоничность, постоянство и целеустремленность". Он отмечает, что успешные консультанты сами растут духовно и способствуют духовному росту других "на личностном и глобальном уровне", обладают "духовной сенситивностью": контролируют свои "пристрастия, умеют слушать, обращаться за разъяснениями, учитывать при общении расовые и культурные различия людей" [Там же]. Данные составляющие коммуникативной компетентности, равно как и трудности их развития, будучи универсальными для коммуникации психолог – клиент, приобретают свое специфическое содержание в отдельных психологических школах и направлениях консультирования, окрашиваясь основными смыслами их концептуальной базы. Особое внимание сущностным и духовным измерениям психотерапевтической коммуникации уделяется в экзистенциально-гуманистическом подходе.

Системообразующим качеством сущностной коммуникации в рамках роджерсианской психотерапии является межличностное или феноменологическое понимание, основанное на эмпатии с целью осознать опыт другого человека именно так, как он его сам пережил [72; 363], понять мысли, чувства и внутренние противоречия клиента с его точки зрения [Там же; 365]. Внутренний мир консультируемого также обогащается благодаря межличностному феноменологическому знанию, переживанию "Я" терапевта, его смыслам и самопониманию. Поэтому от клиентцентрированного терапевта требуется аутентичность, искренность, конгруэнтность как согласованность переживания, осознания, сообщения о нем другим и его поведенческих проявлений, безусловное позитивное отношение к клиенту несмотря на его деструктивное поведение [60]. Как замечают Р. Фрейджер и Д. Фэйдимен, многие роджерсианские терапевты признают, что

часто оказываются неспособными поддерживать в своей работе такое качество понимания [72; 365]. К. Роджерс отмечал, что если клиент хотя бы в малой степени воспринимает безусловное позитивное отношение терапевта, то при условии всех вышеприведенных факторов происходят позитивные терапевтические изменения [85]. Следовательно, развитие в себе такого рода отношения путем осознания и интеграции противоречивых тенденций своей личности является одной из важнейших задач клиент-центрированного консультанта. Прогнозируя социальные последствия своего подхода, К.Роджерс писал, что мир станет более человечным и гуманным, "появятся люди более интегрированные и цельные" [цит. по 72; 372].

Автор экзистенциального подхода к глубинному общению Д. Бьюдженталь подчеркивает, что необходимыми для его осуществления качествами консультанта-фасилитатора являются глубокое чувство ответственности, сострадание при возможности твердой конфронтации, уважение к знаниям без зависимости от них, интуиция и готовность постоянного самосовершенствования. Говоря о необходимости опираться на собственный жизненный опыт в консультативной работе, он отмечает особую ценность зрелости личности фасилитатора, определяемой качеством и глубиной проживания, осмысления и освоения своего жизненного опыта [16].

Обилие межличностных контактов с людьми, имеющими психологические проблемы, вызывает ряд трудностей принимающего общения у консультантов-психологов и психотерапевтов. Необходимость работать с любыми клиентами при любых обстоятельствах снижает их личностную защищенность, формируя диссоциативные переживания [67].

Сохранению цельности личности консультанта в условиях глубинного сущностного контакта с клиентом способствует, в частности, развитие в себе качества смысловой эмпатии, которая проявляется в принятии смысловой сферы другого человека, признании значимости для него выражения индивидуализированных смыслов. В рамках смысловой эмпатии консультант принимает смысловую оценку консультируемого, не подразумевающую смысловой идентификации с ней [1; 22]. На системном

уровне решение проблемы развития сущностно ориентированных качеств психолога-консультанта обнаруживается в пространстве его онтокоммуникации [9], где он являет свою сущность и помогает проявиться сущности других людей во взаимно обогащающем моменте со-бытия с ними [10]. Терапевтический аспект этой коммуникации состоит в интегрирующем и мощном эффекте упорядочивания и придания смысла дезорганизованному состоянию психики клиента [14]. Для построения данного общения необходим поиск специальных языковых форм, выражающих феноменологию транслируемых коммуникантами глубинных смыслов, и некоторые из задач данного поиска решаются в русле психосемантического исследования социально-психологических характеристик ОИЛ, а именно специфики данного образа для носителей обыденного и научного сознания.

Таким образом, основными сущностно ориентированными характеристиками, слагающими коммуникативную компетентность, являются любовь как ориентация характера, установка на безусловное принятие партнера по общению, поддержание взаимоотношений открытости и со-бытия, выражение и понимание своих и его чувств, смыслов и ценностей, гармоничная эмпатия, отождествление и разотождествление с внутренними мирами других людей, гармонизация мировоззренческих убеждений, переживаний, Я-концепции и стратегий влияния на других, духовная сенситивность как самоконтроль и толерантность в общении, аутентичность, конгруэнтность, ответственность, интуиция, способность к состраданию и потребность в самосовершенствовании.

На пути развития данных качеств необходимо решать целый ряд проблем, в частности отказ от ложных самоотождествлений, преодоление конфликта между истинным "Я" и искусственной Я-концепцией, преодоление эгоцентризма и созревание личности, для которой потребности своего и другого "Я" равноценны, выбор оптимального выражения чувств по поводу негативных качеств партнера, преодоление личностных деформаций как результата профессиональной социономической деятельности, снятие диссоциативных переживаний, овладение смысловой эм-

патией, построение и развитие онтокоммуникации как контекста трансляции глубинных смыслов.

Изучение возможностей социально-психологических характеристик ОИЛ в решении проблем коммуникативной компетентности сопряжено с поиском его смысловых инвариантов или значений. Адекватная трансляция смыслов исследуемого образа происходит благодаря созданию поля общих смыслов [38], в котором данный образ выступает как разделенная реальность для участников коммуникации. Такое явление становится возможным благодаря доступности и узнаваемости данного феномена для каждого субъекта. Чувственная ткань ОИЛ находит свое выражение в языке сущностных переживаний. Для человека в принципе невозможна утрата своего подлинного "Я" (сущности, или самости) [51]. Основные признаки интеграции личности "развиваются рано" и "сохраняют непрерывность в процессе индивидуального развития" [57; 389].

По наблюдениям А. Маслоу, самоактуализационный опыт доступен всем "вполне заурядным" людям [42; 124]. Доступ к ключевым переживаниям интеграции личности с помощью специальных психотехник [23] обнаруживает в содержании чувственного компонента ОИЛ значимые воспоминания ранних (вплоть до эмбриональных) периодов детства. Возможно, ИЛ как феномен возникает на ранних стадиях онтогенеза либо изначально присущ субъекту, может подспудно развиваться в нем на протяжении жизни и проявляться в сознании при определенных условиях. Ассоциации ОИЛ с детскими воспоминаниями имеют свою онтогенетическую обусловленность: ОИЛ, будучи естественным контекстом детского существования, может быть забыт в процессе социализации и затем воссоздан в памяти в знаковые, критические моменты взрослой жизни.

По мнению В.В. Козлова, переход в расширенные состояния сознания (РСС), сопровождающие процессы личностной интеграции и являющиеся маркерами обретения психодуховного опыта, возможен в любой момент времени [33]. В.И. Кабрин обозначает опыт интеграции как ноэтический и обнаруживает знакомство его содержания и доступность освоения для любого участника разработанных им тренингов [29; 136, 155, 162].

Опора участников коммуникации на разделяемые ими смыслы ОИЛ способствует синхронии процессов внутренней коммуникации со своим актуализирующимся "Я" и коммуникации внешней, поддерживающей самоактуализацию партнера, обеспечивает полноту включенности [48] и понимания коммуникантов в процессе общения при сохранении индивидуального вектора становления и развития каждого из субъектов.

Коммуникативная компетентность участников данного процесса предусматривает гибкий выбор стратегий и уровней коммуникации с ориентацией на наивысший из возможных в данной ситуации [48], а также использование психосемантики ОИЛ и специфики его языкового выражения. Данные условия способствуют продвижению к сущностной коммуникации, особенно значимой для взаимоотношений "психолог–клиент".

Диалогическая модель данного взаимодействия базируется на идеях М.М. Бахтина о диалоге как базовом условии бытия, сознания и самосознания человека [10] и предусматривает внутреннюю и внешнюю диалогичность коммуникантов [34]. Использование психосемантики ОИЛ помогает озвучить коммуникантам свои внутренние диалоги благодаря единству значений и их языкового выражения, снимая психологические барьеры на пути личностной интеграции.

Модель триалога, предполагающая включенность позиции наблюдателя в коммуникативный процесс "психолог–клиент" [51] вносит в данный процесс элементы дополнительного анализа и обучения. Данная модель позволяет расширить спектр используемых языковых средств выражения ОИЛ, дополняя традиционно используемые в ней языки движений, символов и состояний [33] языком знаков, доступных в аналитической позиции внутреннего и внешнего наблюдателя, входящих в содержание уровня универсалий и обобщенных категорий ОИЛ. Основным инструментом психокоррекционного взаимодействия в данном контексте остается личность консультанта, целостность которой, как отмечал К. Роджерс [60], во многом обуславливает качество процесса и результата психотерапевтической коммуникации.

Теоретические исследования ОИЛ делают доступными его смыслы и значения для научного сознания, позволяют моделировать процедуры интеграции личности. Освоение данных процедур происходит в контексте взаимодействия научного сознания психолога и обыденного сознания клиента и требует моделирования речевой деятельности, предусматривающей разнообразие стратегий и языков общения. Данная модель, обеспечивая динамичную смену языка описания от дознакового к знаковому [70], использует адекватный предмету исследования язык образов и целостных переживаний и может применяться в социальных ситуациях психокоррекционного взаимодействия.

Учитывая состояние научного познания в исследуемой области, соответствующее стадии прохождения от чувственного конкретного к абстрактному в изучении ОИЛ как органического целого и недостаточную развитость самого объекта (многие личности далеки от интеграции), необходимо применить в его познании сначала движение от конкретного к абстрактному (анализ и нахождение ключевых элементов, в данном случае категорий, в процессе контент-анализа), а затем уже переходить к этапу синтеза – восхождения от абстрактного к конкретному путем моделирования реальной речевой деятельности в процессе освоения ОИЛ методом построения семантических пространств как метаязыка описаний данного образа.

В связи с этим процесс психосемантического исследования образа интегрированной личности в контексте коммуникативной компетентности строится аналогично естественному ходу формирования представлений и понятий. Рассматривая структуру знания как категориальную сетку сознания, В.Ф. Петренко отмечает, что первоначально для ее формирования используется "подручный материал бытовых представлений и образов", которые в случае их идеальности, превращаются сначала в метафору "полупоэтического видения" и лишь затем образуют взаимосвязи и отношения, вбирая в себя эмпирический материал, в результате чего "становятся понятиями, позволяющими научное осознание новой области" [53; 27].

В контексте движения от конкретного к абстрактному на первом этапе нами исследовались стенограммы актуальных пе-

реживаний процесса и результата интеграции, затем тексты публикаций по практической психологии и психотерапии, отражающие представления специалистов помогающих профессий об ОИЛ, и тексты теоретических исследований данного феномена. Проводились категоризация выявленных лексических единиц ОИЛ, определение семантических универсалий и объединение их в интегральные категории-факторы.

Восхождение от абстрактного к конкретному осуществлялось в рамках конструирования семантических пространств как универсального языка данного образа, обнаружения основных закономерностей полученных моделей речевой деятельности и разработки рекомендаций по практическому применению результатов проведенных исследований в контексте межличностной коммуникации "психолог–клиент".

Таким образом, исследование социально-психологических характеристик образа интегрированной личности направлено на обнаружение смысловых инвариантов или значений, составляющих единое смысловое поле носителей обыденного и научного сознания, позволяет изучить основные компоненты содержания различных уровней структуры данного образа, и на их основе построить модель речевой деятельности, оптимизирующей процессы межличностной коммуникации в контексте оказания социально-психологической помощи.

Содержание ОИЛ в его научных определениях отличается характерным для новых областей познания многоязычием, в то время как для корректного проведения исследований и целенаправленного оказания психологической помощи необходимо оперировать более точными понятиями, символами и метафорами, связанными с данным образом.

Проанализированы основные личностные качества, способности и навыки в структуре коммуникативной компетентности и проблемы ее повышения в контексте взаимодействия "психолог–клиент". Проблемы повышения коммуникативной компетентности в данном контексте общения связаны с трансформацией личности в направлении реализации потребностей партнера по коммуникации, глубинного исследования его ценностей и смыслов, погружением в его "проблемное поле" при игнориро-

вании собственных потребностей и других аспектов внутреннего мира. Как следствие наблюдаются личностные и профессиональные деформации, потеря целей и смыслов общения, дезориентация в выборе оптимальных речевых стратегий.

Использование вербальной психосемантики ОИЛ как разделяемой реальности общего смыслового поля участников коммуникации происходит благодаря его доступности и узнаваемости коммуникантами, позволяет гармонизировать процессы внутренней и внешней согласованности общающихся, регулирует их отношения в направлении актуализационного общения, придающего индивидуальный вектор становления и развития каждому из субъектов.

Операциональная сторона вербальной психосемантики ОИЛ структурирует и дополняет содержание речевых навыков общающихся, помогает им "сократить путь" к сущностной коммуникации. Профессиональная коммуникация "психолог–клиент" как один из вариантов коммуникативного процесса в русле диалогического и триалогического подхода обогащается интегративными речевыми стратегиями на основе психосемантики исследуемого образа.

ОИЛ обнаруживает свое теоретическое значение в процессе осознанного освоения его смыслов в контексте научной концептуализации его содержания, а также прикладное значение – в процессе стихийного освоения смыслов данного образа в контексте общения "психолог–клиент". Выявляемые в ходе психосемантического исследования социально-психологические характеристики ОИЛ позволяют разработать рекомендации по оптимизации процессов развития коммуникативной компетентности в ситуациях психокоррекционного взаимодействия.

Литература

1. *Абакумова И.В.* Обучение и смысл: смыслообразование в учебном процессе: (Психолого-дидактический подход). Ростов н/Д, 2003. 480 с.
2. *Адлер А.* Наука жить. Киев, 1997.
3. *Ананьев Б.Г.* Строение характера // Психология индивидуальных различий: тексты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982.

4. *Ананьев В.А.* Введение в потрясающую психотерапию // Журн. практ. психолога. 1999. № 7-8.
5. *Андреас К., Андреас Т.* Сущностная трансформация. Воронеж: МОДЭК, 1999. 320 с.
6. *Апиш Ф.Н.* Формирование иноязычной коммуникативной компетентности младших школьников на основе интегративного подхода / Ф.Н. Апиш, А.П. Александренко; Адыг. гос. ун-т; Науч.-метод. центр; УИЛ моделирования и развития систем образования. Майкоп: Аякс, 2005. 154 с.
7. *Артемяева Е.Ю.* Психология субъективной семантики. М., 1980.
8. *Ассаджиоли Р.* Психосинтез: принципы и техники. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
9. *Батищев Г.С.* Найти и обрести себя. Особенности культуры глубинного общения // Вопр. философии. 1995. № 3. С. 103-129.
10. *Бахтин М.М.* Проблемы поэтики Достоевского. Киев: NEXТ, 1994. 511 с.
11. *Безносос С.П.* Профессиональная деформация личности. СПб.: Речь, 2004. 272 с.
12. *Болотова А.К., Жуков Ю.М., Петровская Л.А.* Социальные коммуникации. М.: Гардарики, 2008. 536 с.
13. *Бордовская Н.В.* Педагогика: учеб. для вузов / Н.В. Бордовская, А.А. Реан. СПб.: Питер, 2000. 304 с.
14. *Боуэн М.В.-Б.* Духовность и личностно центрированный подход // Вопр. психологии. 1992. № 3. С. 24-33.
15. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1998.
16. *Бьюдженталь Дж.* Искусство психотерапевта. СПб.: Питер, 2001. 304 с.
17. *Васильюк Ф.Е.* Структура образа (К 90-летию со дня рождения А.Н. Леонтьева) // Вопр. психологии. 1993. № 5. С. 5-19.
18. *Выготский Л.С.* Мышление и речь. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.
19. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6 т. М.: Педагогика, 1984. Т. 4. 433 с.
20. *Гиллиген С.* Терапевтические трансы: руководство по эриксоновской гипнотерапии. М.: НФ "Класс", 1997.
21. *Глэддинг С.* Психологическое консультирование. СПб.: Питер, 2002. 736 с.
22. *Григорьева-Рудакова О.А.* Специфика смысловой эмпатии и проблема ее развития в процессе педагогического взаимодействия преподавателя и студентов технического университета // Преподаватель высшей школы в XXI веке: Материалы междунар. науч.-

- практ. конф., 2009-2010 гг. Режим доступа: <http://www.t21.rgups.ru/doc2010/4/08.doc>.
23. *Гроф С.* Надличностное видение: целительные возможности необычных состояний сознания. М.: АСТ, 2002. 240 с.
 24. *Емельянов Ю.Н.* Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетенции: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб, 1992. 36 с.
 25. *Ермолаев О.Ю.* Математическая статистика для психологов. М.: Моск. психол.-соц. ин-т, 2006. 336 с.
 26. *Жуков Ю.М., Петровская Л.А., Растянников П.В.* Диагностика и развитие компетентности в общении. Киров, 1991. 142 с.
 27. *Зеер Э.Ф.* Психология профессий: учеб. пособие для вузов. М.: Акад. Проект, 2005. 336 с.
 28. *Кабардов М.К., Арцишевская Е.В.* Типология языковых способностей // Способности. К 100-летию со дня рождения Б.М. Теплова. Дубна: Феникс, 1997. С. 259–288.
 29. *Кабрин В.И.* Коммуникативный мир и транскомуникативный потенциал жизни личности: теория, методы, исследования. М.: Смысл, 2005. 248 с.
 30. *Кан-Калик В.А.* Учителю о педагогическом общении: книга для учителя. М.: Просвещение, 1987. 190 с.
 31. *Карасик В.И.* Языковой круг: личность, концепты, дискурс: монография. Волгоград, 2004. 392 с.
 32. *Козлов В.В.* Духовная психология: в поисках изначального. М., 2000. 95 с.
 33. *Козлов В.В.* Психотехнологии измененных состояний сознания: методы и техники. М.: Институт психотерапии, 2005. 544 с.
 34. *Копьев А.Ф.* Диалогический подход в консультировании и проблемы психологической клиники // Моск. психотерапевт. журн. 1992. № 1. С. 33–48.
 35. *Критсонис В.А.* Психология лидерства в образовательных учреждениях // Бизнес-команда и ее лидер. М.: Интерсоциум, 2003. №8. С. 23–28.
 36. *Лабунская В.А.* Эмпатия личности // Социальная психология личности в вопросах и ответах: учеб. пособие / под ред. В.А. Лабунской. М.: Гардарики, 1999. С. 178–193.
 37. *Леонтьев А.А.* Основы психолингвистики. М.: Смысл, 2005. 288 с.
 38. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2007. 511 с.
 39. *Лотман Ю.М.* Семиосфера: культура и взрыв внутри мыслящих миров. СПб.: Искусство-СПб, 2004. 704 с.

40. *Лютова С.Н.* Социальная психология личности. Теория и практика: курс лекций. М.: МГИМО, 2002. 176 с.
41. *Маркова А.К.* Психология профессионализма. М.: Междунар. Гуманит. фонд "Знание", 1996. 304 с.
42. *Маслоу А.Г.* Психология бытия. М.: Рефл-бук: Ваклер, 1997. 304 с.
43. Методы современной психотерапии: учеб. пособие / сост. Л.М. Кроль, Е.А. Пургова. М.: НФ "Класс", 2000. 480 с.
44. *Митина Л.М.* Учитель как личность и профессионал (психологические проблемы) М.: Дело, 1994. 216 с.
45. *Митина О.В., Михайловская И.Б.* Факторный анализ для психологов. М.: Учеб.-метод. коллектор "Психология", 2001. 169 с.
46. *Михалевская Г.И.* Профессионализм обучения: учителю о коммуникативных умениях. СПб.: САГУ, 1993. 54 с.
47. *Мурдик А.В.* Социальная педагогика. М.: Академия, 2001. 192 с.
48. *Муравьева О.И.* Проблема общения и коммуникативной компетентности в контексте гипотезы о психологических пространствах существования человека // Вестн. ТГУ. 2005. № 286. С. 110–117.
49. *Обозов Н.Н.* Психология межличностных отношений. Киев, 1990.
50. Общение и оптимизация совместной деятельности / под ред. Г.М. Андреевой. М., 1987. 297 с.
51. *Орлов А.Б.* Психология личности и сущности человека: парадигмы, проекции, практики. М.: Академия, 2002. 272 с.
52. *Перлз Ф., Хейфферлин Р., Гудмэн П.* Опыты психологии самопознания. М., 1993.
53. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. М., 2005. 480 с.
54. *Петренко В.Ф.* Психосемантика сознания. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988. 208 с.
55. *Петровская Л.А.* Компетентность в общении. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989. 216 с.
56. *Прозорова Е.В.* Психологические условия развития коммуникативной компетентности // Мир психологии. 2000. № 2. С. 191–202.
57. Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. СПб: Питер, 2006. 1096 с.
58. *Реан А.А.* Психология личности: социализация, поведение, общение. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. 416 с.
59. *Роджерс К.Р.* Консультирование и психотерапия: новейшие подходы в области практической работы: монография. М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. 464 с.
60. *Роджерс К.Р.* Взгляд на психотерапию: становление человека. М.: Прогресс, 1994. 480 с.

61. *Роджерс К.Р.* Психология супружеских отношений: возможные альтернативы. М.: Эксмо, 2002. 288 с.
62. *Рубинштейн М.М.* Проблема учителя: учеб. пособие. М.; Л., 1927.
63. *Руденский Е.В.* Социальная психология: курс лекций. М.: ИНФА-М; Новосибирск: ИГАЭиУ, 1997. 224 с.
64. *Седов К.Ф.* Теоретическая модель психолингвоперсонологии // Вопросы психолингвистики. 2008. № 7. С. 12–24.
65. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2007. 350 с.
66. *Слободчиков В.И.* Психологические проблемы становления внутреннего мира человека // Вопр. психологии. 1986. № 6. С. 14–22.
67. *Станкевич Г.Л.* О диалогической природе психотерапевтических изменений // Консультативная психология и психотерапия. 1999. № 2. С. 24–47.
68. *Степанов Ю.С.* Константы: словарь русской культуры. М.: Акад. проспект, 2001. 990 с.
69. *Суворов А.В.* Экспериментальная философия. М.: УРАО, 1998. 224 с.
70. *Улыбина Е.В.* Обыденное сознание в картине мира личности: (Психосемантический подход): Дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01: Ставрополь, 1999. 368 с. РГБ ОД, 71:99-19/35-3.
71. *Фромм Э.* Ради любви к жизни. М.: АСТ, 2000. 400 с.
72. *Фрейдджер Р., Фэйдимен Д.* Теории личности и личностный рост. М., 2002. 688 с.
73. *Хомский Н.* Аспекты теории синтаксиса. М.: БГК им. И.А. Бодуэна Де Куртенэ, 1972. 258 с.
74. *Шалак В.И.* Современный контент-анализ. М.: Омега-Л, 2004. 272 с.
75. *Шамонина О.П.* Профессиональная деформация личности как актуальная проблема социологии девиантного поведения и социологии профессий // Актуальные проблемы социологической науки и социальной практики: Сорокинские чтения. 17–18 декабря 2002 года. Режим доступа: <http://lib.socio.msu.ru/library?e=d-000-00---0sor--00-0-0-0prompt-10---4-----0-01--1-ru-50---20-about---00031-001-1-0utfZz-8-&a=d&cl=CL2.1&d=HASHcd13ebbd19c58aec4e5430.3.17>.
76. *Шмелев А.Г.* Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности. М., 1983.
77. *Шмелев А.Г.* Многомерный статистический анализ в межкультурных и дифференциально-психологических исследованиях субъек-

- тивного лексикона // Стат. методы в общественных науках. М., 1982.
78. *Шмелев А.Г. Похилько В.И., Козловская-Тельнова А.Ю.* Практикум по экспериментальной психосемантике: (Тезаурус личностных черт). М., 1988.
79. *Эриксон М.* Стратегия психотерапии. СПб, 2000. 512 с.
80. *Юнг К.Г.* Исследование феноменологии самости. М.: Рефл-бук: Ваклер, 1997.
81. *Юнина Е.А.* Педагогическая риторика. Пермь: ПОИПКРО, 1995.
82. *Якунин В.А.* Педагогическая психология. СПб.: Полиус: Изд-во В.А. Михайлова, 2008. 639 с.
83. *Hymes D.* On Communicative Competence in Sociolinguistics // J.V. Pride and J. Homes, Eds. Harmondsworth: Penguin, 1973.
84. *Markova I.* Dialogicality and Social Representation. The Dynamics of Mind. Cambridge, 2003.
85. *Rogers C.* On becoming a Person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1961.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

З.А. Дагаева, О.Ю. Милушкина, С.А. Мухамадиева

Российский государственный медицинский университет, Москва

Увеличение психоэмоциональных нагрузок в ходе современного учебного процесса предъявляет высокие требования к организму школьника. Интенсивная по темпу и протяженная по длительности информационная нагрузка воздействует на организм школьника, снижая психофизиологические функции на фоне гиподинамии, значительного нервно-эмоционального напряжения, неблагоприятной экологической обстановки, что особенно проявляется в ходе обучения в гимназических классах. В структуре детской и подростковой заболеваемости выделяют ряд психопатологических состояний, обусловленных с факторами образовательной среды [1, 3, 4].

Актуальность проблемы оценки психических функций организма учащихся под влиянием учебных нагрузок обусловлена необходимостью принятия комплекса мер по оздоровлению современных школьников, особенно подросткового возраста, в котором все функциональные системы и механизмы регуляции функционируют в режиме длительных нагрузок. Исследования показывают, что в настоящее время уже к первому классу школы сложности со здоровьем выявляются почти у трети детей. Ещё более тревожные показатели диагностируют у подростков – две трети их имеют отклонения по здоровью [5].

Повышенная учебная нагрузка и интенсификация образования приводят к развитию хронического переутомления, форми-

рованию нервно-психических расстройств, вегетососудистых нарушений и нейроциркуляторных дистоний у учащихся [2, 6].

Целью исследования явилось изучение влияния психоэмоционального воздействия факторов окружающей среды на состояние здоровья и психофизиологическое развитие учащихся в классах с медико-биологической профилизацией. В работе использовались современные санитарно-гигиенические, социологические, клиничко-статистические методы исследования, адекватные в условиях естественного гигиенического эксперимента.

Психофизиологический статус оценивался у 163 учащихся в 9 образовательных учреждениях Москвы и Московской области. В результате исследования получены данные по динамике выраженности различных форм утомления в конце первого и второго года обучения.

Для изучения психофизиологического статуса школьников была использована методика, позволяющая выявить различные степени хронического утомления: начальная стадия, легкая (заметная) стадия, выраженная стадия [7].

Начальная стадия хронического утомления связана с накоплением усталости, что приводит к нарушению течения различных психических и физиологических процессов. Эта стадия достаточно сложно диагностируется и характеризуется незначительным снижением работоспособности, снижением интереса к работе, возникновением нарушений сна (трудно просыпаться). Лёгкая (заметная) стадия хронического утомления характеризуется заметным снижением работоспособности, сильной усталостью при обычных нагрузках, снижением умственной работоспособности, которая выражается в нарушении внимания; неустойчивостью настроения и проблемами со сном (трудно засыпать и просыпаться). Наличие лёгкой (заметной) стадии хронического утомления может быть связано с большими нагрузками в школе и дополнительными нагрузками при работе с репетиторами. Особое опасение вызывает тот факт, что среди учащихся медико-биологических классов встречаются школьники с выраженной стадией хронического утомления. Эта стадия характеризуется значительным снижением работоспособности; усталостью при незначительных нагрузках; снижением умственной

работоспособности, которая выражается в забывчивости; снижением эффективности мыслительных процессов; повышенной раздражительностью; расстройством сна (сонливость днём). Наличие выраженной стадии хронического утомления свидетельствует о достаточно длительном накоплении утомления, невозможности восстановления ресурсов организма при чрезмерных нагрузках. Дальнейшее развитие утомления может переходить в тяжёлую стадию и требовать медикаментозного лечения в стационаре.

Состояние переутомления усугубляется психофизиологическими изменениями, происходящими в подростковом возрасте, что в свою очередь может приводить к повышенной раздражительности, агрессивности, напряжённой обстановке в классе, конфликтам с учителями.

Дальнейшее увеличение физических и психоэмоциональных нагрузок может привести к развитию более тяжёлых форм хронического утомления, и как следствие, – к серьёзным психологическим и физиологическим изменениям, использованию различных дополнительных средств для снятия усталости и напряжения (сигареты, алкоголь, наркотики).

В трех обследованных подмосковных школах была выявлена следующая закономерность: на втором году обучения (11 класс) уменьшилось число учащихся с проявлениями начальной стадии хронического утомления и значительно выросла доля детей с заметной (с 12 до 33,3 %) и выраженной (с 0 до 30 %) стадиями хронического утомления.

В шести московских школах в группе выпускников также уменьшилось число учащихся с начальной стадией хронического утомления и значительно возросла доля детей с заметной (с 6,7 до 17,6 %) и выраженной стадиями хронического утомления (с 4,0 до 27,5 %).

Важным аспектом исследования явилось изучение распространенности поведенческих факторов риска наркотизации употребления алкоголя среди учащихся медико-биологических классов. Оно позволило получить следующие результаты: регулярно курят 37,1 % школьников, пробовали, но сейчас не курят – 44,4 %, ни разу не пробовали – 19,5 %. Алкогольные на-

питки употребляют ежемесячно 7,4 % учащихся; изредка употребляют алкоголь (несколько раз в год, по праздникам) 5,5 %; пробовали, но сейчас не употребляют алкоголь 76,0 % школьников; ни разу не пробовали алкогольные напитки 11,1 %. Более трети учащихся (37 %) знают людей, употребляющих наркотики. Однако 74,1 % школьников ни разу не пробовали наркотические и токсические вещества; пробовали, но сейчас не употребляют наркотические вещества 11,1 %; 14,8 % школьников не захотели отвечать этот вопрос.

По данным анкеты "Я и Компьютер", 82,2 % учащихся медико-биологических классов считают, что частое общение с компьютером вредно для здоровья, в то же время 17,8 % так не считают. В среднем ежедневно за компьютером учащиеся проводят: менее 1 часа – 3,2 %, от 1 часа до 3 часов – 85,5 %, более 5 часов – 11,3 % опрошенных. После длительной работы на компьютере учащиеся отмечают астенопические явления, из них чаще всего: резь в глазах – 69,3 %, кроме того, отмечают усталость 61,2 %; боль в спине – 30,6 %, в то же время не испытывают особых ощущений – 19,3 %. Основная деятельность с компьютером – справочная, информационная и игровая. Полностью отказаться от работы за компьютером могли бы 8,1 % опрошенных.

Таким образом, проведённое психологическое исследование продемонстрировало наличие определённой доли (в некоторых школах достаточно высокой) учащихся, имеющих различные степени хронического утомления. Изучение динамики психофизиологических показателей и распространения поведенческих факторов риска у современных школьников в связи с интенсивностью учебного процесса позволяют сделать вывод о негативном влиянии образовательных технологий в профилированных классах на физиологическое состояние учащихся и необходимость разработки комплекса гигиенических мер по оздоровлению процесса обучения в современной школе.

Литература

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестн. РАМН. 2009. № 5. С. 6–11.

2. *Зорина И.Г.* Особенности психофизиологического статуса школьников, обучающихся в учебных заведениях разных типов // Гигиена и санитария. 2008. № 3. С. 75–77.
3. *Окнин В.Ю.* Проблемы утомления, стресса и хронической усталости // Рос. мед. журн. 2004. Т. 12. № 5. С. 46–49.
4. *Онищенко Г.Г.* Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения России // Гигиена и санитария. 2008. № 2. С. 72–78.
5. Послание Президента Федеральному Собранию 2010 г. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/transcripts/9637/work>.
6. *Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф., Ямпольская Ю.А., Звездина И.В.* Особенности заболеваемости московских школьников за последние 50 лет // Гигиена и санитария. 2009. № 2. С. 21–26.
7. *Тимощук Г.И.* Количественный подход к оценке психофизиологического состояния здоровья учащихся гимназии / Г.И. Тимощук, Л.Н. Мальцева, В.И. Короткевич // Физиология человека. 1995. 21, № 1. С. 111–115.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

В.Т. Лекомцев, И.В. Лаптева

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Вопросы медико-социальной экспертизы при психических заболеваниях, том числе и при эпилепсии, имеют особую актуальность. Социальная значимость проблемы эпилепсии определяется её распространённостью, молодым возрастом больных, когда особую роль играют ограничения жизнедеятельности в ситуациях "обучение" и "работа", потенциально прогрredientным типом течения, осложнениями и недостаточной эффективностью терапии (Р.М. Войтенко, Л.А. Крицкая, 2008). Особо следует подчеркнуть, что, по данным ВОЗ, число лиц, перенесших ЧМТ, увеличивается в среднем в год на 3 %, причем среди последствий ЧМТ так называемая травматическая эпилепсия составляет примерно 25 % (В.С. Мерцалов, 1982; В.Т. Лекомцев, 1989). Эпилепсия существенно дезадаптирует больных и ведет к социальной недостаточности (А.И. Болдырев, 1978; С.А. Громов, 1987). Почти 50 % из них становятся инвалидами, причем у половины ограничения жизнедеятельности достигают II степени. В 75 % случаев это лица в возрасте 30 лет. Ограничения жизнедеятельности при эпилепсии обусловлены не только приступами, но и нарастающими расстройствами личности (формирование психопатоподобной симптоматики) и изменениями психических процессов по органическому типу (формирование психоорганического синдрома – ПОС). Изменения личности при эпилепсии освещены в многочисленных публикациях. Диапазон изменения личности при эпилепсии очень разнообразен: от сравнительно маловыраженных до слабоумии.

В настоящем сообщении авторы рассматривают вопросы медико-социальной экспертизы при эпилепсии, которые недостаточно освещены в руководствах, а "Социальная психиатрия", изданная Р.М. Войтенко (2002), стала библиографической редкостью.

Анализ 80 больных эпилепсией, направленных на медико-социальную экспертизу показал, что в 67,3 % медицинских документах не рассматриваются вопросы, касающиеся стадии эпилептического процесса, варианты психоорганического и психопатоподобного синдромов и ремиссии.

В социальной психиатрии и МСЭ принято оценивать не только стойкость и степень выраженности психоорганического синдрома, но и его клинические варианты, поскольку они также влияют на адаптивные возможности больного.

Для уточнения типологии и значимости ПОС следует интегративно использовать психобиографический метод, метод наблюдения и экспериментально-психологическое обследование.

Стойкость, степень выраженности и клинический вариант оцениваются врачами-экспертами совместно с психологом-экспертом бюро МСЭ. К основным вариантам ПОС относят:

1. *Амнестический*. Основным дезадаптирующим феноменом, несмотря на наличие других составляющих ПОС, являются расстройства памяти – как долговременной, так и фиксации. При данном варианте ПОС формируется синдром Корсакова, который при эпилепсии, как правило, имеет прогрессирующее течение с последующим переходом в прогрессирующую деменцию.
2. *Эксплозивно-дистимический*. Расстройства памяти, внимания, мышления "прикрыты", "зашторены" вспыльчивостью, гневливостью, раздражительностью или дисфорично-злобно-тоскливым застойным аффектом.
3. *"Концентрический"*. Термин сложился исторически. При относительной сохранности памяти на всё, что относится к личным интересам больного, отчетливо прослеживаются её нарушения в отношении общественно значимых дат, имен, событий и т.п. Использование данного типа изменения личности является некорректным.¹
4. *Идеаторный*. Основной дезадаптирующий феномен – не столько расстройства памяти и внимания, сколько нарушение мышления (способности к анализу, синтезу, вычленению главного и т.д.).

¹ Терминологический словарь по эпилепсии. Женева, 1975.

5. *Эйфорический*. Ведущим в формировании социальной недостаточности, несмотря на имеющиеся нарушения когнитивных процессов, является своеобразный фон настроения – благодушие, слезливость, бестолковость, ситуативно неадекватно повышенный фон настроения, расстройства влечения (булимия, сексуальная расторможенность и т.п.).
6. *Апатический*. Нарушения памяти, внимания, интенции мышления обычно в легкой или умеренной степени. Однако снижение энергетического потенциала, отсутствие интереса к деятельности (к социальным контактам, работе, учебе, даже к самообслуживанию) нередко серьезно дезадаптирует больных.
7. *Брадифренический*. В рамках ПОС стоит несколько особняком. Ведущим в формировании социальной недостаточности является не столько нарушение когнитивных процессов, сколько низкий темп познавательной деятельности (за единицу времени резко уменьшается ее объем).
8. *Паранойяльный*. В рамках ПОС (его адементного варианта) формируется у больных с паранойяльным преморбидом личности. На фоне паранойяльного типа отношения к болезни у больного формируется на сверхценном, иногда доходящем до бредового, уровне убежденности в несправедливом отношении окружающих к нуждам больного, вследствие чего он превращается в преследуемого преследователя. Данный вариант ПОС выделяется не всеми авторами.

Таковы основные варианты ПОС при эпилепсии. Одни из них более характерны для идиопатической или "спровоцированной" эпилепсии, другие – для "травматической", "сосудистой", "алкогольной" и др.

При эпилепсии ПОС имеет не только стабильное состояние, но и тенденцию к нарастанию в зависимости от типа и темпа течения заболевания, частоты и особенностей судорожных припадков, их эквивалентов и ряда других факторов.

Обычно при эпилепсии ПОС увеличивает нарушения способности к обучению, трудовой деятельности, ориентации и самообслуживанию, а иногда, с учетом его вариантов, к социальным контактам. Оценка степени выраженности и клинического

варианта ПОС также крайне важна при МСЭ детей, страдающих эпилепсией. Легкая степень ПОС не является достаточным основанием для определения III группы инвалидности, но такое экспертное решение может быть принято при его сочетании с пароксизмами (даже редкими). При умеренной (средней) степени ПОС обычно возникает необходимость в определении III группы инвалидности по тем же типовым жизненным ситуациям. Более того, в сочетании с пароксизмами средняя степень ПОС позволяет решать вопрос об определении II группы. Выраженный ПОС при эпилепсии в рамках медико-биологической составляющей считается достаточным основанием для определения II группы инвалидности (ОЖД II степени). В динамике выраженный ПОС может достигать степени деменции (необходимость постоянного постороннего ухода), когда возникает ОЖД III степени.

Таким образом, при определении группы инвалидности больным эпилепсией необходимо учитывать не только частоту и типологию пароксизмальных состояний, но и особенности (варианты) и степень выраженности ПОС.

Однако клиническая симптоматика эпилепсии не исчерпывается этими двумя регистрами. Третьим "слоем" симптоматики, ведущим к социальной недостаточности больных, являются расстройства личности.

Расстройства личности (психопатоподобная симптоматика). В социальной психиатрии, военной, судебной и МСЭ, наряду с оценкой частоты и особенностей эпилептических приступов, состоянием психических процессов клиничко-экспертно-реабилитационному анализу подвергается и третий регистр симптоматики – постепенно формирующиеся расстройства личности. На начальной стадии заболевания расстройства личности неглубоки и не приводят к значительной социальной недостаточности. Однако в дальнейшем, с постепенным разрыванием симптоматики (учащение приступов, их полиморфизм, сочетание с психическими эквивалентами, углубление ПОС они становятся все более значимым дезадаптирующим феноменом, серьезно ограничивающим жизнедеятельность больных.

Уже через 5-6 лет после начала заболевания они начинают отчетливо клинически прослеживаться (у детей и подростков раньше).

Постепенно расстройства личности при эпилепсии становятся стойкими и могут быть верифицированы как психопатоподобные (психопатоподобный синдром).

Под психопатоподобным синдромом понимается стойкая, резко выраженная аномалия личности, преимущественно в сфере темперамента и характера, сформировавшаяся в процессе течения эпилепсии и ведущая к значительной социально-психологической дезадаптации индивида.

В патогенезе формирования психопатоподобной симптоматики основное значение имеет реакция личности (личностно-реактивный механизм) на церебрально-органическую недостаточность и изменение ролевых функций в различных социальных группах (учебной, рабочей, семейной, группе по интересам и т.п.).

Как известно, основой современного клинико-экспертно-реабилитационного диагноза является оценка степени и стойкости функциональных нарушений, ограничивающих жизнедеятельность инвалида, через их трансформацию в клинический синдром или синдромы с последующим анализом реабилитационного потенциала личности, организма и малого социума.

Термин "изменения личности" отражает не клинический (патопсихологический) регистр, а чисто психологическую направленность. Правомерный и крайне значимый для понимания причин социальной дезадаптации больных органическим поражением мозга и эпилепсией в начале XX века, в настоящее время этот термин должен рассматриваться через призму психопатоподобного синдрома, причем обязательно с указанием не только степени выраженности (психопатоподобная симптоматика), но и конкретной клинико-патопсихологической степени выраженности. Их несколько:

- 1) *легкая степень* – не приводит к инвалидизации, могут быть ситуативные затруднения в категориях "образование", "трудовая деятельность";

- 2) *умеренная степень* – адаптивные возможности больных снижены, имеются ограничения категории жизнедеятельности 1-й степени в самообслуживании, образовании, трудовой деятельности;
- 3) *выраженная степень* – возникают ограничения категорий жизнедеятельности 2-й степени;
- 4) *эпилептическая деменция* – возникают ограничения категорий жизнедеятельности 3-й степени, в том числе и необходимость в постоянном постороннем уходе.

Оценка расстройств личности. В этой рубрике рассматривается степень выраженности нарушений функции организма:

1. *Легкая степень*: затруднения в социальных контактах и общении имеются, возникает незначительная социальная недостаточность, но больных она практически не дезадаптирует.
2. *Умеренная степень*: расстройство социальных контактов и общения приводят к ограничению категорий жизнедеятельности 1-й степени в категории "самообслуживание" (т.е. более длительная затрата времени, дробность выполнения, сокращение объема с использованием по необходимости вспомогательных технических средств), 1-й степени в контроле за поведением (т.е. периодически возникающие в сложных жизненных ситуациях или постоянное затруднение выполнения ролевых функций с возможностью их частичной самостоятельной коррекции).
3. *Выраженная степень*: ограничение категорий жизнедеятельности 2-й степени – стойкая дезадаптация в категории "трудовая деятельность" (т.е. в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств или с помощью других лиц), в категории "контроль за поведением" (т.е. постоянное снижение критического отношения к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц).
4. *Значительно выраженная степень*: ограничение категорий жизнедеятельности 3-й степени – стойкая, значительно выраженная дезадаптация в категории "трудовая деятельность" (т.е. неспособность к трудовой деятельности), "контроль за

поведением" (т.е. неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной посторонней помощи), "самообслуживание" (т.е. неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц). Ограничения категорий жизнедеятельности могут быть разной степени выраженности и учитываются в совокупности (например: ограничения в способности к самообслуживанию 1-й степени, к трудовой деятельности 2-й степени, к контролю за поведением 2-й степени, что позволяет определить II группу инвалидности со 2-й степенью ограничения к трудовой деятельности).

Таким образом, рассмотренные выше три регистра симптоматики (особенности и частота припадков и их эквивалентов, состояние психических процессов, расстройство личности) должны найти свое отражение в развернутом клинико-функциональном диагнозе.

В целях МСЭ целесообразно выделять четыре стадии болезни: 1) начальную; 2) стадию активного процесса; 3) стадию эпилептического слабоумия; 4) стадию ремиссии.

В нашей практике встречаются пациенты, состояние которых можно отнести к двум последним стадиям: стадию эпилептического слабоумия и стадию ремиссии.

Стадии ремиссии. Для клинического и социально-трудового прогноза важное значение имеют показатели наступившего улучшения состояния больных, глубина и тип терапевтической ремиссии. Степень социально-трудовой адаптации больных различна при разных типах ремиссий. В настоящее время выделяют следующие типы: 1) полная и стойкая; 2) полная, но нестойкая; 3) неполная; 4) ремиссия с дефектом.

Полная и стойкая ремиссия характеризуется отсутствием пароксизмов и каких-либо признаков, свидетельствующих об активности процесса, значительным улучшением состояния больных. При этом исчезают не только припадки, но и уменьшается психомоторная заторможенность, вязкость, обстоятельность, ригидность, тугоподвижность мышления. Больные становятся более спокойными, уравновешенными, менее навязчивы-

ми, конфликтными и придирчивыми. Аффективные реакции носят более адекватный характер.

При полной, но нестойкой ремиссии также нет приступов, психических эквивалентов, но сохраняется возможность к периодической декомпенсации под влиянием экзогенных вредностей. Улучшение психического состояния выражается в сглаживании характерологических изменений, уменьшении психомоторной заторможенности, расстройств мышления, органических изменений психики. В состоянии нестойкой ремиссии декомпенсации обычно обусловлены экзогенными трудностями, при этом возникают единичные припадки, развернутые или абортивные, которые, как правило, не сопровождаются сумеречными расстройствами сознания.

При неполной ремиссии не только резко сокращается частота припадков, но изменяется и их картина, они становятся менее развернутыми и не столь интенсивными. Улучшается психическое и соматическое состояние больных.

Ремиссия с дефектом, так же как полная и стойкая, характеризуется отсутствием припадков, психических эквивалентов, но при этом отмечаются выраженные изменения личности, которые частично сглаживаются под влиянием лечения. У одних больных в структуре дефекта преобладают изменения личности по эпилептическому типу (злобность, взрывчатость, выраженная замедленность всех психических процессов, вязкость, тугоподвижность мышления), у других – органические нарушения психики (сужение круга интересов, снижение памяти, эмоционально-волевая неустойчивость, быстрая истощаемость психических процессов).

Для целей врачебно-трудовой экспертизы целесообразно выделять следующие типы течения эпилепсии (Вайман Л.И., 1967).

Медленно-прогредиентный тип течения характеризуется наличием в основном мономорфных редких или средней частоты припадков, отсутствием клинических признаков, указывающих на нарастание деструктивно-органических изменений в центральной нервной системе. Выраженные изменения личности в виде некоторой раздражительности, вспыльчивости, монотонно-

сти, обстоятельности, угодливости, подчеркнутой аккуратности, педантичности возникают через 10 и более лет от начала заболевания.

Для *подостро-прогредиентного* типа течения характерны полиморфные пароксизмы (частые судорожные припадки, иногда с последующими сумеречными расстройствами сознания, дисфории, сочетание больших судорожных припадков с abortивными или приступами типа малых), более выраженная деструктивная тенденция эпилептического процесса, проявляющаяся в быстро нарастающих изменениях личности уже через 6—8 лет после манифестации болезни.

При *смешанном* типе течения болезни медленно-прогредиентное течение переходит на более поздних этапах в подостро-прогредиентное (обычно под влиянием дополнительных вредностей, неправильного лечения). На первом этапе, когда заболевание протекает более благоприятно, преобладает мономорфная пароксизмальная симптоматика и деструктивная тенденция процесса выражена нерезко.

Под влиянием экзогенных и эндогенных воздействий (соматические, инфекционные, сосудистые заболевания, климакс, черепно-мозговые и психогенные травмы, нерегулярный прием лекарств) темп течения болезни приобретает *выраженную прогредиентность*, клиническая симптоматика утяжеляется более острой и полиморфной (большие, abortивные, частые малые, припадки с сумеречными расстройствами сознания, серийные припадки, эпилептические статусы), быстро нарастают изменения личности.

При *ремитирующем* типе течения болезни периоды прогредиентного течения сменяются под влиянием лечения или спонтанно светлыми промежутками продолжительностью от 2 до 5-12 лет, полностью свободными от острых болезненных проявлений. У некоторых больных светлые промежутки наблюдаются неоднократно. Развернутая картина болезни представлена полиморфной пароксизмальной симптоматикой. Изменения личности начинают выявляться через 10-15 лет после возникновения припадков.

При *злокачественном* типе течения болезни наиболее выражена деструктивная тенденция эпилептического процесса, что проявляется в быстро возникающих (через 2-5 лет от начала болезни) нарушении мышления, снижении интеллекта, выраженной вязкости, обстоятельности, тугоподвижности мышления. Резко ухудшается память, суживается круг интересов, снижается интеллект.

Стадии эпилептического процесса выделяются исходя из интенсивности и деструктивной тенденции заболевания, а также остроты клинической симптоматики. При этом учитывается частота, ритмичность пароксизмальных состояний, характер доминирующих в клинической картине проявлений болезни (функциональные или органические), возможность обратного развития патологической симптоматики под влиянием терапии, наличие или отсутствие признаков необратимого дефекта, глубина и стойкость наступившего улучшения, функциональные возможности больных в трудовой деятельности.

В целях определения функционального диагноза и определения прогноза целесообразно выделять 4 стадии болезни (А.С. Климович, Б.А. Казаковцев и др., 1988; В.Т. Лекомцев, И.В. Лаптева, И.А. Порцева и др., 2009): 1) начальную; 2) стадию активного процесса; 3) стадию эпилептического слабоумия; 4) стадию ремиссии.

Начальная стадия характеризуется наличием преимущественно функциональных расстройств, отсутствием значительной интенсивности и выраженной деструктивной тенденции процесса. Симптомы болезни нерезко выражены. Начальная стадия охватывает период заболевания от появления предвестников до развития клинической картины активного процесса и исчисляется месяцами, иногда годами.

Клиническая картина оформляется в одних случаях постепенным присоединением различных пароксизмальных состояний, в других – усложнением и утяжелением одного и того же пароксизма.

Изменения личности незначительны, наблюдается лишь заострение преморбидных особенностей характера. Нарушения в интеллектуальной сфере проявляются затруднением запомина-

ния, некоторым замедлением интеллектуальных процессов, а в аффективной сфере – вспыльчивостью.

Стадия активного процесса – этап болезни, включающий период с появления развернутой клинической картины до ремиссии либо появления признаков эпилептического слабоумия. Продолжительность второй стадии зависит от типа течения эпилептического процесса: при вялом, медленно текущем процессе вторая стадия может длиться годами, при активно текущем – может быть менее продолжительна. Изменения личности во второй стадии более манифестны и выражаются вязкостью мышления, обстоятельностью, эгоцентричностью, раздражительностью, взрывчатостью. Наряду с этим снижается память, замедляется быстрота интеллектуальных процессов.

Стадия эпилептического слабоумия чаще наблюдается при активно-злокачественном течении процесса. В клинической картине на первый план выступают явления тяжелой эпилептической деградации: тугоподвижность мышления, чрезвычайная конкретизация суждений, неспособность к обобщению, нарушение процесса суждений, затрудняющее разграничение существенного и незначительного, резкое ослабление памяти. Речь больных монотонная, однообразная, часто наблюдаются персеверации, в речи обилие уменьшительных слов, стереотипных фраз и оборотов. Больные становятся крайне грубыми, жестокими, мелочно-злыми, мстительными. Крайняя вспыльчивость доходит до приступов неистовства.

Для определения ограничения жизнедеятельности пациента важным является оценка *ремиссии*. Для клинического и социально-трудового прогноза важное значение имеют показатели наступившего улучшения состояния больных, глубина и тип терапевтической ремиссии. Степень социально-трудовой адаптации больных различна при разных типах ремиссий. В настоящее время выделяют следующие их типы: 1) полная и стойкая; 2) полная, но нестойкая; 3) неполная; 4) ремиссия с дефектом.

Полная и стойкая ремиссия характеризуется отсутствием пароксизмов и каких-либо признаков, свидетельствующих об активности процесса, значительным улучшением состояния больных. При этом исчезают не только припадки, но и умень-

шаются психомоторная заторможенность, вязкость, обстоятельность, ригидность, тугоподвижность мышления. Больные становятся более спокойными, уравновешенными, менее навязчивыми, конфликтными и придирчивыми. Аффективные реакции носят более адекватный характер.

При полной, но нестойкой ремиссии также нет приступов, психических эквивалентов, но сохраняется возможность периодической декомпенсации под влиянием экзогенных вредностей. Улучшение психического состояния выражается в сглаживании характерологических изменений, уменьшении психомоторной заторможенности, расстройств мышления, органических изменений психики. В состоянии нестойкой ремиссии декомпенсации обычно обусловлены экзогенными трудностями, при этом возникают единичные припадки, развернутые или абортивные, которые, как правило, не сопровождаются сумеречными расстройствами сознания.

При неполной ремиссии не только резко сокращается частота припадков, но и изменяется их картина, они становятся менее развернутыми и не столь интенсивными. Улучшается психическое и соматическое состояние больных.

Ремиссия с дефектом, так же как полная и стойкая, характеризуется отсутствием припадков, психических эквивалентов, но при этом отмечаются выраженные изменения личности, которые частично сглаживаются под влиянием лечения. У одних больных в структуре дефекта преобладают изменения личности по органическому типу (злобность, взрывчатость, выраженная замедленность всех психических процессов, вязкость, тугоподвижность мышления), у других – органические нарушения психики (сужение круга интересов, снижение памяти, эмоционально-волевая неустойчивость, быстрая истощаемость психических процессов).

При проведении медико-социальной экспертизы важное значение имеет учет частоты приступов (пароксизмов):

1. *Частые пароксизмы*: 4 и более генерализованных припадков в месяц, 2 и более сумеречных расстройства сознания в месяц, 4 и более состояния амбулаторных автоматизмов или

выраженных дисфорий в месяц, 1 и более эпилептический статус в месяц.

2. *Пароксизмы средней частоты*: генерализованные приступы 2-3 раза в месяц, сумеречные расстройства сознания 1 раз в месяц, амбулаторные автоматизмы, выраженные дисфории 2-3 раза в месяц, эпилептический статус 1 раз в два месяца.
3. *Пароксизмы редкой частоты*: генерализованные приступы 1 раз в месяц и реже, сумеречные расстройства сознания 1 раз в полтора-два месяца и реже, амбулаторный автоматизм 1 раз в месяц и реже, эпилептический статус 1 раз в три месяца.

Частота приступов и их эквивалентов оценивается на протяжении календарного года и обязательно на фоне противоэпилептической терапии, они должны быть максимально подтверждены медицинскими сведениями, характеристиками с места работы.

При оценке структуры межпароксизмальных изменений личности врачу-психиатру и врачу-психиатру эксперту требуется правильная оценка психических процессов у больных эпилепсией.

Таким образом, рассмотренные выше три регистра симптоматики (особенности и частота приступов и их эквивалентов, состояние психических процессов, расстройства личности) должны найти свое отражение в развернутом клинико-функциональном диагнозе.

Примеры

1. Пациентка 1977 г. рождения. По данным посылного листа на учете у психиатров с 1999 г., с течением времени нарастают изменения личности – конфликтность, эгоцентричность, с 2003 г. инвалид II группы. Диагноз: выраженное расстройство личности и поведения в связи с эпилепсией в виде изменений личности по эпитипу с полиморфными приступами средней частоты. Психический статус по данным посылного листа: сознание не нарушено, ориентированна полностью. Настроение снижено, лицо маскообразное. Предъявляет жалобы на головные боли, частые приступы. Эмоции неустойчивые, конфликтная, эгоцентричная, всем недовольна. Мышление обстоятельное, застревает на мелочах. Суждения поверхностные, инфантильные. Интеллектуально мнестически снижена. В беседе истощаема. Критики

нет. Полученное лечение: луцетам, реладорм, финлепсин. В данном случае при направлении на МСЭ был допущен ряд ошибок: не подтверждены документально частота и характер приступов, не проведена ЭЭГ. При прохождении переосвидетельствования комиссией МСЭ были выявлены стойкие, выраженные ограничения жизнедеятельности в виде ограничения способности к самообслуживанию 2-й степени, к ориентации 1-й степени, к трудовой деятельности 3-й степени, к контролю за поведением 2-й степени, что позволило определить II группу инвалидности с 3-й степенью ограничения к труду.

2. Пациент 1969 г. рождения. По данным почтового листа, в анамнезе неоднократные ЧМТ в дальнейшем появление развернутых приступов. Был на учете у неврологов с 2003 г. инвалид III группы по неврологическому заболеванию. В 2006 г. в группе отказано. С 2007 г. на учете у психиатров по поводу умеренных расстройств личности в связи с эпилепсией. Диагноз: расстройство личности по эпитипу с эпилепсией с умеренными расстройствами личности по эпитипу с редкими генерализованными приступами. Психический статус, по данным почтового листа: контактен, ориентирован, дисфоричен. Ответы в плане задаваемого, обстоятелен. Память на текущие события снижена. Умозаключения легковесны. Мышление обстоятельное. Эмоции неустойчивые. Полученное лечение: финлепсин, фенобарбитал. При направлении на МСЭ был допущен ряд ошибок: документально не подтверждены характер и частота приступов, несмотря на стационарное лечение (выписка сделана формально), не проведено ЭЭГ. В данном случае комиссией МСЭ были выявлены стойкие, умеренные ограничения жизнедеятельности в виде ограничения способности к трудовой деятельности 1-й степени, к контролю за поведением 1-й степени, что позволило определить III группу инвалидности с 1-й степенью ограничения к труду.

3. Пациентка 1954 г. рождения. По данным анамнеза, около 20 лет назад получила ЧМТ, через 1 год после травмы случился первый судорожный приступ с потерей сознания. Обратилась к неврологу, получала амбулаторно финлепсин. В течение длительного времени сохраняла трудоспособность, продолжала трудовую деятельность. С течением времени стали нарастать личностные изменения, изменения черт характера, перестала справляться с работой. На учете у психиатров с 2006 г., регулярно посещала ПНД, лечилась стационарно. При направлении на МСЭ были собраны все документы: ЭЭГ, заключение психолога, заключение о характере труда, характеристика с места работы, в выписке из истории болезни описан приступ, время его возникновения, характер приступа, чем был купирован. Диагноз: рас-

стройство личности и поведения в связи с посттравматической эпилепсией в виде выраженной психопатизации по эпитипу, легкого интеллектуально-мнестического снижения, частых дисфорий стенического типа, редких тонико-клонических приступов до 1 раза в месяц. В выписке из истории болезни были подробно отражены анамнестические данные, описано поведение больной в отделении, весь комплекс проведенной терапии. В данном случае комиссией МСЭ были выявлены стойкие выраженные ограничения жизнедеятельности в виде ограничения способности к трудовой деятельности 2-й степени, ограничение способности контролировать свое поведение 2-й степени, что послужило основанием для определения II группы инвалидности со 2-й степенью ограничения к трудовой деятельности.

Таким образом, важно подчеркнуть, что подтверждение характера и частоты приступов должно быть документальное, должно указываться в выписках из историй болезни, в амбулаторных картах, справках, данных врачами БСМП о выезде на приступ; необходимо также проведения ЭЭГ для определения динамики заболевания, особенно при отрицательной динамике (учащении приступов, изменении их характера). ЭЭГ является одним из объективных критериев, когда решается экспертный вопрос об утяжелении группы инвалидности.

Литература

1. *Болдырев А.И.* Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1978. 200 с.
2. *Болдырев А.И.* Психические особенности больных эпилепсией. М.: Медицина, 2000. 384 с.
3. *Вайман Л.И.* Прогноз трудоспособности при эпилепсии в связи с успехами медикаментозной терапии. М., 1976. 19 с.
4. *Войтенко Р.М.* Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: руководство для врачей и психологов. СПб.: ИКФ "Фолиант", 2002. 256 с.
5. *Войтенко Р.М., Крицкая Л.А.* Эпилепсия: основы социальной психиатрии и медико-социальной экспертизы при психических заболеваниях: учеб.-метод. пособие. СПб.: СПбУВИЭК, 2008. С. 31.
6. *Громов С.А.* Реабилитация больных эпилепсией. М., 1987. 172 с.
7. *Климович А.С., Казаковцев Б.А. и др.* О клинических критериях трудового прогноза больных эпилепсией. М., 1988. Деп. во ВНИИМИ МЗ СССР, 1988.

8. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: руководство для врачей / под ред. А.Ю. Макарова. СПб.: ООО "Золотой век", 1998.
9. *Лекомцев В.Т., Лаптева И.В., Порцева И.А. и др.* Эпилепсия: учеб.-метод. рекомендации. Ижевск, 2009. 42 с.
10. *Лекомцев В.Т.* Ранняя диагностика травматической эпилепсии // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1989. Вып. 6. С. 43–46.
11. *Мерцалов В.С.* Посттравматическая эпилепсия: (Эпидемиологические исследования) // Эпидемиол. исслед. в неврологии и психиатрии. М., 1982. С. 119–120.
12. Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии и аспекты реабилитации: Информ. письмо ФГУ "ГБ МСЭ по Удмуртской Республике". Ижевск, 2008.
13. Терминологический словарь по эпилепсии. Ч. I: Определения / под ред. проф. А. Гасто. Женева, 1975. 90 с.

ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А.В. Молодецких

*Московский государственный
медико-стоматологический университет, Москва*

В последние годы, с развитием новейших инструментальных методов исследования мозга, ведётся активный поиск тонкого органического субстрата, нейробиохимических изменений, лежащих в основе различных психических расстройств. Иллюстрацией таких работ могут служить недавние публикации в издании *Molecular Psychiatry* [22, 27, 33, 36]. Авторы обзора работ, посвящённых нейровизуализации в патогенетических исследованиях шизофрении, отмечают, что результаты подобных исследований "в совокупности поддерживают положение об участии негенетических факторов, запускающих шизофренический процесс и сопутствующие ему патофизиологические механизмы, ответственные за структурные изменения в мозге больных" [18]. Какова же возможная первопричина (помимо уже обсуждаемых) и механизм развития изменений в мозге, лежащих в основе психической патологии?

В 1970-х годах на кафедре детской неврологии Казанского института усовершенствования врачей под руководством профессора А.Ю. Ратнера было положено начало систематическому изучению проблемы натальных повреждений позвоночника и спинного мозга. Применительно к рассматриваемому вопросу следующие результаты многолетних исследований А.Ю. Ратнера и его последователей [3, 4, 6-17] представляются особенно важными:

1. Чрезвычайно высокая частота (более 80 % всех родившихся) натальной травматизации шейного отдела позвоночника и спинного мозга (ШОП и СМ), причём даже в процессе родов, считающихся обычными, нормальными, физиологическими.
2. В силу анатомо-физиологических особенностей вертебробазилярного сосудистого бассейна и многочисленных транс-

нейронных связей шейного отдела спинного мозга при натальной травме шейного отдела страдает не только спинной, но и головной мозг, а клинические проявления таких повреждений отличаются крайним полиморфизмом.

3. Важное клиническое значение даже минимальных, не диагностируемых в повседневной практике родовых повреждений ШОП и СМ как для неонатального периода, так и в плане отдалённых последствий.

Основной механизм повреждения спинного и головного мозга исследователи этой проблемы связывают с нарушением гемодинамики в вертебробазилярном бассейне в результате травмирования позвоночных и радикулотомедуллярных артерий деформированными структурами шейного отдела позвоночника [3, 13, 15].

Оценивая как непосредственное повреждающее действие указанных нарушений на головной мозг, так и их влияние на неонатальный нейроонтогенез, нельзя не задаться вопросом о роли натальной травмы ШОП и СМ в генезе целого спектра психических заболеваний. Что касается "органической" части этого спектра, то, например, А.Ю. Ратнер, основываясь на результатах своих исследований, считает, что к поздним, отсроченным осложнениям перинатальных повреждений должно быть отнесено большинство случаев эпилепсии и других судорожных состояний у детей, тогда как генетически обусловленная эпилепсия выявляется лишь у 10-12 % пациентов [13]. Те заболевания, органическая первопричина которых не столь очевидна (например, олигофрения, психопатии, "эндогенные" расстройства, даже поздние атрофические процессы) – не берут ли они своё начало в нарушении в результате родовой травмы ШОП и СМ процессов миелинизации, формирования новых связей, созревания и дифференцировки нейронов? Если это так, то открывается перспектива предупреждения и ранней коррекции психической патологии такого рода.

Выше рассматривалась возможная связь психической патологии с повреждениями центральной нервной системы, происходящими, главным образом, непосредственно во время

родов. Известно, что пластичная нервная ткань новорожденных имеет достаточный потенциал для компенсации нетяжёлых повреждений, особенно при условии адекватного лечения [6, 7, 17]. Но родовая травма ШОП коварна тем, что и в постнатальном периоде неопределённо долго продолжает оказывать негативное воздействие на спинной и головной мозг, так как оставляет после себя патологические изменения в позвоночнике.

За рубежом, прежде всего в США, проблеме нарушений в верхнешейном отделе позвоночника, в силу специфичности его строения и анатомической близости к стволовым отделам мозга, большое внимание, начиная примерно с 1940-х годов, уделяется специалистами в области верхнешейной кайропрактики – UpperCervical Chiropractic. Выделен так называемый синдром подвывиха атланта (The Atlas Subluxation Complex Syndrom), разработаны методы диагностики и коррекции этих нарушений у детей и взрослых. Описание и ссылки можно найти в специализированных изданиях и Интернет-ресурсах. Например: [19-21, 24-26, 29, 30, 34, 35], www.kale.com, www.ucrf.org. Подвывих атланта представляет собой хроническое структурное нарушение в области краниовертебрального перехода, сопровождающееся изменениями гемо- и ликвородинамики и дистрофическими процессами в нервной ткани. По сути, речь идёт о *хроническом нарушении нейротрансмиссии* в области перекрёста (decussatio), а также прилегающих сегментах спинного мозга и стволовых отделах головного мозга. В функциональном аспекте важно подчеркнуть, что в этих отделах центральной нервной системы находится ретикулярная формация, через восходящие пути оказывающая регулирующее влияние на активность высших отделов мозга, главным образом коры больших полушарий, и играющая важную роль в сознании, мышлении, памяти, восприятии, эмоциях [1, 2, 5].

По данным американских исследователей, распространённость подвывиха атланта достигает 90 % во всех возрастных группах. Собственное обследование 54 детей в возрасте от полугода до 14 лет, обращавшихся к педиатру или неврологу по поводу различной сомато-неврологической патологии, показало,

что рентгенологические признаки подвывиха атланта [21, 25, 29, 32] выявляются в 98 %. При этом анамнестические указания на постнатальные клинически значимые травмы головы и позвоночника встречались лишь у 6 % обследованных детей. Это позволяет предположить, что основной причиной подвывиха атланта является родовая травма шейного отдела позвоночника, учитывая, как уже говорилось ранее, её крайне высокую распространённость.

А теперь рассмотрим, каким образом нарушения в краниовертебральном переходе могут влиять на функции головного мозга. Примем во внимание, во-первых, количество информации, поступающей в головной мозг через спинной мозг. Во-вторых, то, что поток информации обладает определёнными биологически обусловленными свойствами, параметрами. На восприятие и обработку именно такой информации генетически "настроен" головной мозг.

Подвывих атланта, как было рассмотрено ранее, создаёт препятствие естественному потоку нервных импульсов в переходной части между спинным и головным мозгом. Происходящее можно обозначить терминами *"афферентная депривация"* и *"афферентная дезинтеграция"*. Если они и не отражают всей глубины процесса, то, по крайней мере, говорят о его существенных составляющих — снижении количества и нарушении упорядоченности и целостности, т.е. искажении афферентных сигналов (искажение эфферентного потока нервных импульсов здесь не рассматривается, так как имеет отношение, в основном, к соматической патологии; однако необходимо учитывать, что афферентные и эфферентные потоки как элементы системы могут быть разграничены только по направленности, но никак не функционально).

"Программа", заложенная природой в головной мозг, не может "понять" и правильно обработать дезинтегрированный поток информации. Это, в свою очередь, приводит к дезинтеграции внутримозговых процессов, своего рода функциональному срыву, что является собственно основой для формирования патологии психической деятельности.

Вероятность появления и развития психической патологии в результате афферентной дезинтеграции связана как с особенностями структурных нарушений в позвоночнике (только вариантов подвывиха атланта описано более 200 [25]), степенью их влияния на нервную ткань и сосуды, так и с наследственной предрасположенностью и возможным влиянием дополнительных патогенных факторов. Схематично взаимодействие фактора афферентной дезинтеграции и, например генетического фактора в развитии эндогенного заболевания, можно представить следующим образом. Допустим, наследственная предрасположенность к шизофрении обусловлена генетически заданным количеством межнейронных связей в головном мозге. Примерно у 99 % популяции это количество выше некоторого порогового значения. Если количество межнейронных связей ниже порогового значения, мозг уже не способен адекватно обрабатывать дезорганизованный в той или иной степени поток афферентных сигналов. Таким образом, вызывающий афферентную дезинтеграцию подвывих, распространённость которого достигает в общей популяции 90 %, приведёт к развитию эндогенного процесса примерно у 1 % населения. И наоборот, генетическая предрасположенность к шизофрении у 1 % популяции реализуется при условии образования подвывиха, т.е. с вероятностью 9 из 10.

Подвывих атланта – результат родовой травмы. А это значит, что *развитие центральной нервной системы, формирование головного мозга с первых дней жизни происходит в условиях дезорганизованных, дезинтегрированных афферентных потоков*. Можно предположить, что натальное образование подвывиха, при определённых условиях, предопределяет мозговой дизонтогенез и появление продромальной симптоматики некоторых психических заболеваний уже в детском и подростковом возрасте. Таким представляется возможное функциональное звено в патогенезе психических расстройств.

Суммируя вышесказанное, можно представить этиопатогенез эндогенной психической патологии в виде последовательности: родовая травма шейного отдела позвоночника сопровождается хроническими структурными нарушениями в

области краниовертебрального перехода, что влечёт за собой структурно-функциональные изменения верхних сегментов спинного мозга и прилежащих отделов мозгового ствола, искажающие потоки афферентной информации, а это в свою очередь приводит к функциональной дезинтеграции в головном мозге. Последнее лежит в основе мозгового дизонтогенеза и появления психопатологических расстройств, на формирование которых накладывают свой отпечаток генетические особенности и дополнительные патогенные факторы. Теоретически на этом процессе может базироваться весь "эндогенный" психопатологический спектр от характерологических отклонений до психотических расстройств.

Если в вопросах терапии психических заболеваний исходить из предложенной гипотезы, становится очевидной задача как можно более раннего, в течение первых месяцев жизни, выявления последствий родовой травмы шейного отдела позвоночника и проведение лечения, направленного как на нормализацию мозговой гемо- и ликвородинамики, так и на устранение структурных нарушений, в том числе подвывиха атланта, в краниовертебральном переходе.

Нельзя не упомянуть, что ещё в 1920–1940-х годах в двух специализированных больницах США была выявлена высокая терапевтическая эффективность кайропрактики при различных психических заболеваниях. Эффективность кайропрактики в ряде случаев превосходила эффективность электросудорожной терапии [23, 28, 31]. Результаты были настолько впечатляющими, что было предложено включение докторов кайропрактики в штат психиатрического госпиталя Северной Дакоты.

В свете изложенного конкретным содержанием наполняется задача профилактики психических расстройств, включающей устранение последствий родовой травмы шейного отдела позвоночника, причём, начиная с самого раннего возраста.

Литература

1. *Анохин П.К.* Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968.

2. *Вейн А.М., Гращенков Н.И.* Учение о ретикулярной формации ствола мозга и клиническая неврология // Актуал. вопр. невропатологии и психиатрии. Киев, 1963. С. 225–332.
3. *Михайлов М.К., Акберов Р.Ф., Фаттахов В.В.* К проблеме перинатальной нейрорадиологии // Казан. мед. журн. 1995. № 2. С. 133–136.
4. *Морозова Е.А.* Поздние неврологические изменения у детей, перенесших натальную травму шейного отдела позвоночника: дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1993.
5. *Мэгун Г.* Бодрствующий мозг. М., 1965.
6. *Мяукина Е.В.* Натальная патология центральной нервной системы. Петрозаводск, 1999.
7. *Плеханов Л.А.* Современное представление и скрининг-диагностика родовых повреждений позвоночника и спинного мозга у грудных детей: учеб.-метод. рекомендации. Челябинск, 2003.
8. *Ратнер А.Ю., Молотилова Т.Г.* Натальные повреждения спинного мозга // Вопр. охраны материнства и детства. 1972. № 8. С. 29–33.
9. *Ратнер А.Ю., Файзуллин М.Х., Михайлов М.К.* Родовые повреждения позвоночника и спинного мозга // Казан. мед. журн. 1975. № 5. С. 14–15.
10. *Ратнер А.Ю.* Родовые повреждения спинного мозга у детей. Казань, 1978.
11. *Ратнер А.Ю.* Нарушения мозгового кровообращения у детей. Казань, 1983.
12. *Ратнер А.Ю.* Родовые повреждения нервной системы. Казань, 1985.
13. *Ратнер А.Ю.* Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения. М., 2008.
14. *Стогов М.Н.* Натально обусловленные повреждения верхних шейных позвонков (клинико-рентгенологические сопоставления): дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1989.
15. *Фоминых Л.В.* Церебральная сосудистая недостаточность у детей, перенесших натальную травму шейного отдела позвоночника: дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1990.
16. *Хасанов А.А.* Родовая акушерская травма новорожденных. Казань, 1992.
17. *Шоломов И.И.* Родовая травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1995.

18. *Щербакoвa И.В., Бардеништейн Л.М.* Нейровизуализация в патогенетических исследованиях шизофрении // Психич. здоровье. 2010. № 4. С. 57–62.
19. *Vakris G., Dickholtz M., Meyer P. et al.* Atlas vertebra realignment and achievement of arterial pressure goal in hypertensive patients: a pilot study // J. Human Hypertension 2007. N 21(5). P. 341–342.
20. *Blum C., Cuthbert S.* Developmental Delay Syndromes and Chiropractic: A Case Report // J. Pediatric, Maternal & Family Health – Chiropractic. 2009. № 3. P. 1–4.
21. *Jackson B., Barker W., Gambale A.* Inter and intra-examiner reliability of the upper cervical x-ray marking system: a second look // J. Manipulative Physiol. Ther. 1987. N. 10. P. 157–163.
22. *Kim S., Webster M.* Correlation analysis between genome-wide expression profiles and cytoarchitectural abnormalities in the prefrontal cortex of psychiatric disorders // Molecular Psychiatry. 2010. N 15. P. 326–336.
23. *Koren T.* Posture and Personality: Can We See the Person in the Spine? – Today’s Chiropractic. 1995. Mar/Apr, N 24(2). P. 50–56.
24. *Liu X., Potluri T., Kulkarni N. et al.* Development of a Head-Neck Finite Element Model for the Investigation of Subluxation-Based Upper Cervical Chiropractic Manipulation // Upper Cervical Monograph. 2009. Vol. 7. N 2. P. 4–6.
25. *Palmer B.* The Subluxation Specific, The Adjustment Specific. Special Edition // An Exposition of the Cause of All Disease. Vol. 18. Kale Foundation, 1991.
26. *Palmer J., Dickholtz M.* Improvement in Radiographic Measurements, Posture, Pain & Quality of Life in Non-migraine Headache Patients Undergoing Upper Cervical Chiropractic Care: A Retrospective Practice Based Study // Upper Cervical Monograph. 2009. Vol. 7. N 2. P. 7–18.
27. *Palmieri L., Papaleo V., Porcelli V. et al.* Altered calcium homeostasis in autism-spectrum disorders: evidence from biochemical and genetic studies of the mitochondria aspartate/glutamate carrier AGC1 // Molecular Psychiatry. 2010. N. 15. P. 38–52.
28. *Quigley W.* Pioneering Mental Health: Institutional Psychiatric Care in Chiropractic // Chiropr. History. 1983. N 3. P. 68–73.
29. *Rochester R.* Inter and intra-examiner reliability of the upper cervical x-ray marking system: a third and expanded look // Chiropr. Research J. 1994. N 3. P. 23–31.

30. *Salminen B., Izumi M., Chung J.* Upper Cervical Chiropractic Care of a Child with Joubert Syndrome and Hemifacial Spasm // *J. Pediatric, Maternal & Family Health-Chiropractic*. 2009. N 4. P. 1–8.
31. *Schwartz H.* Preliminary Analysis of 350 Mental Patients' Records Treated by Chiropractors // *J. National Chiropractic Assn.* Nov. 1949. P. 12–15.
32. *Seemann D.* A reliability study using a positive nasium to establish laterality // *Upper Cervical Monograph*. 1994. N 5. P. 7–8.
33. *Söderlund J., Schröder J., Nordin C. et al.* Activation of brain interleukin-1 β in schizophrenia // *Molecular Psychiatry*. 2009. N 14. P. 1069–1071.
34. *Stone-McCoy P., FICPA & Przybysz L.* Chiropractic Management of a Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder & Vertebral Subluxation: A Case Study // *J. Pediatric, Maternal & Family Health – Chiropractic*. 2009. N. 1. P. 1–8.
35. *Thomas M., Wood J.* Upper Cervical Adjustments May Improve Mental Function: Clinical Note // *J. Manual Medicine*. 1992. N 6. P. 215–216.
36. *Verrall L., Burnet P., Betts J., Harrison P.* The neurobiology of D-amino acid oxidase and its involvement in schizophrenia // *Molecular Psychiatry*. 2010. N 15. P. 122–137.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абу Али ибн Сины, Душанбе, Таджикистан*

1990-е – 2000-е гг. характеризуются тенденцией роста широкого спектра психических расстройств как психотического, так и непсихотического уровня, обусловленных влиянием таких сверхмощных психогенных факторов социально-политического и экономического характера, как распад прежней политической и экономической системы, пятилетняя гражданская война с большим количеством жертв среди мирного населения, вынужденное перемещение больших групп населения за пределы страны, сложности переходного периода, рост уровня бедности среди населения, безработицы и массовой трудовой миграции большей части трудоспособного населения страны, роста наркомании, снижение доступа населения к базовым психиатрическим услугам и, как следствие, увеличение уровня смертности.

Необходимо отметить, что статистические исследования по обновлению базы данных психических заболеваний, проведенные министерством труда, социальной защиты и занятости населения Таджикистана, к сожалению, не полностью отражают имеющиеся тенденции и, как правило, не содержат анализа причин возникновения заболеваний и рекомендаций по профилактике социально обусловленных психических расстройств и реабилитации психически больных [1, 2].

За 10 лет (с 1999 по 2009 гг.) отмечается рост заболеваемости практически по всем нозологиям: в группе с впервые установленным диагнозом с 20,3 на 100000 в 1999 году до 23,3 на 100000 в 2009, шизофрения – с 5,1 в 1999 году до 7,3 в 2009, умственная отсталость – с 9,2 до 10,5 соответственно (рисунок). Исключение составляют психические расстройства органического характера, включая симптоматические расстройства, что связано, возможно, с определенными дефектами диагностики данной группы расстройств.



Распределение психических болезней по нозологии
(на 100 тыс. населения)

Разумеется, что вовремя не диагностированное или не излеченное заболевание может стать причиной любых форм психопатологии с результирующей инвалидностью.

В настоящее время среди пациентов, получивших лечение в амбулаторных психиатрических учреждениях Таджикистана, 36 % составляют женщины и 8 % – дети и подростки. По данным ВОЗ (2009), в Таджикистане в общем числе психических расстройств (44937 зарегистрированных случаев) лидирует отставание в умственном развитии, составляющее 40 %. Второй причиной, по которой пользователи психиатрических услуг обращаются в амбулаторные учреждения, является диагноз шизофрении (26 %), за которым следуют невротические расстройства (4 %).

В соответствии с установленной процедурой, психические и поведенческие расстройства в связи со злоупотреблением алкоголем или наркотиками наблюдаются в наркологических учреждениях. Согласно статистике, ежегодно ВТЭК устанавливает группу инвалидности по причине психических болезней около 400 больным, среди которых преобладают инвалиды II группы. Квалифицированная наркологическая помощь в республике оказывается, в основном, государственными наркологическими уч-

реждениями. При этом используется технология краткосрочных курсов детоксикации и медикаментозной терапии. Психотерапевтические методы коррекции химической зависимости, методы психологического консультирования, комплексной медико-социальной реабилитации, иглорефлексотерапии и другие используются крайне редко в силу острого дефицита специалистов данного профиля. Истинная эффективность медикаментозного лечения героиновой наркомании не превышает 6-8% ремиссий в течение года [3].

Вследствие психических заболеваний в период с 2006 по 2010 гг. инвалидами стали 6167 человек (таблица). Вместе с тем анализ данных о причинах психических заболеваний в Таджикистане должным образом не осуществляется, а результаты органам здравоохранения в виде соответствующих рекомендаций не представляются.

Данные по инвалидизации населения вследствие психических заболеваний в 2006-2010 гг.

Год	Первичная инвалидизация				Повторная инвалидизация				Всего
	Всего	по группе инвалидности			Всего	по группе инвалидности			
		I	II	III		I	II	III	
2006	362	40	266	56	840	46	720	74	1202
2007	418	59	299	60	794	10	255	9	1212
2008	379	60	285	34	872	64	756	52	1251
2009	370	50	293	27	799	43	911	45	1169
2010	432	68	347	17	893	24	834	35	1333
Σ	1961				4198				6167

Мероприятия в области обеспечения психического здоровья с 2002 года регулируются Законом Республики Таджикистан "О психиатрической помощи", но практическая реализация данного законодательного акта у республики осложнена отсутствием единого, подробного и четко сформулированного плана в области психического здоровья.

Вся психиатрическая помощь в Таджикистане предоставляется в специализированных учреждениях и в основном базируется в госпитальных учреждениях, а услуги в области психического здоровья на уровне сельских общин не оказываются. В

стране функционируют 53 амбулаторных психиатрических учреждения, которые предоставляют услуги взрослым, подросткам и детям, а также существует единственный Республиканский центр психического здоровья для детей и подростков, обеспечивающий стационарные услуги для детей и подростков.

Из-за неудовлетворительного уровня заработной платы наблюдается резкий дефицит кадров – 0,8 чел. на 10000 населения. В районах имеются кабинеты психиатра, но не все они укомплектованы специалистами, и функцию психиатра выполняют невропатологи.

В Таджикистане функционируют 15 центров для лечения психиатрических расстройств, стационарных отделений в 2008 г. было 13, в 2009 – 12.

Министерство здравоохранения Таджикистана не в состоянии выделить средства, чтобы удовлетворить в полном объеме все запросы психиатрических учреждений. Из государственного бюджета выделяются недостаточные средства, предназначенные главным образом для покрытия заработной платы и расходов на продукты питания и базовые медикаменты.

В период с 1996 по 2000 гг. в рамках реформы здравоохранения произошло большое сокращение психиатрических коек, однако современные учреждения альтернативного плана так и не были созданы. К сожалению, число коек для взрослых продолжает сокращаться: с 1595 в 2008 г. до 1490 в 2009 г., для детей и подростков всего 25 коек. Помимо койко-мест в психиатрических учреждениях, также имеется 25 койко-мест для лиц с психическими расстройствами в стационарных судебно-психиатрических отделениях. Необходимо отметить, что больные пограничными психическими расстройствами зачастую проходят курс лечения у невропатологов, и число неврологических коек ежегодно увеличивается. Так, в 2008 г. общий фонд составлял 998 койко-мест, который в 2009 г. вырос до 1011.

В 2008 г. в Таджикистане работало 164 психиатра и 275 невропатологов, а в 2009 г. число специалистов выросло до 172 психиатра-нарколога и 277 невропатологов. Существующие сложности относительно выделения наркологов из числа психиатров при существующей практике совмещения двух ставок оп-

ределило представленную выше категорию врачей психиатров-наркологов, в число которых входят все психиатры, работающие в психиатрических палатах/отделениях и психиатрических кабинетах.

С сожалением приходится констатировать, что услуги по охране психического здоровья в Таджикистане не получают должной поддержки со стороны международных организаций и фондов. Некоторые неправительственные организации осуществляют некоторые виды деятельности для пользователей психиатрических услуг, но, как правило, у них отсутствует постоянный штат, специалисты работают в неприспособленных условиях, испытывают нужду в диагностическом оборудовании и лекарственных препаратах, а их деятельность зависит от донорской поддержки. Такое положение дел усугубляется отсутствием налаженной координации между различными НПО, а также между НПО и государственными службами.

Важный вклад в анализ существующей системы охраны психического здоровья внесла в 2009 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая провела сбор информации о системе охраны психического здоровья в Таджикистане с использованием инструмента оценки системы охраны психического здоровья (ВОЗ-ИОСПЗ). Цель сбора этой информации заключалась в обеспечении основы для мониторинга изменений, которая позволит Таджикистану разработать планы, основанные на информации о психическом здоровье с четкой базовой оперативной информацией и задачами.

В представленном Отчете ВОЗ рекомендовала следующие шаги по укреплению системы охраны психического здоровья и снижению инвалидности населения по соответствующим основным аспектам этих систем:

1. В области политики и законодательной базы.

Разработка комплексной политики, национальной стратегии и плана действий по охране психического здоровья на основе широкого участия с привлечением всех заинтересованных сторон, таких, как министерства и другие правительственные учреждения, неправительственные организации, пользователи услуг в сфере психического здоровья и их семей и родственников.

2. Услуги по охране психического здоровья.

Создание учреждений сообществ на основе установления долгосрочных партнерских связей с психиатрическими учреждениями при содействии лидеров из стран с четко установленными, гуманными психиатрическими методами и институтами.

3. Психическое здоровье в системе первичной медицинской помощи.

Меры повышения потенциала специалистов в области психического здоровья:

- 1) подготовка провайдеров медицинских услуг с использованием обновленных современных учебных материалов, руководств и протоколов;
- 2) обеспечение благоприятной практики наблюдения / кураторства;
- 3) создание сети направлений / справочной сети между первичной и специализированной помощью.

4. Кадровые ресурсы.

Меры увеличения числа специалистов психосоциального направления:

- 1) усиление информационно-разъяснительной, пропагандистской работы и механизмов мотивации людей этой профессии, то есть повышения престижа этой профессии;
- 2) образовательная подготовка достаточного количества клинических психологов, социальных работников, профессиональных терапевтов и психиатрических медсестер;
- 3) подготовка руководителей и тренеров в области психического здоровья.

5. Связи с другими секторами

Меры усиления связей системы охраны психического здоровья с другими ключевыми секторами:

- 1) привлечение ключевых партнеров и заинтересованных сторон к совместной разработке и реализации политики в области психического здоровья;
- 2) создание межведомственного координационного комитета по вопросам психического здоровья.

6. Мониторинг и исследования

Меры развития и улучшения информационной системы психического здоровья:

- 1) подготовка кадров по вопросам сбора и анализа данных о состоянии психического здоровья на всех уровнях;
- 2) создание системы обратной связи [4].

Таким образом, за последние два десятилетия уровень услуг по охране психического здоровья в Таджикистане не претерпел существенных изменений. Помимо сокращения психиатрических услуг, Таджикистан сталкивается с большими экономическими, социальными и политическими проблемами, включая проблемы инфраструктуры. Несмотря на то, что Декларация и План действий, одобренные европейскими государствами-членами ВОЗ в 2005 г. в Хельсинки, поставили психическое здоровье в качестве приоритета, Таджикистан до сих пор не провел реформу в этой области.

Приходится констатировать, что на сегодняшний день, к сожалению психическое здоровье населения не является приоритетной задачей социального развития страны а вопросы инвалидизации психически больных все еще продолжают оставаться одними из актуальных.

Представленный анализ о психическом здоровье и инвалидизации населения Таджикистана позволит повысить осведомленность как профессионалов, так и лиц, принимающих решения в структуре законодательной и исполнительной власти Таджикистана для разработки эффективной национальной политики и стратегии с четко определенными целями и планом действий по охране психического здоровья, сокращению уровня инвалидизации населения и повышению качества жизни и социального функционирования.

Литература

1. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан / МЗ РТ; Центр медицинской статистики и информации. Душанбе, 2002.
2. Здоровье населения и работа учреждений здравоохранения в 2009 году / МЗ РТ; Республиканский центр по статистике. Душанбе, 2010.

3. Программа по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010 годы: пост. Правительства РТ от 2 апреля 2005 года №113. Душанбе, 2005.
4. WHO-AIMS Report on Mental Health System in the Republic of Tajikistan: Отчёт ИОСПЗ–ВОЗ Система охраны психического здоровья в Республике Таджикистан. Dushanbe, 2009.

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

И.А. Уваров, А.М. Григорьева, Л.Р. Хусаинова, В.Т. Лекомцев

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Понятие "наркомания" гораздо шире и сложнее, чем кажется непосвященному человеку, а список наркотических веществ и препаратов постоянно, к сожалению, дополняется и расширяется. Меняется антинаркотическое законодательство, разрабатываются новые способы лечения зависимости, появляются реабилитационные центры, но число наркоманов не уменьшается. И постепенно вырисовывается новый контур проблемы – наркомания с женским лицом, или, выражаясь научным языком, происходит феминизация наркопотребления.

Медицинская статистика свидетельствует о неуклонном росте числа женщин, потребляющих наркотические вещества. Их доля среди общей популяции больных наркоманией колеблется от 20 до 38 %. Согласно официальным данным, число женщин с впервые установленным диагнозом "наркомания" увеличилось в России в период 1993–2002 гг. более чем в 10 раз (Е.А. Кошкина с соавт., 2007).

В.Д. Москаленко (2002) и М.Л. Рохлина (2008) указывают на большое число "факторов риска" у женщин для возникновения мотивации на потребление наркотиков. К этим факторам относятся: наследственная отягощенность наркотическими и психическими заболеваниями, отсутствие эмоциональной связи в системе "родитель–ребенок", хаотический уклад жизни без соблюдения семейных ритуалов и традиций, психопатическая структура личности со склонностью к импульсивным действиям, бед-

ность интересов, слабая мотивация к учебе. Наркотизация женщин оказывает отрицательное влияние на их генеративную функцию, на беременность, на плод, на развитие потомства и, следовательно, на будущее поколение (И.Н. Пятницкая, 1994; Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Г. Робертс, 1997; Е.А. Кошкина с соавт., 2005).

Целью исследования явилось изучение гендерных различий в клинике и течении опиоидной зависимости.

Материалы и методы исследования. Согласно цели и задачам данного исследования, за период с сентября 2009 г. по февраль 2010 г. методом сплошной типологической выборки было проведено обследование 61 больного с зависимостью от опиоидов (героина), находящихся на стационарном лечении в Республиканском наркологическом диспансере МЗ УР (из них мужчин – 25, женщин – 36) в возрасте от 20 до 34 лет. Средний возраст у пациентов мужского пола составил $30,0 \pm 2,6$ года ($p=0,95$), женского – $26,0 \pm 1,2$ года. Общий стажем наркомании варьировал от 2 до 20 лет (в среднем $8,0 \pm 2,4$ года).

В качестве *основных методов исследования* применялись: клиничко-психопатологический, базировавшийся на использовании диагностических критериев и дефиниций Международной классификации болезней 10-го пересмотра (раздел "Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов"), метод случайной типологической выборки, метод корреляционного анализа Спирмена. Считалось, что степень корреляционной связи до 0,3 – слабая, от 0,3 до 0,7 – умеренная и от 0,7 до 1,0 – высокая. Значения данного коэффициента изменяются от +1 при полной позитивной корреляции ранжируемых рядов через 0, в случае полного отсутствия взаимосвязи до -1, если существует полная отрицательная взаимозависимость. Уровень значимости выявленных различий средних значений и коэффициентов корреляции Спирмена оценивался по соответствующим таблицам (А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, 2003).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась в программе SPSS для Windows 11.5, а также для Microsoft Excel 2005. Достоверность полученных результатов оценивалась по критерию Стьюдента с уровнем значимости $p < 0,05$.

В качестве *основных инструментов исследования* была специально разработана анкета, включающая в себя анамнестические, социодемографические сведения, клиническую часть, а также данные узких специалистов (терапевта, невролога, гинеколога).

Результаты исследования. По всей видимости, мужчины, новаторы по своей природе, склонны пробовать все неизведанное (в том числе и наркотики), а женщины – консерваторы и любой новый опыт накапливают и закрепляют. По данным нашего исследования, подавляющее число женщин – 24 (66,7 %) втягивались в потребление наркотиков под влиянием (физическим, морально-психологическим, экономическим) мужчины – наркозависимого (супруга, друга или сексуального партнера). И любопытство как мотив первого обращения к наркотику у женщин зачастую поддерживается, а затем и удовлетворяется с помощью "друга".

Причинами употребления наркотиков у больных мужского пола явились: интерес – у 19 пациентов (76,0 %), влияние криминальных группировок и бригад – у 3 (12,0 %), избавление от чувства неудовлетворенности работой, социальным статусом – у 2 (8,0 %), устранение чувства усталости, вызванного напряженным трудом на работе и дома – у 1 больного (4,0 %) (рис. 1).

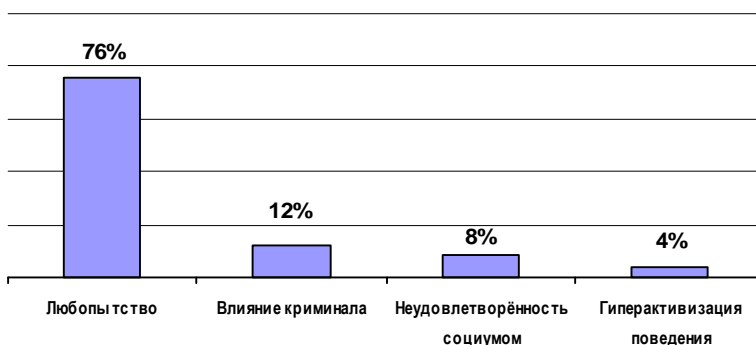


Рис. 1. Мотивации употребления опиоидов у больных мужского пола

Мотивациями употребления опиоидных наркотиков у больных женского пола являлись: желание преодолеть свою пассив-

ность, робость – у 18 больных (50,0 %), желание быть равными с мужчинами в различных аспектах жизни – у 7 (19,0 %), поднять тонус – у 4 (11,1 %), устранить чувство одиночества – у 4 (11,1 %), желание уйти от жизненных и семейных проблем – у 2 (5,5 %) и другие причины – у 1 (2,9 %) больной (рис. 2).

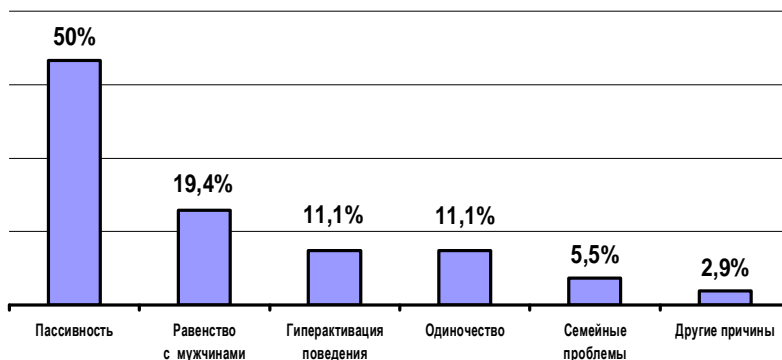


Рис. 2. Мотивации употребления опиоидов у больных женского пола

В отношении возраста приобщения исследуемых женщин и мужчин к наркотическим средствам существенных различий между ними не выявилось – средний возраст начала потребления наркотика – $18 \pm 0,03$ года ($p=0,95$).

Первыми наркотиками у мужчин и женщин были героин и ацелированный опий (53 %), препараты конопли (32%), первитин и амфетамины (15%).

По нашим исследованиям, у женщин в два раза чаще по сравнению с мужчинами наркомания формировалась в течение первого года наркотизации. У половины наблюдавшихся женщин (18, или 50 %), наркомания сформировалась в течение трёх месяцев после начала наркотизации. Более быстрое формирование зависимости у женщин по сравнению с мужчинами можно объяснить тем, что у мужчин обычно наблюдался более длительный период эпизодического употребления наркотиков – 13 (52 %) больных, тогда как женщины чаще и быстрее, чем мужчины, после начала наркотизации переходили на систематический прием героина (рис. 3).

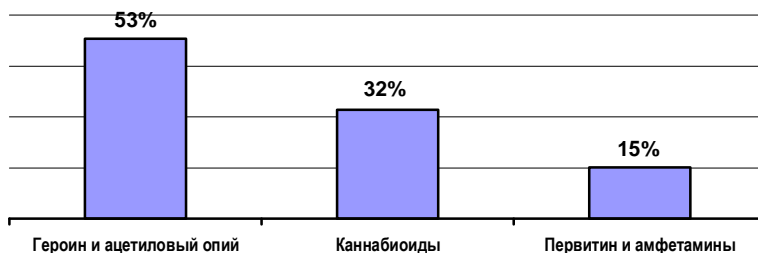


Рис. 3. Психоактивные вещества, с которых начинались пробы наркотиков.

У 4 исследуемых больных женского пола наблюдалась ремиссия от 5 до 12 месяцев, тогда как у 8 больных мужского пола ремиссия продолжалась от 3 до 5 месяцев, т.е. если у женщин ремиссии все же наступали, они были значительно более продолжительны, чем у мужчин ($p < 0,05$).

К формированию ремиссий у больных женского пола чаще всего приводило соматическое неблагополучие, связанное с наркотизацией, – у 17 (47,2 %), большей продолжительности ремиссии нередко способствовали положительное влияние мужа или родителей – у 12 (33,3 %). Среди причин рецидивов у женщин, так же как и мужчин, были эмоциональные расстройства, обусловленные самой наркотизацией (тревожные расстройства, дисфории, депрессии) – 40 случаев (65,6 %), стремление с помощью наркотиков облегчить личные проблемы – 15 случаев (24,6 %), что также подтверждается в работе М.А. Винниковой (2004).

Употребление опиоидов как мужчин, так и женщин приводило к тяжелым медико-социальным последствиям. Так, у 54 исследуемых (88,5 %) в анамнезе были гепатиты В и / или С, у 20 (32,8 %) – ВИЧ-инфекция.

Особенно негативно сказалось влияние опиоидов на репродуктивную функцию женщин-наркозависимых: у 12 (33,3 %) наблюдались нарушения менструального цикла, у 15 (41,7 %) – бесплодие. У 27 (75 %) женщин, страдающих наркоманией, имелись дети, при этом 6 (22,2 %) из них родились недоношенными, с низкой массой тела и другими физическими и умственными дефектами, а у 2 (7,4 %) выявлены гепатиты В и С.

Таким образом, проведенное изучение гендерных особенностей героиновой наркомании выявило следующие отличия:

1. У больных мужского пола более долго присутствует период эпизодического употребления героина, тогда как у больных женского пола быстро формируется систематический прием.

2. Ремиссии у женщин наступают значительно реже, но они более продолжительны, чем у мужчин.

3. Формированию ремиссий у больных женского пола чаще всего приводило соматическое неблагополучие, связанное с наркотизацией, а большей продолжительности ремиссии способствовало положительное влияние близких родственников.

4. Особенно негативно сказалось влияние опиоидов на репродуктивную функцию женщин-наркозависимых, среди которых наиболее часто встречались нарушения менструального цикла и бесплодие.

Литература

1. *Винникова М.А.* Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004. 243 с.
2. *Кошкина Е.А.* Оценка распространенности употребления психоактивных веществ в различных регионах Российской Федерации: аналитический обзор / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, В.М. Гуртовенко. М., 2007. 52 с.
3. *Кошкина Е.А.* Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, Ю.Н. Ружников. М., 2005. С. 10–41.
4. *Мерков А.М.* Санитарная статистика / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков. М.: Медицина, 2003. 372 с.
5. *Москаленко В.Д.* Медико-генетическое консультирование в наркологии: руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 351–357.
6. *Пятницкая И.Н.* Наркомании. М.: Медицина, 1994. 541 с.
7. *Рохлина М.Л.* Наркомании // Национальное руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
8. *Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г.* Наркология. М.: Бинном, 1997. 317 с.

ЦЕННОСТНО-КОММУНИКАТИВНАЯ СФЕРА ЛИЧНОСТИ ПРИ АУТОАГРЕССИВНОМ ПОВЕДЕНИИ

В.В. Герасимова, А.М. Карпов, А.Н. Грязнов, Д.И. Дергунова

*Институт педагогики и психологии профессионального образования,
Казанская государственная медицинская академия,
Казанский государственный энергетический университет, Казань*

Введение. Аутоагрессивное поведение студентов, их инфантильное отношение к потреблению психоактивных веществ все чаще становится объектом внимания службы практической психологии и психотерапии. Известно, что к формам аутоагрессивного поведения относятся алкоголизация, наркотизация, курение и другие виды химической зависимости. Суицид является крайней формой аутоагрессивного поведения, тогда как употребление психоактивных веществ может рассматриваться как проявление отсроченного во времени, опосредованного саморазрушения, не противоречащего культурным традициям. Взаимосвязь между аутоагрессивным поведением и употреблением алкоголя и наркотиков в литературе изучена недостаточно, в частности, не исследованы ценностно-коммуникативные особенности студентов, склонных к прямому и опосредованному саморазрушению.

Согласно данным Центра по исследованию самоубийств ВОЗ, самый высокий уровень самоповреждающего поведения среди женщин отмечается в 15-24 лет, а среди мужчин – в возрасте 12-34 лет. Россия выходит на второе место в мире по числу суицидов на 100 тысяч постоянно проживающего населения [1].

Показатели распространенности опосредованного саморазрушения в форме потребления наркотиков и алкоголя в России также крайне высокие. В докладе Управления ООН по наркотикам и преступности за 2010 год прозвучало, что Россия и страны ЕС являются мировыми лидерами по употреблению героина [2]. По данным Минздравсоцразвития России, с 1990 по 2008 год потребление алкоголя возросло в 1,8 раза. Также растет число студентов, курящих кальян, наносящих татуировки, ведущих "ночной образ жизни".

Для исследования взаимосвязей между аутоагрессией и химическими аддикциями у студентов целесообразно определить их ценностные ориентации и коммуникативные особенности. "Система ценностных ориентаций личности выступает в качестве регулятора и механизма развития, определяя форму реализации намеченных целей и при утрате ими побудительной силы в результате их достижения, стимулируя постановку новых значимых целей" [4]. То, какие ценности выбирает для себя человек, в значительной степени влияет на его мировоззрение и поведение. Ценностные ориентации человека определяют стиль его жизни и круг общения.

Люди со сходными ценностными ориентациями обычно легко находят понимание друг у друга и испытывают взаимную симпатию. Личности с противоположными ценностными ориентациями редко становятся единомышленниками и чаще испытывают антипатию друг к другу. Следует заметить, что ценностные ориентации людей являются очень важным фактором, детерминирующим характер взаимоотношений.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе высших учебных заведений города Казани в 2010 году. В нем приняли участие 296 студентов, из них 146 чел. (49 %) – юноши, 150 чел. (51 %) – девушки в возрасте от 18 до 20 лет.

Определение студентов с аутоагрессивным поведением осуществлялось с помощью методики выявления ауто- и гетероагрессивности Е.П. Ильина. Склонность студентов к алкогольной и наркотической зависимости (аддиктивные особенности) выявлялась с помощью теста "Склонность к зависимому поведению" А.Н. Грязнова, Е.А. Чеверикиной.

Изучение ценностно-коммуникативных особенностей студентов с аутоагрессивным поведением, склонных к зависимости от алкоголя и наркотиков, проводилось с помощью методики "Рейтинг" М.Г. Рогова, А.Н. Грязнова.

Сбор эмпирических данных осуществлялся с использованием анкет-опросников.

Результаты исследования и их обсуждение. По опроснику ауто- и гетероагрессии Е.П. Ильина было установлено, что из

296 студентов направленность агрессии на себя имеют 123 человека (46 %), направленность агрессии на других – гетероагрессия выражена у 136 обследуемых (42 %), у 37 студентов (12 %) направленность агрессии имела сходные значения.

Результаты теста "Склонность к зависимому поведению" А.Н. Грязнова, Е.А. Чеверикиной обнаружили, что общая склонность к зависимости у студентов с аутоагрессивным поведением имеется у 110 чел. из 123 (89,5 %), у 13 чел. (10,5 %) общая склонность не выражена.

Для изучения ценностно-коммуникативных особенностей студентов с аутоагрессивным поведением, с высокой и низкой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков нами из общей выборки были вычленены группы студентов по интересующим нас параметрам. Отметим, что численность каждой выборки адекватна для используемого статистического инструментария: выборка студентов с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков составила 67 человек, а с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости – 43 человека.

Исследование ценностей студентов с аутоагрессивным поведением и высокой и низкой склонностью к зависимости, проводилось посредством анализа блоков, в которых группируются конкретные ценности. Блоки ценностей отражают основные аспекты их жизни, т.е. то, к чему может стремиться конкретный человек. Высокий вес, или значение конкретной ценности может означать не только ее значимость, но и то, что именно эта ценность еще не достигнута, не реализована на сегодняшнем этапе жизни.

Наиболее значимыми блоками ценностей для студентов с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков являются "общение" (1 ранг, значение – 4,62), "удовольствия, увлечения" (2 ранг, значение – 4,21), "труд" (3 ранг, значение – 4,20) и "материальные" (4 ранг, значение – 4,17). Для студентов с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости приоритетными блоками ценностей являлись "общение" (1 ранг, значение – 5,15), "активная жизнь" (2 ранг, значение – 4,73), "удовольствия, увлечения"

(3 ранг, значение – 4,56), "труд" (4 ранг, значение – 4,39) (табл. 1). В группах сравнения приоритетным блоком ценностей является общение. В группе студентов аутоагрессантов с высокой склонностью общение сопряжено с удовольствием, увлечениями. В группе студентов с низкой склонностью общение сопряжено с активной жизнью, по-видимому, это способствует повышению их адаптивности. Отметим, что для студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости блок ценностей – активная жизнь имеет самое низкое значение, что позволяет компенсировать социальную невостребованность, незрелость, наполнять свою жизнь псевдозанятиями саморазрушающего характера.

Таблица 1

Выраженность блоков ценностей у студентов с аутоагрессивным поведением с высокой и низкой склонностью к зависимости

Блоки ценностей	С высокой склонностью к зависимости		С низкой склонностью к зависимости	
	Ранг	Значение	Ранг	Значение
Общение	1	4,62	1	5,15
Удовольствия, увлечения	2	4,21	3	4,56
Труд	3	4,20	4	4,39
Материальные	4	4,17	9	3,72
Семейная жизнь	5	4,15	10	3,57
Социально-статусные	6	4,13	6	4,06
Личностные качества	7	4,12	7	4,06
Общечеловеческие	8	4,07	5	4,07
Развитие, самосовершенствование	9	4,04	8	3,86
Активная жизнь	10	3,95	2	4,73
Критериальные	4,4		4,62	

Для студентов с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков наименьшее значение имеют такие ценности, как "активная жизнь" (10 ранг, значение – 3,95), "развитие, самосовершенствование" (9 ранг, значение – 4,04) и "общечеловеческие" (8 ранг, значение –

4,07). Социально-статусные ценности, ценности семейной жизни и личностные качества занимают места в середине ранжированного ряда блоков.

Для студентов с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков наименьшее значение имеют блоки таких ценностей, как "семейная жизнь" (10 ранг, значение – 3,57), "материальные" (9 ранг, значение – 3,72) и "развитие, самосовершенствование" (8 ранг, значение – 3,86). В середине ранжированного ряда блоков ценностей были размещены ценности: "общечеловеческие", "социально-статусные", "личностные качества".

Критериальными ценностями в методике являются такие, как "удовлетворённость и радость от здорового образа жизни", "удовлетворённость и радость от образа жизни алкоголика" и "полноценная жизнь в обществе (благополучие в семье, на работе, здоровые увлечения и т.д.)" (табл. 2).

Таблица 2

Выраженность критериальных ценностей среди студентов с аутоагрессивным поведением с высокой и низкой склонностью к зависимости

Ценности	С высокой склонностью к зависимости		С низкой склонностью к зависимости	
	Значение	Ранг	Значение	Ранг
Удовлетворенность и радость от здорового образа жизни	4,68	2	4,12	20
Удовлетворенность и радость от образа жизни зависимого от наркотиков и других ПАВ	4,66	3	5,35	5
Полноценная жизнь в обществе (благополучие в семье, на работе, здоровые увлечения и т.д.)	3,86	38	4,39	13
Критериальные	4,4		4,62	

Как видно в табл. 2., студенты с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков имели низкий средний балл по такой ценности этого блока, как "полноценная жизнь в обществе" (3,86), а студенты с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости – "удовлетворенность и радость от здорового образа жизни"

(4,12). Это свидетельствует о том, что студенты аутоагрессанты с высокой склонностью к зависимости от психоактивных веществ не довольны своей жизнью в обществе. Им свойственно искаженное понимание здорового образа жизни и образа жизни аддикта. Они стремятся к здоровому образу жизни, однако считают, что самым эффективным способом выхода из состояния напряжения, опустошенности является компания, приветствующая нарушения режимных элементов образа жизни и поощряющая употребление алкоголя и наркотиков. Студенты с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости стремятся получить радость от образа жизни человека, зависимого от алкоголя и наркотиков. Возможно, это результат тех трудностей, которые они испытывают в противостоянии агрессивной пронаркотической культуре.

У студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости выявляется сопряженность собственной склонности к зависимости с людьми, имеющими одноименную зависимость. Известно, что зависимость от ПАВ является иллюзорно-компенсаторной деятельностью. У студентов с высокой склонностью к зависимости отношение к потреблению ПАВ является иррациональным. В нем присутствует символическое представление о ПАВ как о критериях, характеризующих здоровье, выносливость, зрелость, силу, мужественность. Понятие здорового образа жизни является искаженным, так как оно включает употребление ПАВ.

Для студентов аутоагрессантов с низкой склонностью к зависимости характерно наличие среди друзей людей, злоупотребляющих ПАВ. По-видимому, это позволяет им компенсировать ощущение собственной несостоятельности, малоценности сравнением с людьми менее нормативными, на фоне которых они чувствуют себя более адаптированными.

В сравнении показателей наименее значимых ценностей обнаружено, что для группы аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости не представляет ценности полноценная жизнь в обществе (благополучие в семье, на работе, здоровые увлечения и т.д.), здоровый образ жизни, активная жизнь в обществе, т.е. те ценности, которые исключают алкоголизацию и

агрессию. В группе студентов аутоагрессантов с низкой склонностью к зависимости наименее значимыми ценностями оказались: высокооплачиваемая работа, хорошие отношения в семье и семейное благополучие. Возможно, это следствие одиночества, недовольства собой, дистанцирования от семьи и профессионального сообщества, пребывания в состоянии выученной беспомощности.

Нами изучались коммуникативные особенности в системе механизмов отношений у студентов с аутоагрессивным поведением с высокой и низкой склонностью к зависимости (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительный анализ данных выраженности механизмов отношений в группах студентов с аутоагрессивным поведением с высокой и низкой склонностью к зависимости и лиц, не подверженных алкогольной, наркотической зависимости

Механизмы отношений	С высокой склонностью к зависимости		С низкой склонностью к зависимости	
	Значение	Ранг	Значение	Ранг
Эмоциональное эхо	4,69	1	4,29	5
Дефицит	4,64	2	4,58	3
Содействие	4,56	3	4,71	1
Бумеранг	4,55	4	4,68	2
Созвучие	4,2	5	4,36	4
Критерий "удовлетворений"	4,9		4,54	

Для студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости ведущее место занимает механизм "эмоциональное эхо" (1 ранг, значение – 4,69). Действие этого механизма проявляется как эмоциональный отклик на переживания другого человека. Оно выступает как проекция тех эмоциональных состояний, которые субъект переживает в данный момент. Высокая значимость данного механизма свидетельствует о характерной для них напряженности в собственных переживаниях, об умении замечать и понимать состояние окружающих лиц, фиксировать на них свое внимание. Мы склонны оценивать этот механизм как "дефицитарный", именно поэтому он настолько значим в этой группе.

Следующий по значимости механизм "дефицит" (2 ранг, значение – 4,64), который заключается в оценивании человека с позиции социально значимых, но относительно редких качеств. Для студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости лица, не подверженные алкогольной зависимости, являются уважаемыми, они в них видят иное смысловое содержание и жизненные приоритеты. Они видят то, что им не свойственно.

На третьем по значимости месте стоит механизм "содействие" (3 ранг, значение – 4,56). Он характеризуется волевым опосредованным отношением, которое связано с удовлетворением человеческих устремлений любой модальности. Среди студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости люди, ведущие здоровый образ жизни, считаются скорее всего мешающими достижению их целей, реализации волевых установок и стремлений. В связи с тем, что данный механизм находится в середине рангового распределения, он не несет большой функциональной нагрузки. В основном общение студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости является усеченной категорией, в которой крайне редко может быть интегрирована личность с актуализированными здоровьесберегающими ценностями.

Следующим механизмом отношений в ранговом распределении является "бумеранг" (4 ранг, значение – 4,55). Действие этого механизма проявляется в эмоциональном ответном отношении. Очевидно, что оно представлено достаточно слабо в межличностных отношениях студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости с людьми, не подверженными алкогольной, наркотической зависимости.

Отметим, что механизм "созвучие" (5 ранг, значение – 4,2) является замыкающим в ранговом распределении механизмов отношений. В связи с этим можно предположить, что студенты с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости ориентированы прежде всего на себя, не готовы к конструктивным, доверительным отношениям с людьми, не подверженными зависимостям от психоактивных веществ.

Студенты с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости имеют очевидные отличия в выраженности механизмов отношений с людьми, не подверженными алкогольной, наркотической зависимости относительно группы сравнения.

Для них приоритетным является механизм "содействие" (1 ранг, значение – 4,71). Это может свидетельствовать о том, что лица, не подверженные зависимости от ПАВ, тяготеют к общению с людьми этой категории, хорошо их понимают, осознают свои недостатки, которые могут оказать негативный эффект на общение.

На второй позиции находится механизм "бумеранг" (2 ранг, значение – 4,68). Можно предположить, что студенты аутоагрессивные с низкой склонностью к зависимости симпатизируют людям, ведущим здоровый образ жизни, так как это конгруэнтно их образу жизни.

На третьем месте рангового распределения расположен механизм "дефицит" (3 ранг, значение – 4,58). Это может свидетельствовать о том, что формально образ жизни людей, не подверженных зависимости, им близок. Однако содержательная сторона не имеет желаемого наполнения. Студенты аутоагрессивные с низкой склонностью к зависимости чувствуют себя ущемленными в общении и взаимодействии.

Механизм "созвучие" (ранг 4, значение – 4,36) и "эмоциональное эхо" (ранг 5, значение – 4,29) являются замыкающими в ранговом распределении. Можно предположить, что им не свойственно эмоциональное сближение в общении, проявление морально-психологического сродства и согласия для облегчения взаимопонимания.

Сравнительный анализ выраженности механизмов отношений в группах студентов с аутоагрессивным поведением с высокой и низкой склонностью к зависимости и в группах лиц, не подверженных алкогольной, наркотической зависимости, показал наличие существенных различий в них (табл. 4).

Приоритетным механизмом отношений студентов с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости лиц, подверженных зависимости, является "эмоциональное эхо" (1 ранг, значение – 5,54) и "бумеранг" (2 ранг, значение – 5,35).

Следовательно, для этих групп характерна общность переживаний, интересов, вариантов решения проблемных ситуаций. Они достаточно хорошо понимают и чувствуют друг друга.

Таблица 4

Сравнительный анализ выраженности механизмов отношений в группах студентов с аутоагрессивным поведением с высокой и низкой склонностью к зависимости и в группах лиц, подверженных (алкогольной, наркотической) зависимости

Механизмы отношений	С высокой склонностью к зависимости		С низкой склонностью к зависимости	
	Значение	Ранг	Значение	Ранг
Эмоциональное эхо	5,54	1	5,16	4
Бумеранг	5,35	2	5,2	2
Содействие	5,32	3	5,29	1
Дефицит	5,25	4	4,91	5
Созвучие	5,15	5	5,14	3
Критерий "удовлетворений"	5,34		5,33	

У студентов аутоагрессантов с низкой склонностью к зависимости ведущее место занимает механизм "содействие" (1 ранг, значение – 5,16), который, однако, сменяется механизмом "бумеранг" (2 ранг, значение – 5,2). Высокая значимость данного механизма свидетельствует о том, что потребности студентов связаны с ожиданием друг от друга помощи и поддержки. Можно предположить, что им легче строить отношения с этой категорией, так как они не испытывают рядом с ними большого напряжения, они ощущают некоторое свое превосходство на их фоне, что придает им чувство уверенности, востребованности, значимости.

Отметим, что у студентов с аутоагрессивным поведением и разной склонностью к зависимости в отношении лиц, подверженных зависимости, имеются отличия, в том числе и в замыкающих ранговое распределение позициях. Для студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости это механизм "созвучие" (5 ранг, значение – 5,15), а для группы сравнения – "дефицит" (5 ранг, значение – 4,91). В первом случае для представителей группы очевиден диссонанс в отношениях, который

ими либо не осознается, либо осознанно игнорируется. Для студентов с низкой склонностью к зависимости лица, подверженные зависимости от ПАВ, являются категорией, не заслуживающей особого внимания и уважения.

Выводы. Ценностно-коммуникативные особенности студентов с аутоагрессивным поведением с высокой и низкой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков имеют существенные отличия, на которые в большей степени влияет выраженность уровня склонности к зависимости.

Ценностные ориентации студентов аутоагрессантов с высокой склонностью к зависимости более деформированы и ориентированы в большей степени на негативную направленность;

Выраженность механизмов отношений у студентов с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости с лицами, не подверженными алкогольной, наркотической зависимости, значительно отличается от отношений студентов с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости. Если для первой группы не характерно выстраивание доверительных отношений с людьми, не подверженными зависимости от психоактивных веществ, то вторая группа тяготеет к общению с ними, готова к сотрудничеству и взаимодействию.

Выраженность механизмов отношений у студентов с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости с лицами, подверженными зависимости, очевидно, отличается от отношений с ними студентов с аутоагрессивным поведением и низкой склонностью к зависимости. Для первой группы – это лица с близкими переживаниями, сходным отношением к действительности, однако они в меньшей степени готовы откровенно и честно делиться с ними своими проблемами, меньше доверяют. Вторая группа студентов относится к лицам, подверженным алкогольной и наркотической зависимости, достаточно снисходительно, доверяет им, готова оказать им материальную помощь и моральную поддержку.

Эти результаты могут найти практическое применение в психокоррекционных, психотерапевтических, профилактических программах для учащихся высших учебных заведений, об-

наруживающих высокую склонность к аутоагрессии и химической зависимости.

Литература

1. *Газизова Р.* Суицид – выход для умных и свободных? // Молодежь Татарстана. 03.12.08. Режим доступа: <http://moltat.ru>
2. Доклад ООН. Режим доступа: <http://3rm.info/3840-rossiya-zanyalopervoe-mesto-v-mire-po.html>.
3. *Рогов М.Г.* Ценности и мотивы личности в системе непрерывного профессионального образования: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Ярославль, 1999. 39 с.
4. *Яницкий М.С.* Ценностные ориентации личности как динамическая система. Кемерово: Кузбассвуиздат, 2000. 204 с.

ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

РИТУАЛЫ В КИРГИЗСКОЙ КУЛЬТУРЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.С. Молчанова, Г.А. Айтапаева

*Американский университет Центральной Азии,
Культурно-исследовательский центр "Айгине", Бишкек, Киргизия*

Та теоретическая наука, представители которой внушают друг другу идеи на языке в лучшем случае, понятном лишь малой группе близких попутчиков... в перспективе... обречена на бессилие и паралич... сколько бы ни продолжался и как бы упрямо ни поддерживался этот стиль для избранных в пределах этих изолированных групп специалистов.

*Эрвин Шредингер,
1952 [6; 32]*

“What happened at the dawn of the world is happening still”.

Sir Arthur Conan Doyle

Приведенные в качестве эпиграфа к статье слова Эрвина Шредингера (6, с.32), вполне, на наш взгляд, приемлемы для отражения нарастающего отчуждения официально принятых моделей описания, объяснения и прогноза психических расстройств от тех когнитивных схем, в рамках которых существуют живые люди современной Киргизии. Приходится признать тот удручающий для специалистов факт, что коэффициент доверия к представителям официальной сферы психического здоровья невысок, в то время как оказание психологической (по своей сути) помощи народными целителями становится все более и

более популярным, особенно среди населения отдаленных от столицы регионов. В пользу приведенного аргумента свидетельствует нехитрая статистика: 89 % пациентов, впервые поступивших в отделение соматоформных расстройств и психотерапии в 2005–2006 годах и практически 100 % пациентов приемно-диагностического отделения Республиканского центра психического здоровья, расположенного в городе Бишкек, имели предварительный опыт обращения к представителям народной целительской практики. Более того, по данным культурно-исследовательского центра "Айгине", число паломников к святым местам Иссык-Кульской и Таласской областей с 2004 по 2006 год увеличилось вдвое, причем основными причинами посещения остаются проблемы, связанные со здоровьем.

Приходится признать, что в ситуации устойчивой социальной нестабильности традиционные киргизские ритуалы, далекие от рациональности, и даже здравого, с точки зрения психиатра, смысла, пользуются гораздо большей популярностью как методы психологического и терапевтического воздействия, чем способы помощи, предлагаемые официальной медициной. Совершенно другую проблему затрагивает вопрос об их эффективности и безопасности, на который мы постараемся ответить чуть позже.

Ритуал – проблемы определения, функции и значение. Определение ритуалов Роя Раппапорта, приведенное в импонирующей нам монографии Адама Селигмана и Роберта Веллера, описывает их поведенческую и когнитивную составляющие, оставляя в стороне символическое значение ритуала и его основные функции [21]. В понимании Роя Раппапорта ритуал – "это более или менее неизменная последовательность формальных актов и высказываний, не полностью понимаемых совершающими их лицами". Расшифровывая это понятие, вполне соответствующее ведущей в настоящее время парадигме в сфере психического здоровья, авторы "For Rituals" выделяют несколько основных функций церемониальной активности, соглашаясь с второстепенностью символического значения действий, скрываемых за стабильной последовательностью формальных актов. В качестве основной функции ритуала они называют создание "условной" или "компромиссной Вселенной". В свою очередь, эта новая

"Как-Если-Бы" реальность примиряет с необходимостью существования в мире, расщепленном на непримиримые противоположности во всех своих возможных ипостасях. Таким образом, классическое психодинамическое понимание ритуала как поведенческого комплекса, имеющего в своей основе функционирование механизмов психической адаптации¹, сохраняющего видимость целостности личности и направленного на частичное разрешение интрапсихического конфликта, не отвергается, а, скорее, обобщается до универсальных масштабов. Коротко суммируя общие функции всевозможных ритуалов, начиная от простого "Здравствуй, как дела?" и заканчивая сложными, выработанными в процессе эволюции церемониями захоронения, Адам Селигман и Роберт Веллер указывают на адаптационный характер "Как-Если-Бы" Вселенной. Ритуалы способствуют преодолению границ между людьми, государствами, племенами и в то же время сохраняют их; позволяют быть нормативными, придерживаясь принятых в данном сообществе правил поведения ("условностей") независимо от спонтанно возникающих чувств и желаний. Их четкое выполнение снижает уровень различных по происхождению и приспособительному значению страхов, а также, что немаловажно, помогает поддерживать самооценку на приемлемом как для личности, так и для коллективного индивидуума уровне. Позволим себе добавить, что процесс сохранения и передачи четких правил выполнения последовательных процедур позволяет воспринимать непрерывность течения времени, преемственность между прошлым и настоящим, репрезентирует стабильность знаковых для данной культуры ценностей, придает смысл жизни и, в целом, заметно упрощает регуляцию поведения в сложном и непредсказуемом мире. Оставаясь пока на позициях выбранной когнитивной модели и используя только законы формальной логики, можно объяснить не только трепетное сохранение старых, но и предсказать появление новых ритуалов в жизни граждан современной Киргизии. Если психоло-

¹ Данный термин кажется нам в данном контексте более приемлемым, чем "Эго-защитные механизмы", так как включает в себя понятия компенсации, разрядки, саморепрезентации (Self-representation) и других, более сложных образований, имеющих приспособительное для личности значение.

гической основой ритуала является расщепление, то наличие его очевидных признаков в разных сферах жизни обычного жителя нашей страны¹, которые отражаются в индивидуальном сознании, требует использования готовых (что гораздо проще) и создания новых (что сложнее) регуляторных механизмов, удерживающих в условно-собранном состоянии (читай: в состоянии условного психического здоровья) личность и общество.

Почему методы борьбы официальной медицины с методами народного целительства неэффективны? Киргизские традиционные ритуалы, предпринимаемые с лечебной целью, отличаются характером создаваемой "промежуточной" [21] Вселенной. Они формируют условия для реальности, занимающей пограничное положение между миром, данным нам в ощущениях, и миром иррациональным, населенным духами умерших предков и Природы, сверхъестественными сущностями; измерением, где возможны события, противоречащие законам классической науки ("чудеса"), миром страшным, но сильным. Ритуалы создают условия для диалога между обычными людьми и сверхъестественным при условии наличия подготовленного посредника – избранного, умеющего поддерживать контакт как с "этой", так и с "той" реальностью. Понятно, что избранные, вынужденные балансировать между реальностями, сами порой пребывают в пограничном состоянии, демонстрируя в ряде ситуаций радостно узнаваемые психиатрами признаки психического расстройства. Опять же понятно в целом негативное отношение представителей официальной медицины к народным целителям и борьба против явления в целом: компромисс между двумя столь различными представлениями о мире кажется маловероятным. С другой стороны, предпринимаемые способы переубеждения населения не могут иметь желательную эффективность по двум основным причинам.

¹ Территориальное расщепление между севером и югом, сравнительно недавно приобретенной независимостью и пока еще живым советским прошлым, научными веяниями и традиционной картиной мира, цивилизацией и традиционной культурой и др.

Первая заключается в том, что вера в сверхъестественное¹, как убедительно доказывают постепенно завоевывающие популярность эволюционно-когнитивные исследования, является продуктом выживания и приспособления человека. Так, David Buss [8] повторяет, что “вера ... есть результат эволюции, причем имеющее такое же значение для выживания и преуспевания человека, как и особое положение большого пальца на человеческой кисти”, а убедительные результаты изящных экспериментов когнитивного психолога – атеиста Jesse Bering [9, 10, 11], позволили ему сформулировать следующий вывод: “Вера в Бога, в духов или в жизнь после смерти может быть побочным продуктом эволюционно приобретенного дара человеческого существа понимать параметры внутренней реальности себе подобного”. Ни в коем случае не противоречит приведенным высказываниям мнение российского философа А.П. Назаретяна [4], придающего мистическому страху ранних гоминид перед умершими драматическую по адаптационному значению силу². Способность наделять "другого" разумом (“theory of mind”), тесно связана с рефлексией, воображением и фантазированием³, кроме того, это еще и результат проекции характеристик своей личности на то, что видится – слышится – чувствуется, поэтому характеры сверхъестественных персонажей вполне естественно отражают особенности внутренних состояний и поведения групп людей, принимающих без доказательств факт их существования.

Вторая причина заключается в особенностях традиционной модели мира, в соответствии с которой человек есть часть природы и неотделим от нее, поэтому разрыв естественной связи приводит к жизненным трудностям, иногда – к болезни; духи предков (*арбаки*) являются не только объектом поклонения, но и

¹ Рискнем перефразировать: хотя бы на уровне желания поверить в чудо.

² "Чрезвычайно развившийся психический аппарат таил в себе... опасность... и решающее приспособительное значение в процессе орудийного развития гоминид приобрело “болезненное воображение”, формирование мистического страха уберегло гоминид от реальной опасности самоистребления”.

³ Интересно, что рудименты этого дара сравнительно не так давно были обнаружены у высших обезьян [11].

источником получения информации о настоящем и будущем, знающими советниками и незаменимыми помощниками в лечении страждущих.

Традиционная картина мира приводит к формированию традиционного же представления о "здоровье" и "болезни" [2]. В редких случаях болезнь может быть своеобразным свидетельством избранности для последующего духовного пути и предшественником появления особых способностей. Реальность того, что обозначается сейчас термином "*кыргызчылык*" – существование сверхъестественных способностей у избранных [7], является предметом научных обсуждений и споров, фабулой множества самых невероятных историй и документальных описаний ритуалов, совершаемых на святых местах (*мазарах*). Собственно, киргизская духовная практика не является в этом случае исключением [14, 16, 17] – активные интеллектуализации окружают спиритические культы в Латинской Америке [16] и церемонии общения с духами предков в Африке [13]. Прекрасный пример инициации избранного и последующего обращения к духам (ритуал *doro remvura yenyota* – церемония посвящения старшему из предков – VaBhunu) у людей племени Zezuru, приводит в своей работе Peter Fry [14]. Не вдаваясь в подробности, отметим только поразительное сходство признаков "избранности" у людей Zezuru и отмеченных "*кыргызчылык*". Странная болезнь с неблагоприятным прогнозом служит своего рода предвестником последующей инициации. У "избранного" не остается выбора – или посвятить свою жизнь посредничеству между миром людей и Высшими силами, или погибнуть [14]. Старейшина племени должен совершить обряд посвящения высшему духу в присутствии членов семьи. Обряд строго ритуализирован, проводится *n'ganga* (колдуном) и включает в себя традиционные песнопения, телодвижения и прием священного напитка (особого пива у Zezuru). После дня, проведенного в окружении близких родственников, обрядов *n'ganga*, ритуалов в честь старших духов предков племени, избранный становится посредником в коммуникации между реальностями. Сигналом к завершению церемонии инициации становится его полное выздоровление.

Удивительно похожий алгоритм прослеживается у представителей киргизской традиционной культуры. В частности, долгая и продолжительная болезнь с неясным диагнозом и бесполезные обращения к представителям официальной медицины повторяются в каждом случае. Непонятные и пугающие сновидения или видения становятся откровением (*аян*), во время которого избранный получает информацию о своем предназначении. Обязательный поиск старшего, учителя, способного разъяснить происходящее и ритуал посвящения с жертвоприношением на святом месте в присутствии близких родственников знаменуют собой окончание свободы выбора жизненного пути и начало реализации своего предназначения.

Многочисленные интервью с людьми, избранными для духовного служения с прогнозируемым постоянством демонстрируют одинаковые вехи их личностной истории. Свобода выбора в этом случае заключается в выборе между жизнью с предназначением и гибелью в случае отказа от него. Результаты балансирования между желанием "быть как все" и естественной базовой потребностью выжить принимают порой химерические формы. Эти люди в любом случае остаются "иными" как для современного, так и для традиционного общества, стигматизированными собственным даром чудаками – потенциальными клиентами представителей официальной психиатрии.

Следует отметить, что "истинных" избранных, прошедших подобные испытания, немного¹. Гораздо чаще болезнь воспринимается как результат неверного понимания желаний, а иногда и требований *арбаков* или же возникает как следствие их явного недовольства действиями и самим образом жизни страдающего человека, как прямое указание изменить что-либо, например восстановить нарушенную связь человек – природа.

Методологические сложности изучения традиционной картины мира и ритуалов. Перечисление трудностей, связанных с изучением особенностей традиционной картины мира и лечебных ритуалов, способно превратить данную статью в солидный манускрипт. Заметим только, что результаты использо-

¹ Один из исследовательских проектов КИЦ "Айгине" посвящен изучению судьбы людей, ставших избранными.

вания даже столь, казалось бы, распространенного метода, как метод наблюдения, существенно меняются в зависимости от степени "включенности" наблюдателя в систему, за которой наблюдение ведется. На знаменитый вопрос Альберта Эйнштейна (цит. по [6; 40]) "Меняется ли Вселенная, если на нее смотрит мышь?"¹, мы без колебаний отвечаем "Да", добавляя, что в процессе включенного наблюдения за Вселенной неизбежно меняется и сама мышь – взаимодействие есть многосторонний процесс, приводящий к трансформации поведения всех участников. Нормальная доказательная наука в эпоху смены научных парадигм неизбежно теряет часть своей доказательности, так как новорожденные системы взглядов диктуют использование иных инструментов исследования даже для уже, казалось бы, хорошо изученных явлений. Отсутствие убедительных и логичных объяснений непонятных феноменов и их несоответствие принятой системе вызывает к жизни функционирование механизмов психологической защиты, таких, как отрицание ("этого не может быть, так как этого не может быть никогда"), рационализацию ("это все самовнушение"²) и обесценивание ("они тут все ненормальные"). Этот совершенно естественный процесс, помогающий справиться с возникающей тревогой при встрече с неизвестным и непрогнозируемым, формирует весьма прочные дополнительные барьеры, препятствующие исследованию всего того, что не вписывается в узкие "нормальные" рамки.

Попытки использования *количественных* методов исследования традиционной картины мира прогнозируют ряд артефактов, наиболее невинной причиной которых является понятное стремление респондента отразить в ответах на вопросы не столько "истину", сколько совокупность представлений о самом себе, которые могут быть достаточно далеки от репрезентаций того же самого человека окружающими. Более того, рутинные статистические методы обработки результатов не дают пред-

¹ Цит. по: Пригожин И., Стенгерс И.. Порядок из хаоса: новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 1986.

² Интересно, что уже появляются работы, показывающие, *какие* биологические изменения может вызывать психологическое воздействие, например работы Глена Габбарда [15].

ставления о динамике явления, фиксируя, как на фотоленке, какой-то определенный момент состояния системы, которая в другое время или при наличии других условий (например, иное отношение к группе исследователей) может претерпеть существенные изменения. Следует также отметить, что доступными для изучения часто становятся лишь поверхностные признаки феномена, в нашем случае – открытое для окружающих поведение целителей и страждущих на *мазарах*, немногочисленные записи и документальные свидетельства, слухи и мифы, отношение к явлению со стороны широких слоев населения. Вывод о необходимости междисциплинарного (как минимум, историко-антропо-социопсихологического) подхода к описанию и объяснению того, что не вмещается в рамки какого-то одного научно-направления, столь очевиден, что представляется банальным.

Тем не менее не стоит отказываться от фотоаппарата только потому, что пока нет кинокамеры. Результаты использования комплекса строго формализованных интервью на материале 200 респондентов – жителей Таласской области позволили подтвердить наличие мощного культурального подкрепления феномена народного целительства. Так, большинство (77,5 %) опрошенных нами, не подвергают сомнению факт существования людей, способных общаться с душами умерших; 44,9 % респондентов уверены в том, что души умерших способны проявлять себя и общаться с живыми (заметим, не только с избранными). Похожие результаты демонстрируют ответы и на многие другие прямые утверждения интервью, описывающие способности посредников, их ответственность и значение для сообщества в целом.

Основные этапы целительских ритуалов. Ритуалы целительства, при всем своем многообразии, имеют несколько стабильных составляющих: они проводятся в несколько этапов на святом месте (*мазаре*), в определенное время определенным *человеком*.

Основные ступени целительского ритуала неудивительным образом укладываются в алгоритм формирования классической диады "директивный психотерапевт – пациент". "Неудивительным" потому, что основные приемы работы с живым человеком с неизменной последовательностью повторяются в самых раз-

личных системах теоретических координат, многократно проверены практикой и рекомендуются к использованию начинающим специалистам.

Итак, *первый этап* (назовем его "*подготовительным*") начинается с создания у страждущего мотивации обращения за помощью к другому – "знающему", более умелому и сильному, потенциально способному помочь. Логично, что формирование мотивации происходит одновременно с нарастающим осознанием ограниченности своих ресурсов, отказа от собственных амбиций излечиться без посторонней помощи и, что немало важно, готовности переложить ответственность за результат терапии на дружественные плечи. Желательно, чтобы фигура, от которой ждут помощи и на которую, соответственно, перекладывают ответственность за последствия вмешательства, была как можно более могущественной. В этом отношении у народных целителей имеются определенные преимущества перед представителями официальной медицины. Первые являются всего лишь посредниками в коммуникации пациента со сверхъестественными силами (само воплощение могущества, другое дело – захочет ли подобная сила вмешиваться в динамику течения болезни – выздоровления), в то время как вторым в прямом смысле слова "трудно быть богами". Заметим, что в среде избранных существует своего рода иерархия, в основу которой положено интуитивное понимание силы коммуникатора. Точно так же, как и в любой профессии, эффективность профессии посредничества между "той" и "этой" реальностями оценивается по конкретным результатам деятельности: способности правильно диагностировать недуг, предупреждать об опасности, подсказывать способ решения проблем.

Второй этап – ожидание процедуры, необходим для нарастания эмоционального напряжения у пациента и создания условий безоценочного восприятия словесных инструкций и действий целителя, которые принимают характер гипнотических внушений. Если добавить, что в этап ожидания процедуры входит еще и нелегкий горный путь к месту ее проведения, обмен позитивными (зачастую) слухами о могуществе как *мазара*, так и практикующего там святого человека, рассказы и легенды о

чудесных событиях, то целитель получает, в соответствии с психотерапевтической терминологией, "хорошо подготовленного клиента" для работы в техниках директивного внушения. Напряженность этапа ожидания ритуала усиливается проведением жертвоприношения высшим силам (Богу, покровителю мазара, духам предков), ведь именно они будут играть основную роль в процессе последующего лечения.

Этап встречи с целителем или его помощником и налаживание эмоционального контакта. Отметим, что обязательной составляющей целительского дара является выраженная способность к эмпатии – сочувствию и сопереживанию. Целители обычно внимательные и активные слушатели, мастерски использующие известный в клиент-центрированной терапии прием вербализации. Эффективность этого приема, тем не менее, существенно зависит от способностей одаренного. Так, один из наиболее простых вариантов заключается в назывании очевидных признаков страдания ("у тебя болит голова..., ты боишься..., у тебя проблемы в семье"), в более сложных случаях целитель поражает пациента изложением таких подробностей его личностной истории и настоящего состояния, которые могут быть известны только очень ограниченному кругу избранных. Источник подобных знаний, тем не менее, известен заранее – целитель является лишь посредником в коммуникации, а важность переданной им информации зависит от желания *арбаков* общаться с больным.

Дуйшенкул Адылов [2], подробно исследовавший феномен народного целительства в Киргизии, выделяет следующие основные категории посредников¹.

Шайык – хранитель святого места, избранный зачастую вне своего осознанного желания, посвятивший себя духовному служению. Многие *шайыки* демонстрируют способности к целительству без достаточной медицинской подготовки, и могут иметь одну из перечисленных ниже "специализаций".

Куучу ("прогоняющий"), сходен с шаманом, соединяя в себе жреца и врача (*дарыгера*). Куучу верят в *кудая* (древнего тюрк-

¹ Здесь перечислены только те категории избранных, которые в выборке Д. Адылова были представлены наибольшим количеством респондентов.

ского бога). Они – хранители уникального опыта киргизских шаманских традиций; как "черные", так и "белые" куучу используют широкий арсенал самых разнообразных атрибутов. Так, подвески в виде хвостиков (*кандолек*) символизируют сильного мифического зверя, схожего с медведем. Оружие, чаще нож и *камча* – это символы защиты от злых духов. Ритуальный *асата-як* – символ жизни, и, одновременно, источник особого ритма во время сеансов коллективной магии.

Бакшы считают целительство своей основной профессией, они религиозны и соблюдают все обряды и предписания ислама. "Бакшы – это профессионалы, создающие и разрабатывающие образцовую систему шаманизма, его мифологию и поэзию" (К. Шулембаев, 1975). Многие из них обладают даром поэтической импровизации и хорошо играют на *комузе*. Процесс целительства часто начинается с песнопений и музыки, так как хорошая музыка, как и красивое, ритмичное слово, нравится душам.

Кёз-ачык (ясновидящий) – человек, считающий себя способным предвидеть будущее, разгадать что-то из прошлого и диагностировать болезни других. Это целители, как считается, получившие в силу разных причин и мотивации "признание" духов, но, как показывают наблюдения, не имеющие достаточного опыта работы и взаимодействия с пациентами.

Четвертый этап – этап изменений, во время которого налаживается мистический контакт с духами предков. Используются как усиливающие эффект приемы (ритм, молитва, музыка, мелодичное пение у дубана, причитания у женщин, выкрики), так и те природные силы, которые оказывают наибольшее лечебное воздействие именно на этом мазаре (умывание или обрызгивание водой из святого источника, питье, прикосновение к лечебным камням или деревьям). Чтение молитв, жертвоприношение и общая для всех участников ритуальная трапеза поддерживают общее состояние веры в помощь сверхъестественных сил.

Пятый этап логично включает в себя директивные инструкции для пациента о правилах поведения и ритуальной активности по возвращении домой.

Целители versus шарлатаны. Целью нашей работы не является подробное описание содержательной части традиционных киргизских ритуалов, это обширный материал, достойный последующей систематизации в монографии ученого-антрополога. Есть, тем не менее, два вопроса, ответить на которые мы обязаны в контексте этой статьи: в каких случаях показана помощь народного целителя и чем отличаются (если отличаются) истинные избранные от шарлатанов.

Суммируя свой опыт взаимодействия с одаренными, мы смогли выделить несколько значимых, на наш взгляд, критериев, которые характерны если не для всех, то для многих из них.

Итак, подлинные целители или прошли все этапы инициации или являются носителями знаний, передающихся из поколения в поколение. Они чудаки и бессребреники, придающие материальной стороне существования не слишком большое значение. Многие из них действительно находятся на границе между психической нормой и патологией, а данные электроэнцефалограммы часто выявляют признаки снижения порога судорожной готовности в области правой височной доли. Качественные посредники не проявляют неприятных в коммуникации признаков раздутого Эго, они достаточно просты и дружелюбны, далеки от обвинений других в "неправильном" поведении и терпимы в вопросах вероисповедания. Квалифицированный помощник четко осознает ограничения своих возможностей (как ограничения покровительствующих ему / ей духов) и никогда не возьмется за лечение острых психотических расстройств или онкологических заболеваний. Большинство их пациентов – это люди либо с психологическими проблемами, либо с расстройствами рубрики F4 ("Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства") Международной классификации болезней 10-го пересмотра [3], либо лица с синдромом алкогольной (что чаще) и наркотической (что реже) зависимости. Последняя категория пациентов является в этом смысле особенно благодарной, что, как нам представляется, объяснимо сходством основных этапов проведения психотерапевтической по своей сути процедуры, с деятельностью обществ анонимных алкоголиков (АЛАНОН). При этом следует учесть, что традиционные ритуа-

лы являются гораздо более эмоционально насыщенными. Наконец, что отраднo, целители готовы сотрудничать с представителями официальной медицины и даже направляют своих подопечных к врачам, если специализация помогающих им *арбаков* не подходит для данного конкретного случая. Показаниями для обращения к подобному посреднику могут быть даже классические психосоматозы, например экземы и нейродермиты, при условии глубокой эмоциональной вовлеченности пациента во все проводимые с ним процедуры.

Для шарлатанов, в отличие от истинных целителей, немало важно материальное вознаграждение за проведенную работу. Целительство становится все более и более выгодным бизнесом, помогающим преуспевать и адаптироваться в рамках киргизской культуры. Основное отличие шарлатана от целителя – это его/ее готовность взяться за излечение даже самого запущенного расстройства, и они с легкостью берут мзду с родственников пациента с прогрессивной шизофренией или онкологическими проблемами. Пожалуй, самое неприятное – это демонстрация ими выраженной внешнеобвинительной позиции даже в тех случаях, когда необходимое для медицинского вмешательства время упущено, и состояние пациента необратимо ухудшается.

Шарлатанство – неизбежная теневая сторона целительства, порождается им и существует рядом. К сожалению, реалии современной Киргизии позволяют прогнозировать его дальнейшее развитие...

Возможен ли компромисс между традиционно-духовным и научным подходами к оказанию психологической помощи? Если борьба с распространенным явлением не приводит к желаемым результатам, то, пожалуй, стоит задуматься о возможности использования веками сложившейся практики. Попробуем сформулировать условия имеющейся проблемы в виде логической задачи.

Дано: феномен народного целительства в современной Киргизии продолжает быть популярным не только среди жителей регионов, но завоевывает признание среди хорошо обеспеченных и образованных горожан.

Найти: способы разрешения противоречий между врачами и народными целителями.

Решения. Один из вариантов решения проблемы хорошо известен всем пациентам Республиканского центра психического здоровья, которые обращались как к врачам, так и к целителям. Этот способ подразумевает отчуждение причин болезни от ее симптомов. Причина расстройства объясняется в рамках традиционной парадигмы (например, нарушением связи человек – природа или человек – традиционное общество), поэтому с причинным фактором может справиться только избранный. Что же касается самих симптомов страдания, то (опять-таки с позиций традиционного мировоззрения), они могут сохраниться даже после вмешательства целителя. Подобный парадокс легко объясняется своего рода "порочным кругом органических изменений", который первоначально был запущен некой глубинной причиной страдания. В этом случае болезнь "уже с удаленной причиной" становится мишенью деятельности медика. Подобный способ примирения традиционно-духовного и научно-медицинского не может понравиться ни одному врачу, на долю которого остается, пожалуй, самая неблагоприятная часть взаимодействия с подобным пациентом и ложится вся ответственность за результаты терапии.

Второй способ решения наболевшей проблемы – это применение в официальной психотерапии методов, которые практикуют *куучу*, *бакши*, *кез-ачык* и другие избранные. В качестве только одного примера можно привести использование гениальным психотерапевтом Милтоном Эриксоном техники информационной перегрузки для наведения состояния неформального транса (М. Эриксон, 2002). Метод был заимствован из латиноамериканской магии, пользуется успехом у практикующих психологов "новой волны" и доказал свою эффективность.

Подобное решение требует тщательного изучения лечебных компонентов народной целительской практики и, по возможности, расшифровку их механизмов действия в научных объяснительных моделях. Заметим, что этот выход также далек от идеала, так как заранее предусматривает исключение одного из важнейших факторов лечебного воздействия – мистического обрам-

ления как самой фигуры посредника, так и его ритуалов. Ритмичные постукивания *асатаяком* будут казаться шутовством в контексте строгого врачебного кабинета, да и другая магическая атрибутика вряд ли будет уместна.

Наконец, одним из хороших, на наш взгляд, вариантов сближения традиционно-духовного и научного может стать опыт организации "спиритически – терапевтического" проекта¹, организованного в Пуэрто-Рико в середине 70-х [17]. Его смысл заключался в обмене опытом между специалистами двух противоположных по модели мира профессиональных групп: врачей (преимущественно психиатров и психотерапевтов) и людей, использующих посредничество с духами предков в своей целительской практике. Одним из результатов совместной деятельности врачей и медиумов стало описание механизмов эмоциональной регуляции в контексте взаимодействия.

В заключение отметим, что этот результат не представляется нам самым значимым. Напротив, попытка сближения представителей столь разных мировоззрений, мотивация к обучению друг у друга, формирование диалога и изменение устоявшихся стереотипов революционна по своей сути. И может быть, в реалиях современной Киргизии организация похожего проекта начнет разрушать барьеры непонимания между "чужим научным" и "своим духовным". Кто знает, может быть, как это было и в Пуэрто-Рико, подобное действие создаст предпосылки формирования новой системы взглядов на традиционнорациональные явления – создания прообраза удовлетворительной модели их объяснения, контроля и прогноза.

Литература

1. *Абрамзон С.М.* Киргизы и их этногенетические и историко-культурные связи. Фрунзе, 1990. 351 с.
2. *Адылов Д.У.* Народные целители, практикующие на мазарах: истоки целительства и типы целителей, методы лечебного воздействия и критерии оценки квалификации // *Mazar Worship in Kyrgyzstan: Rituals and Practitioners in Talas*. Bishkek: Aigine Research Centre. 2008. С. 377–394.

¹ The Therapist – Spiritist Training Project.

3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. СПб.: "Оверлайд", 1994. 340 с.
4. Назаретян А.П. Некрофобия и ее роль в человеческой предыстории. // Прикладная психология. 2002. № 6. С. 34–48.
5. Основные направления современной психотерапии /под ред. А.М. Боковой. М.: Когито-центр, 2000. 450 с.
6. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 1986. 330 с.
7. Айраева G. The Phenomenon of sacred sites in Kyrgyzstan: interweaving of mythology and reality // Conserving Cultural and Biological Diversity: The Role of Sacred Natural Sites and Cultural Landscapes. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Paris: UNESCO, 2006. P. 118–123.
8. Bering J.M. The existential theory of mind // Review of General Psychology. 2002. N 6. P. 3–24.
9. Bering J.M. Intuitive conceptions of dead agents' minds: The natural foundations of afterlife beliefs as phenomenological boundary // J. of Cognition and Culture. 2002. N 2. P. 263–308.
10. Bering J.M., Bjorklund D.F. The natural emergence of reasoning about the afterlife as a developmental regularity // Developmental Psychology. 2004. N 40. P. 217–233.
11. Brothers L. The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain // World Psychiatry. 2006. June, N 5 (2). P. 77–81.
12. Carter T.M. The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse // J. of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2004. N 5. P. 409–413.
13. Cox J. Spirit mediums in Zimbabwe // Religious Experience in and on Behalf of the Community. 2005. N 6. P. 190–205.
14. Fry P. Spirits of Protest: Spirit-Mediums and Articulation of Consensus Among the *ZeZuru* of Southern Rhodesia // Cambridge Studies in Social Anthropology. N 14. Cambridge: Univ. press, 1976. P. 65–90.
15. Gabbard G.O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy // British J. of Psychiatry. 2000. N 8. P. 117–122.
16. Koss-Chioino J.D., Leatherman T., Greenway C. Medical Pluralism in the Andes. L., N.Y.: Routledge, 2006. 256 p.
17. Koss-Chioino J. Spirit healing, mental health and emotional regulation // Zygion. 2005. Vol. 40, N 2. P. 409–421.

18. *Crzywacz J., Suerken C. et al.* Older adults' use of complementary and alternative medicine for mental health // *J. of alternative and complimentary medicine*. 2006. Vol. 12, N 5. P. 467–473.
19. *Sullivan W.P.* It helps me to be a whole person: The role of spirituality among the mentally changed // *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993. N 16. P. 125–134.
20. *Titone A.* Spirituality and psychotherapy in social work practice // *Spirituality and Social Work Communication*. 1991. N 2. P. 7-9.
21. *Seligman A., Weller R.* *Ritual and it's Consequences: An Essay on the Limits of Sincerity*. Oxford: Univ. Press, 2008.

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ДИСКУРСИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Е.Л. Николаев, Е.С. Суслова

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары*

Психотерапия, понимаемая как система целенаправленного воздействия психологическими средствами на личность для достижения индивидом способности к гармоничному функционированию в биологической, психологической и социальной сферах [12], применяемая при невротических расстройствах, должна иметь, на наш взгляд, интегративный характер. Предлагаемая модель интеграции различных подходов психотерапии невротических расстройств, может быть рассмотрена на уровне четырех взаимосвязанных модусов психотерапевтического вмешательства.

Симптоматический модус психотерапии. Первый модус – симптоматический. Основной задачей здесь является устранение или смягчение имеющихся клинических симптомов, нарушающих функционирование индивида и чаще всего являющихся непосредственным поводом обращения к специалистам за помощью. Как установлено в ходе нашего исследования, ведущими клиническими симптомами в структуре различных проявлений невротических расстройств у обследованных пациентов являются тревога и депрессия. Несколько реже наблюдаются признаки навязчивых и фобических состояний, которые в свою очередь тесно взаимосвязаны с тревожно-депрессивными проявлениями.

Многие пациенты проявляют готовность к психотерапии именно на этом уровне. Часто они ожидают однократного гипнотического воздействия, которое, по их мнению, способно полностью устранить все имеющиеся у них негативные проявления. В таком случае пациентам подробно разъясняются возможности и ограничения суггестивной психотерапии применительно к каждому конкретному случаю.

Гипнотические внушения, сопровождающиеся появлением состояния измененного сознания, проводятся пациентам как в индивидуальной, так и в групповой форме. При гипнотизации суггестия в виде описания ощущений отдыхающего или засыпающего человека направляется на ту или иную систему восприятия (слуховую, зрительную, кинестетическую) или одновременно на несколько систем. После этого в позитивном формате произносятся ясные и рациональные формулировки лечебного внушения частного характера, обращенного на конкретный симптом (внушение спокойствия, уверенности, хорошего настроения, уравновешенности, эмоциональной устойчивости), или внушения общего характера, ориентированные на гармонизацию состояния всего организма (укрепления жизненных сил, внутреннего равновесия, стабильности, здоровья и т.п.). В зависимости от ожиданий пациента, а также степени его сопротивления суггестии, сами формулировки внушения могут быть более или менее директивными.

Для наведения транса вместо техник классического гипноза используются приемы эриксоновского (недирективного) гипноза. Характер лечебных формулировок здесь наполнен высокой степенью неясности и расплывчатости, что позволяет им свободно включаться в систему индивидуального субъективного опыта пациента. При этом направленность и объем позитивных изменений целиком определяются самим пациентом.

Несмотря на то что гипнотерапию можно отнести к рецептивным техникам психотерапии, которые характеризуются низкой степенью активности пациента и незначительным, нестойким характером положительных изменений [11], применение гипноза в психотерапии несет в себе нескольких позитивных моментов: снижение уровня симпатического реагирования, индивидуальное когнитивное переструктурирование, а также изменение мышления и субъективного течения времени [8].

Более долгосрочных результатов в терапии невротических расстройств на уровне симптоматического модуса можно достигнуть при обращении к возможностям самовнушения, релаксации и аутотренинга, что связано с большей заинтересованностью пациентов, их мотивацией к активной деятельности для решения

собственных проблем. Для этого могут использоваться различные методы: самовнушение по Э. Куэ, самопогружение по Л. Лекрону, исцеляющие настроения Г.Н. Сытина, аутогенная тренировка по И.Г. Шульцу, релаксация по О. Грегору [1] и другие.

Тем не менее психотерапия на уровне симптоматического модуса не является целостной и завершенной формой помощи пациентам с невротическими расстройствами, поскольку затрагивает исключительно внешние проявления нарушений и совершенно не касается глубинных механизмов возникновения патологических состояний. Подобный подход к терапии невротических расстройств может рассматриваться в качестве начального этапа интегративной психотерапии, в ходе которого происходит подготовка пациента к более глубоким формам работы, осуществляемой на уровне следующих модусов психотерапии.

Личностный модус психотерапии. Личностный модус психотерапии основывается на выделении сущности и разрешении внутриличностного конфликта, который является причиной возникновения разнообразной невротической симптоматики.

В классических представлениях о природе неврозов В.Н. Мясищева выделяется три типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический. Неврастенический внутриличностный конфликт определяется противоречием между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны. Истерический внутриличностный конфликт отражает такую форму противоречия, которая встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. Обсессивно-психастенический тип внутриличностного конфликта наблюдается, когда происходит борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками [2].

Причем наличие прямой корреляции между характерологическим типом личности и типом наблюдаемого невротического конфликта не является неперенным условием. В практике, в частности, нередко встречаются такие случаи, когда обсессивно-психастенический конфликт развивается у невротической личности с истерическими чертами.

В ходе психотерапии, проводимой на уровне личностного модуса, создаются условия для того, чтобы пациент установил наличие взаимосвязи между историей своей жизни, системой установившихся отношений, соответствующими им эмоциональными и поведенческими реакциями и невротическими симптомами или психологическими затруднениями. Методологической основой интегративной модели психотерапии невротических расстройств является концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Б.Д. Карвасарский, Г.Л. Исурина, В.А. Ташлыков), именуемой также патогенетической психотерапией (А.А. Александров), которая является дальнейшим развитием учения В.Н. Мясищева и по своим истокам восходит к психодинамическому течению психотерапии [4].

В то же время в систему личностно-ориентированной психотерапии, которая базируется на анализе конфликта и реконструкции системы отношений, органично интегрируются подходы психотерапии симптоматического модуса, а также различные методы когнитивно-поведенческого, гуманистического, других течений психотерапии.

Психотерапия на уровне личностного модуса проводится как в индивидуальной, так и в групповой форме. Индивидуальная форма дает преимущество возможности более глубокой проработки проблемы пациента в рациональной плоскости, плоскости осознания сути его ситуации. Терапевтический эффект здесь наблюдается за счет психологических механизмов идентификации пациента с терапевтом, а также интериоризации пациентом новых когнитивных построений в отношении его личности и проблем, рождающихся в ходе развития межличностных отношений в диаде "психотерапевт – пациент".

При групповой форме психотерапии уровня личностного модуса терапевтическим средством является не личность самого

психотерапевта, а ситуация межличностного взаимодействия в группе других пациентов, которые могут иметь схожие или отличные проблемы. Именно по этой причине значительно возрастает интенсивность контактов пациента, что позволяет увеличивать силу воздействия на его эмоциональную и поведенческую сферы. Атмосфера искренности и принятия, возникающая в группе, помогает пациенту получать эмоциональную поддержку, а затем на ее основе также в группе формировать новые более конструктивные паттерны реагирования и поведения в проблемных ситуациях и закреплять их в качестве собственных адаптивных моделей функционирования.

Семейный модус психотерапии. Понимание актуальных внутриличностных и межличностных проблем пациента с невротическими расстройствами будет неполным без анализа состояния его семейной сферы. Задачей психотерапии на уровне этого модуса вмешательства не может быть реконструкция семейных отношений пациента. Работа ведется в плане модификации устоявшихся стереотипов, которые сложились в процессе дисфункциональных семейных отношений и определяют сегодняшние патологические симптомы и проблемы пациента [6].

Семейный модус психотерапии определяется направленностью на коррекцию межличностных отношений и устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у ее члена, имеющего невротические расстройства.

Данная цель достигается посредством трансформации взглядов членов семьи на проблему от индивидуально-личностного к системному; модификацией проницаемости границ между подсистемами; созданием альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшением эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из родственников; коррекцией различных форм иерархического несоответствия; прерыванием дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи; вынесением на поверхность важных незаконченных дел, открытием семейных секретов; улучшением коммуникативного стиля между членами семьи; облегчением симптомов без возникновения новых сложностей у кого-либо из членов семьи [8].

Несмотря на многообразие существующих теоретических концепций семейной психотерапии, что обуславливает множество ее приемов и методов, чрезвычайно важным является установление семейного диагноза. Для этого определяются: семейная структура (ее связи, иерархия, подсистемы и границы), горизонтальные стрессоры (смещение семейных ролей, стереотипы взаимодействия, семейные секреты, метакоммуникация, триангуляции), вертикальные стрессоры (семейная история, семейный сценарий, цикл развития семьи, трудности перестройки, ресурсы изменений, трансмиссия, травматические события), семейная идеология (семейные нормы, делегирование требований, семейные мифы, семейные ценности, традиции и ритуалы, общий культурный контекст) [8].

Так, построение семейной генограммы позволяет выявить межпоколенный характер проблемы. Беседа по ее обсуждению помогает членам семьи невротического пациента осознать, что симптомы связаны не только с ним, но и с каждым членом семьи. Отсюда следует необходимость изменений не только со стороны одного члена семьи, но и со стороны всех.

Создание семейной скульптуры ее участниками не только воочию выявляет болевые точки семьи и распределение ролей между ее членами, но и дает мощный ресурс для осознания направленности позитивных изменений. При этом каждый член семьи получает возможность определить свое место в данной иерархии и сделать выбор для построения новых отношений в семье, чтобы это было максимально полезно для всех ее членов.

Важной стороной эффективной работы с семьей также является создание психотерапевтом условий для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей для личностного роста ее членов, что, конечно же, положительным образом сказывается и на том ее члене, который имеет невротическое расстройство.

Нарративный модус психотерапии. Выделение еще одного модуса психотерапии пациентов с невротическими расстройствами связано с введением в ее практику понятия "нарратив", которое наряду с представлениями о "дискурсе" занимает центральное место в современной постмодернистской философии и

рассматривается в качестве культурно обоснованной интерпретации определенного аспекта реальности с точки зрения конкретной личности.

В психотерапии нарратив понимается как сообщение пациента о конкретных историях его жизни, прошлого и настоящего с оценками и аффективными установками по отношению к этим историям и действующим лицам. Однако не любое повествование в психотерапии может считаться нарративом. Оно должно отвечать определенным условиям: наличию в ходе рассказа изменений состояния пациента или состояния его окружения, а также отчетливому и конкретному указанию на место, время действия и действующих лиц. Соответственно маркерами нарратива в речи являются: "резюме", предшествующее изложению нарратива; "кода", возвращающая слушателя от повествования к настоящему времени; прямая речь действующих лиц [3].

В нарративной психотерапии считается, что люди склонны интериоризировать ведущие нарративы собственной культуры, полагая, что в них содержится подлинная истина об их идентичности. Данные ведущие нарративы, имеющие глубокие корни в культуре, могут оказывать ограничивающее влияние на развитие личности, сужать многомерное восприятие мира и места личности в нем [16].

К социальным функциям нарратива также относят укрепление социальных связей – групповые нарративы способствуют установлению групповой идентичности и сохранению единства группы [7]. Особо актуальны такие представления о нарративе в ситуациях, когда речь идет о личности в связи с особенностями ее дискурса, свидетельствующими о существовании особой системы смыслов, передающихся посредством повествований.

Работа психотерапевта в русле нарративного модуса ведет к тому, что он ищет скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй [8]. Происходит то, что, по сути, является структурированием смысла посредством нарратива.

В ходе психотерапии ведется работа по выявлению у пациента доминирующего нарратива, который является дисфункциональным по своему характеру и опосредованно отвечает за появление патологической невротической симптоматики. Пси-

хотерапевт демонстрирует пациенту, что смысловая завершенность данного нарратива является видимой, даже если это соответствует общепринятому в данной культуре смыслу, а избранная им направленность понимания – не единственной в ряду большого множества разнообразных альтернатив.

Решению невротических проблем пациента помогает предоставление ему возможности отделения своего субъективного жизненного опыта от привычных стратегий его организации. Так, одни жизненные события могут интерпретироваться им как малозначимые или несущественные, в то время как другим – придаваться масштабы крупных неудач.

Немаловажное значение при нарративном модусе психотерапии имеет переключение пациента с позиции стороннего наблюдателя в позицию непосредственного действующего лица (актанта) нарратива, способного активно создавать новую реальность. Таким образом, через придачу нового смысла актуальным лицам и событиям меняется отношение пациента к травмирующей ситуации.

Еще одной возможностью получения позитивных ресурсов в ходе работы с сообщениями и историями пациентов является перевод их нарративов, занимающих периферическое или латентное место в сознании, в центральное положение. Значимость такой тактики определяется отсутствием их отторжения в виду того, что, несмотря на низкую степень их осознанности, они не являются субъективно чуждыми для личности.

Система новых нарративов, которые создаются пациентом в ходе психотерапии, строится на основе их субъективных предпочтений и конкретных устремлений в будущее. Проблема пациента решается за счет того, что в конструировании новой реальности он становится свободным от собственных ограничений, активным в выборе и гибким в тактике. Создаваемый им нарратив придает позитивный смысл направленности его жизни.

Психотерапия при различных вариантах дискурсивного типа личности. Описанные принципы интегративной модели психотерапии отражают общие направления психотерапевтической работы с пациентами, имеющими невротические расстройства. При создании индивидуальной психотерапевтической програм-

мы и формулировании текущих психотерапевтических задач [5] важное место занимает учет дискурсивных особенностей личности [13, 15]. Последовательная клиничко-психологическая диагностика дисфункциональных особенностей дискурсивной системы личности позволяет определять мишени для эффективной психотерапии конкретного пациента [14].

Психотерапевтические мишени подразделяются на кратковременные (тактические) и долговременные (стратегические) [10]. В нашем исследовании к разряду кратковременных мишеней психотерапии относятся доминирующие эмоциональные состояния, которые оказывают негативное воздействие на адаптационные возможности личности. Среди долговременных мишеней психотерапии, на наш взгляд, оправдано выделять комплекс психологических характеристик личности, в который входят: самосознание личности, ее мировоззрение, система саморегуляции и межличностные отношения, приспособительные механизмы и условия формирования личности в семейной среде.

В каждой из этих категорий в зависимости от варианта дискурсивного типа личности выделена определенная дисфункциональная зона или непосредственные психотерапевтические мишени, воздействие на которые представляет собой ключевую психотерапевтическую задачу (табл. 1).

Содержание табл. 1, так же как и трех последующих, не носит абсолютного характера. Оно является результатом обобщения клиничко-психологических особенностей дискурса у пациентов с невротическими расстройствами. В то же время в них очерчены определенные контуры и направленность психотерапевтического воздействия, наиболее проблемные места в структуре личности и системе отношений пациента, которые обязательно должны детально уточняться и тщательно корректироваться для каждого пациента в контексте его уникальной ситуации.

Дифференцированный вариант дискурсивного типа личности. Степень дисфункциональности дифференцированного варианта дискурсивного типа личности у пациентов с невротическими расстройствами носит нерезко выраженный характер, а потому система психотерапевтических мишеней в данной группе представлена тремя локусами психологического воздейст-

вия – тревожными переживаниями, иррациональными установками магически-мистической направленности и невысоким уровнем автономности.

Таблица 1

Психотерапевтические мишени в структуре личности пациентов с невротическими расстройствами при различных вариантах дискурсивного типа личности

Параметры	Вариант дискурсивного типа личности		
	Дифференцированный	Диффузный	Диссоциированный
Ведущие эмоциональные состояния	Тревога	Тревога	Депрессия
Самосознание личности	–	Самоотношение, основанное на ожидаемом отношении окружающих	Излишняя рефлексивность и избыточная критичность к себе
Мировоззрение личности	Магически-мистическая направленность	Направленность на внешние достижения	Суицидальные склонности
Саморегуляция личности	Зависимость от активности и взглядов окружающих	Прогностическая несостоятельность	Прогностическая несостоятельность
Межличностные отношения	–	Ощущение нехватки межличностного взаимодействия	Неудовлетворенность имеющимися взаимоотношениями
Приспособительные механизмы	–	–	Неконструктивность моделей совладания
Условия формирования личности в семейной среде	–	Избыточный контроль, перфекционизм	Высокая критичность, запрет на проявление эмоций, недоверие к людям

Меньшая выраженность психопатологической симптоматики на субъективном для пациентов этой группы уровне способствует тому, что их мотивация для проведения психотерапии на уровне личностного модуса часто недостаточно сформирована. Такие пациенты нередко проявляют готовность исключительно к биологическим средствам воздействия (чаще – к приему лекарственных препаратов) или выполнению определенных ритуалов, которые сопровождались бы быстрыми позитивными изменениям за счет опыта пребывания в трансом состоянии (табл. 2).

Таблица 2

Содержание психотерапевтических подходов при дифференцированном варианте дискурсивного типа личности

Психотерапевтический подход	Цели психотерапевтического воздействия	Механизмы психотерапевтического воздействия
Суггестивная психотерапия	Смягчение и дезактуализация тревожной и другой патологической симптоматики	Формирование посредством внушения и самовнушения положительных установок
Голотропная психотерапия	Достижение ощущения трансцендентальной связи с окружающим миром, временем и пространством	Эмоциональные переживания в состоянии измененного сознания, вызываемого управляемым дыханием и музыкой
Экзистенциальная психотерапия	Осознание пациентом необходимости принятия ответственности за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути	Освобождение от искажений, фиксаций, односторонности и травматизации, влияющих на переживание

Это обуславливает необходимость обращения к психотерапевтическим техникам суггестивного подхода, подробно описанным выше, и практике голотропной терапии, основанной на приемах работы с дыханием, провоцирующей музыкой, другими формами звукового воздействия, специфической работе с телом и рисованием мандал.

Экзистенциальный подход в форме экзистенциальной гипнотерапии направлен на повышение уровня автономности личности, смягчение негативных последствий воздействия высокой

степени включенности личности в социальную среду.

Диффузный вариант дискурсивного типа личности. Как установлено в нашем исследовании, при диффузном варианте дискурсивного типа личности наблюдается большая выраженность психопатологической симптоматики. В сравнении с дифференцированным вариантом в этой группе пациентов выше уровень дисфункциональных клинико-психологических характеристик личности. Соответственно возрастает число мишеней для психотерапевтической работы и разнообразие целей психотерапевтического воздействия, которые могут достигаться, в частности, приемами психодрамы, гештальт-терапии, структурной семейной психотерапии и экзистенциальной психотерапии (табл. 3).

Интеграции психодрамы в рассматриваемую систему психотерапии способствуют ее такие свойства, как возможность преодоления защитных механизмов, отсутствие формального анализа, отсутствие оценок [9]. В ходе психодрамы происходит творческое осмысление конфликтов, поощряется спонтанность, укрепляются конструктивные поведенческие стереотипы, в том числе в плоскости межличностных взаимодействий и их оценки.

В интегративной модели психотерапии позитивные возможности гештальт-терапии по работе с непосредственными переживаниями пациента в ситуации реального времени обогащаются приемами анализа конфликта, интерпретации различных проявлений психической деятельности. Осознается основа реального самовосприятия и самоотношения на основе внутренних критериев личности.

Вовлечение в процесс психотерапии ресурсов семейной системы пациента делает психотерапевтический процесс более целостным. Структурная модель семейной психотерапии сосредотачивается на актуальном коммуникативном поведении пациента. Изменение коммуникативных стереотипов, как правило, сопровождается поэтапной перестройкой всей системы семейных отношений, что влечет за собой и пересмотр многих сложившихся взглядов и установок, порожденных в недрах родительской семьи.

Экзистенциальный анализ параллельно с концентрацией на извечной теме смысла, рассматривает ценности отношений, проблемы принятия решения, выбора, ответственности. Подоб-

ный анализ жизненной ситуации пациента, его кризисов и тупиков позитивно сказывается не только на эмоциональных симптомах тревожного спектра, но и на его личностном росте, задает вектор дальнейшего осмысленного развития.

Таблица 3

Содержание психотерапевтических подходов при диффузном варианте дискурсивного типа личности

Психотерапевтический подход	Цели психотерапевтического воздействия	Механизмы психотерапевтического воздействия
Психодрама	Возможность переосмысления конфликтов, адекватное самопонимание, модификация неконструктивных моделей реагирования	Спонтанное выражение чувств, связанных с наиболее важными аспектами проблемы
Гештальт-терапия	Восстановление саморегуляции организма через осознание и принятие собственных потребностей, наклонностей	Расширение осознания происходящего "здесь и сейчас" путем устранения рассогласования между вербальными и невербальными проявлениями
Структурная семейная психотерапия	Реконструкция дисфункциональной семейной системы, оптимизация семейных взаимоотношений	Реализация структурных изменений в семейной системе для устранения стабилизирующей роли симптома
Экзистенциальный анализ	Восстановление способности личности к саморазвитию, достижение состояния внутреннего согласия со своей жизнью	Разблокирование внутренних подавленных переживаний для нахождения собственного образа существования в мире

Диссоциированный вариант дискурсивного типа личности. Психологическое состояние пациентов из группы с диссоциированным вариантом дискурсивного типа личности отражает максимальную степень психической дезадаптации при невротических расстройствах. Его тяжесть связана как с нарушением в системах самоотношения и совладания, так и с наличием депрессивных симптомов, сопровождающихся оформленными суицидальными склонностями. По этой причине модель инте-

гративной психотерапии представляет собой систему интенсивного психологического воздействия, в ходе которой предполагаются изменения на четырех уровнях – когнитивном, эмоциональном, поведенческом и телесном посредством приемов и техник поведенческой терапии, когнитивной терапии, телесно-ориентированной психотерапии, групповой динамической психотерапии, потрясающей психотерапии В.А. Ананьева (табл. 4).

При этом когнитивной терапии в методиках А. Бека или А. Эллиса отводится роль научения пациента новым конструктивным сценариям, позволяющим устранить депрессивную насыщенность эмоционального фона и соответствующие им аутодеструктивные тенденции.

Поведенческая терапия в форме различных тренингов здесь направлена на модификацию поведенческих стереотипов пациентов с приданием им черт большей адаптивности, конструктивности, антиципационной компетентности.

Телесно-ориентированная психотерапия влечет за собой положительные изменения в принятии собственной личности, осознании сигналов собственного тела, снятии запретов на свободное проявление эмоций, что делает личность более привлекательной и для межличностных отношений.

Ситуация групповой динамической психотерапии предоставляет пациенту с невротическим расстройством возможность присутствия в плоскости реального эмоционального межличностного взаимодействия, что сопровождается уходом от неадекватных поведенческих стереотипов и выработкой навыков адаптивного совладания.

Потрясающая психотерапия В.А. Ананьева отражает новое видение проблем пациента, выходящее за рамки существующих теорий личности. Узловым моментом этого подхода служит взгляд на жизнь, как последовательность событий, часть которых не является важными для развития, другие – становятся ключевыми в судьбе. Критические события или потрясения в ходе психотерапии рассматриваются пациентами в качестве базового условия их развития. Успешность психотерапии здесь состоит в способности пациента познать и приобрести опыт потрясения, интегрировав его в свою жизнь.

Таблица 4

Содержание психотерапевтических подходов
при диссоциированном варианте дискурсивного типа личности

Психотерапевтический подход	Цели психотерапевтического воздействия	Механизмы психотерапевтического воздействия
Поведенческая терапия	Обретение пациентом новых навыков совладания, повышение коммуникативной компетентности, формирование антиципационной состоятельности, преодоление дезадаптивных стереотипов	Приобретение пациентом коррективного опыта научения с изменениями в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования
Когнитивная терапия	Редукция депрессивной симптоматики, проявляющейся в негативных представлениях пациента о мире, о себе и о собственном будущем	Выявление искажений в мышлении и обучение альтернативным более реалистическим способам формулирования собственного опыта
Телесно-ориентированная психотерапия	Восстановление целостности восприятия пациентом себя как психофизиологического единства во всех его проявлениях	Глубинные личностные изменения за счет освобождения от мышечного напряжения и подавления чувств
Групповая динамическая психотерапия	Коррекция неадекватных отношений пациента с формированием социально-приемлемой системы отношений у участников группы	Интериоризация новых общегрупповых ценностей в процессе внутригруппового воздействия ее участников
Потрясающая психотерапия В.А. Ананьева	Осознание пациентом себя в качестве одной из органичных взаимосоставляющих в миропорядке, встраивание в него без нарушения общего баланса	Постижение индивидуального опыта "потрясения" с переоценкой и переосмыслением жизни и своего пути в ней

Организационные вопросы психотерапии. В условиях Республиканского психотерапевтического центра в г. Чебоксары, на клинической базе которого проводилось данное исследование, организация процесса медико-психологической помощи пациентам с невротическими расстройствами строится в рамках модели тесного взаимодействия работающих здесь специалистов [11].

Обращение лиц с психологическими проблемами или в связи с проблемами психического здоровья производится самостоятельно к врачу-психотерапевту или медицинскому психологу. В ходе приема обратившегося за помощью врач-психотерапевт собирает жалобы, анамнез, оценивает психический статус и устанавливает предварительный диагноз психического расстройства по классификации болезней (в данном случае – невротического расстройства).

При первичном приеме обратившегося психологом специалист определяет характер проблемы и степень ее тяжести. При подозрении на наличие невротического или иного психического расстройства он проводит психологическую диагностику и направляет пациента с результатами к врачу-психотерапевту. В случае отсутствия психических нарушений психолог консультирует обратившегося самостоятельно и разрабатывает для него индивидуальную программу психологической помощи.

После установления предварительного диагноза врач-психотерапевт направляет пациента на консультацию к психологу, который проводит углубленное психодиагностическое обследование пациента, в ходе которого получает дополнительную информацию о его личности, системе значимых отношений. Данная информация помогает врачу-психотерапевту уточнить свое понимание состояния пациента и выставить окончательный диагноз.

Установление окончательного диагноза сопровождается назначением врачом-психотерапевтом комплексного лечения, которое может складываться из психофармакотерапии (лекарственного лечения), собственно психотерапии, других видов лечения (физиотерапии, массажа, рефлексотерапии).

Явным преимуществом подобной формы медико-психологической помощи в условиях Психотерапевтического центра является комплексный характер помощи. Врач-психотерапевт проводит психотерапию, при наличии показаний – лекарственное лечение. Медицинский психолог ведет всестороннюю психологическую диагностику личности и также психотерапию.

В течение всего курса получения медико-психологической помощи пациент интенсивно наблюдается и врачом, и психологом. Врач и психолог в качестве двух котерапевтов организуют групповую психотерапию, в отдельности или совместно проводят сессии индивидуальной или семейной психотерапии.

Подобный подход к оказанию медико-психологической помощи пациентам с невротическими расстройствами помогает значительно повышать ее эффективность.

Таким образом, интегративная модель психотерапии пациентов с невротическими расстройствами строится на основе теории отношений В.Н. Мясищева. В организационном плане психотерапия при невротических расстройствах осуществляется в форме тесного взаимодействия специалистов – врача и психолога, которые взаимно дополняют друг друга, что позволяет значительно повысить эффективность помощи. В зависимости от уровня проработки психологической проблемы пациентом психотерапия проводится на уровне четырех взаимосвязанных модусов вмешательства – симптоматического, личностного, семейного и нарративного. Клинико-психологические особенности дискурсивного статуса личности определяют специфику приложения интегративной модели психотерапии применительно к каждому конкретному пациенту в соответствии с психотерапевтическими мишенями в структуре его личности.

Литература

1. Александров А.А. Аутотренинг. СПб., 2007.
2. Александров А.А. Психотерапия. СПб., 2004.
3. Калмыкова Е.С., Мергенталер Э. Нарратив в психотерапии: рассказы пациентов о личной истории // Психологический журнал. 1998. № 5. С. 97–103.
4. Карвасарский Б.Д. (ред.). Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб., 2006.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1980.
6. Карвасарский Б.Д., Бабин С.М., Бочаров В.В. и др. Очерки динамической психиатрии: Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб., 2003.
7. Квале С. Исследовательское интервью. М., 2003.
8. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб., 2007.

9. *Кулаков С.А., Миназов Р.Д.* Интеграция психодрамы с другими подходами в работе с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами и зависимостями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 59–68.
10. *Логачева С.В.* О возможностях совершенствования психотерапевтической диагностики и лечения с помощью разработки системы психотерапевтических мишеней // Сборник тезисов научной конференции с международным участием "Психиатрические аспекты общемедицинской практики". Санкт-Петербург, 26-27 мая 2005 г. СПб., 2005. С. 277–279.
11. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары, 2006.
12. *Николаев Е.Л.* Словарь по психотерапии и клинической психологии. Чебоксары, 2002.
13. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С.* Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 87–126.
14. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164-170.
15. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15. № 1. С. 328–332.
16. *Фридман Д., Комбс Д.* Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия. М., 2001.

ОБРАЗОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ

ОЦЕНКИ СТУДЕНТАМИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В ФИЛЬМАХ И НАЯВУ

А.В. Голенков

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Чебоксары*

Электросудорожная терапия (ЭСТ) до настоящего времени остается в арсенале средств лечения психических расстройств. Как показало наше исследование, население Чувашии мало информировано об ЭСТ и в основном негативно относится к данному методу лечения [2]. У лиц с медицинским образованием восприятие к ЭСТ значительно лучше, хотя и они демонстрируют не вполне правильные представления. В частности, врачи преувеличивают повреждающее влияние ЭСТ на мозг [10], медицинские сестры оценивают метод как болезненную процедуру и "средство последней надежды" [1], студенты чаще указывают на его архаичность, опасность для жизни, возможность немодифицированного применения, злоупотребления и нецелевого использования [5]. Предубеждения против ЭСТ вполне могли сформироваться у опрошенных из материалов последних 50 лет, однотипно и скудно представленных в отечественных учебниках [3]. Так, описываются возможные осложнения при проведении ЭСТ, приводится небольшой перечень показаний к ЭСТ, требования тщательного соматического обследования, наличия аппарата искусственного дыхания и др. [6].

Остались недостаточно изученными осведомленность студентов-медиков об ЭСТ, влиянии художественных фильмов (в т.ч. демонстрации его положительного образа), различных модификаций (с миорелаксантами и без них) проведения процедур на восприятие данного метода лечения.

Цель исследования: изучить осведомленность студентов-медиков об ЭСТ, их отношение к ЭСТ после просмотра фильма с демонстрацией ЭСТ и посещения сеанса ЭСТ.

Материалы и методы. Опрошено 563 студента-медика, обучающихся на II, IV и V курсах медицинского факультета Чувашского госуниверситета до прохождения курса психиатрии. На младших курсах учился 281 студент, на старших – 282.

Использовались оригинальные анкеты [2], состоящая из шести вопросов (три были закрытыми и три – открытыми). Расчет необходимого размера (доверительная вероятность 95 %) выборки (322 человека) производился на калькуляторе при доверительном интервале – 5 % для 2000 студентов медицинского факультета.

Кроме того, 130 студентов (юношей – 28, девушек – 88) V курса отвечали на вопросы анкеты G. Gazdag et al. [9] два раза: после демонстрации процедуры ЭСТ в фильмах и после посещения сеанса (с миорелаксантами и без них). Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью распределения χ^2 .

Результаты и обсуждение. Знали или слышали что-либо об ЭСТ 326 респондентов (57,9 %). Информированность учащихся младших курсов оказалась ниже, чем у старшекурсников. Так, показатели осведомленности колебались от 34,7 % у студентов-педиатров II курса до 90,5 % у пятикурсников. Главным источником информации (в 43,6 % случаев) выступали художественные фильмы, преимущественно американские. Упоминались названия 20 фильмов (47 повторов), чаще всего "Реквием по мечте" (16 раз) и "Полет над гнездом кукушки" (7). Среди других источников следовали средства массовой информации (28,2 %), книги (11,7 %), знакомые и друзья (6,6 %), учеба (4,6 %), Интернет (4,3 %); не помнили, откуда узнали о методе 1,1 %; 8 % назвали несколько источников информации. Присутствовали на процедуре ЭСТ во время учебы 1,5 %.

Конкретные психические расстройства для назначения ЭСТ назвали всего 77 чел. (23,6 %). Самыми частыми показаниями были названы: шизофрения (42,9 %), возбуждение, опасность для окружающих (23,4 %) и хронические (тяжелые) нарушения

психики (10,4 %), психозы (7,8 %). Другие виды патологии, например депрессия, назывались крайне редко – в 3,9 % случаев.

Отношение к ЭСТ после показа фрагментов фильмов достоверно улучшилось по 10 показателям из 15 (таблица).

Утвердительные ответы студентов
после просмотра сеанса ЭСТ в фильмах и наяву, %

Вопрос анкеты	После		р
	фильма	сеанса	
ЭСТ – морально устаревший метод лечения	49,14	18,10	0,0001
ЭСТ может проводиться без анестезии	58,62	52,59	НД
ЭСТ может проводиться без миорелаксантов	60,34	51,72	НД
ЭСТ вызывает повреждение мозга	44,83	12,07	0,0001
ЭСТ может проводиться нелегально	18,10	11,21	НД
ЭСТ часто злоупотребляют	37,07	10,34	0,0001
ЭСТ используют для контроля за агрессивными больными	59,48	38,79	0,001
ЭСТ используют для наказания непослушных больных	21,55	8,62	0,001
ЭСТ – мучительная (болезненная) процедура	92,24	31,03	0,0001
ЭСТ должна применяться как средство последней надежды	53,45	35,34	0,005
ЭСТ должна применяться как можно чаще в отношении людей из группы социального риска	17,24	20,69	НД
ЭСТ должна применяться как можно чаще в отношении несовершеннолетних	1,72	5,17	НД
ЭСТ – опасная процедура, могущая привести к смерти	70,69	26,72	0,0001
ЭСТ не должна проводиться пациентам старше 65 лет	82,76	29,31	0,0001
Согласились бы на проведение ЭСТ родственнику, страдающему тяжелой (психотической) депрессией	28,45	62,93	0,0001

НД – недостоверно.

ЭСТ с миорелаксантами видели 67,2 % студентов, но только 23,2 % отметили улучшение от введения данной группы препа-

ратов. Большинство особой разницы не увидели, а один студент даже указал на ухудшение в состоянии больного.

Показ двух фрагментов фильмов с информированным согласием пациента ("Доктор Хаус") и эффектом от проводимой терапии ("Чехол" или "Пиджак") достоверно улучшили число положительных оценок у студентов. Однако многие респонденты ссылались на то, что сцены, показанные в фильмах, далеки от реальности. Некоторые открыто возмущались, почему процедуру проводят ребенку и в домашних условиях. Часть студентов высказала сомнение в отношении значительного улучшения после одной процедуры.

В реальной жизни процедура не такая страшная, как в фильме "Пролетая над гнездом кукушки" ("жестокий, агрессивный метод, весьма болезненный, проводимый без анестезии и миорелаксантов для наказания больных").

Результаты проведенного исследования показывают, что большое число студентов-медиков знает об ЭСТ больше, чем население республики (57,9 и 35,2 %; $p < 0,001$). Они к тому же намного лучше относятся к данному методу лечения, не преувеличивают, как население, побочные эффекты и потенциальные риски процедуры [12]. Просматриваются определенные параллели с работой S. Teh et al. [15], в которой почти 60 % респондентов Австралии были знакомы с ЭСТ. Однако студенты оказались менее осведомленными, нежели медицинские сестры (81 %) и врачи (85,7 %) [2]. В другой работе, напротив, медицинские работники меньше, чем студенты, знали и хуже относились к ЭСТ [8].

Данные опроса совпадают с результатами других исследований, в которых фильмы являются главным источником информации об ЭСТ [17]. Образ ЭСТ в кинематографе далек от реальности, так как данная процедура чаще всего используется не в медицинских целях. Как правило, перед проведением ЭСТ больной не знакомится в доступной форме с особенностями такого лечения, не оформляется информированное согласие. Процедура проводится без анестезии и миорелаксантов, вне специализированного кабинета (отделения) и необученным персоналом. Внимание зрителей акцентируются на глубоких и необра-

тимых повреждениях мозга, что опровергается результатами современных научных исследований. Кинематограф преимущественно формирует у зрителя впечатления об ЭСТ как о brutalном и шокирующем методе лечения, вызывая резко отрицательные оценки и сверхсильные эмоции. Процедура представляется мучительной и болезненной. Кинематографисты, как правило, не заботятся о правдоподобности и последствиях такого показа для зрителей [4]. За 60 лет прогрессивно увеличилась демонстрация ЭСТ как негативного, жестокого, вредного и карательного метода лечения, применяемого без эффекта, вызывающего одни отвратительные чувства [11].

Позитивное отношение студентов к ЭСТ после посещения сеанса отмечено и в других работах [5, 7, 12, 17]. Особо эффективны дифференцированные образовательные программы и специальные тренинги с образовательным видео показом [13, 16]. До лекции 50,3 % студентов имели позитивное отношение к ЭСТ, после – 78,1 % [14].

Таким образом, посещение сеанса ЭСТ превосходит по эффективности показ процедуры в фильмах. В результате улучшаются оценки восприятия, большее число респондентов соглашается на применение данного метода для лечения больных. Применение миорелаксантов (модифицированная процедура) не оказало существенного влияния на более позитивное восприятие ЭСТ.

Литература

1. *Голенков А.В.* Что должны знать об электросудорожной терапии медицинские сестры психиатрических учреждений? // Сестринское дело. 2009. № 7. С. 38–41.
2. *Голенков А.В.* Отношение населения Чувашии к электросудорожной терапии // Психич. здоровье. 2010. № 12. С. 46–50.
3. *Голенков А.В.* Описание ЭСТ в отечественных учебниках по психиатрии для студентов медицинских вузов // Материалы 4-го съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. Чебоксары, 2010. С. 273–275.
4. *Голенков А.В., Биктагирова Д.Р., Попова Т.В.* Влияние образа ЭСТ в кинематографе на восприятие его населением // Тюмен. мед. журн. 2010. № 1. С. 54–55.

5. *Голенков А.В., Крылов Д.Н.* Электросудорожная терапия: результаты опроса студентов-медиков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 51–58.
6. *Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И.* Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов. 3-е изд. М.: Медицина, 2006. 576 с.
7. *Abbas M., Mashrai N., Mohanna M.* Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective // J. ECT. 2007. Vol. 23, N 4. P. 260–264.
8. *Byrne P., Cassidy B., Higgins P.* Knowledge and attitudes toward electroconvulsive therapy among health care professionals and students // J. ECT. 2006. Vol. 22, N 2. P. 133–138.
9. *Gazdag G., Kocsis-Ficzere N., Tolna J.* Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy // J. ECT. 2005. Vol. 21, N 2. P. 96–99.
10. *Golenkov A., Ungvari G., Gazdag G.* ECT practice and psychiatrists attitudes towards ECT in the Chuvash Republic of the Russian Federation // Eur. Psychiatry. 2010. Vol. 25, N 2. P. 126–128.
11. *McDonald A., Walter G.* Hollywood and ECT // Int. Rev. Psychiatry. 2009. Vol. 21, N 3. P. 200–206.
12. *McFarquhar T., Thompson J.* Knowledge and attitudes regarding electroconvulsive therapy among medical students and the general public // J. ECT. 2008. Vol. 24, N 4. P. 244–251.
13. *Oldewening K., Lange R., Willan S. et al.* Effects of an education training program on attitudes to electroconvulsive therapy // J. ECT. 2007. Vol. 23, N 2. P. 82–88.
14. *Papakosta V., Zervas I., Pehlivanidis A. et al.* A survey of the attitudes of Greek medical students toward electroconvulsive therapy // J. ECT. 2005. V. 21, N 3. P. 162–164.
15. *Teh S., Helmes E., Drake D.* A Western Australian survey on public attitudes toward and knowledge of electroconvulsive therapy // Int. J. Soc. Psychiatry. 2007. Vol. 53, № 3. P. 247–273.
16. *Warnell R.L., Duk A.D., Christison G.W., Haviland M.G.* Teaching electroconvulsive therapy to medical students: effects of instructional method on knowledge and attitudes // Academic Psychiatry. 2005. Vol. 29. P. 433–436.
17. *Walter G., McDonald A., Rev J., Rosen A.* Medical students knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies // J. ECT. 2002. Vol. 18, № 1. P. 43–46.

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ВПА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Одним из выдающихся событий 2010 года стал региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА), состоявшийся 10-12 июня 2010 года в Санкт-Петербурге. Россия впервые принимала международное мероприятие столь значительного масштаба. Выбор места проведения в нашей стране свидетельствует о возрастающем интересе к достижениям отечественной психиатрии и об укреплении ее позиций в мировом профессиональном сообществе. Организаторами конгресса выступили Российское общество психиатров, Всемирная психиатрическая ассоциация, Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.

Более 1000 делегатов из 56 стран и всех континентов приняли участие в работе конгресса, проходившего на английском языке. Научная программа включала 6 пленарных лекций, 28 симпозиумов, 7 сателлитных симпозиумов, 5 круглых столов, 4 семинара, постерную сессию. Однако сухая статистика не в состоянии передать оживленную рабочую атмосферу этого крупного научного форума, собравшего специалистов из разных отраслей сферы охраны психического здоровья.

К открытию конгресса была приурочена уникальная выставка творчества пациентов "Стены и мосты", собранная благодаря подвижничеству главного врача Санкт-Петербургской больницы им. П.П. Кащенко О.В. Лиманкина. Картины из художественных мастерских России, Франции, Германии и Эстонии, демонстрирующие возможности психосоциальной терапии и творческого самовыражения, были представлены с музыкальным сопровождением дуэта "Хрустальная гармония".

Название конгресса "Традиции и инновации в психиатрии" открывало широкие возможности для обсуждения накопленного опыта и современных подходов к диагностике, лечению и предупреждению психических заболеваний с учетом возрастных и гендерных особенностей, специфики социальных факторов и методического разнообразия.

В содержании пленарных лекций, прочитанных ведущими отечественными и зарубежными специалистами – признанными экспертами в области психиатрии, отразились ключевые темы и проблемы, существующие на данном этапе в сфере психического здоровья. Это касается границ нормы и патологии на примере депрессии (Mario Maj), коморбидности психических расстройств и соматических заболеваний (Norman Sartorius), современных воззрений на особенности течения и нейробиологии шизофрении (Hans-Juergen Moeller), преимуществ биопсихосоциальной парадигмы в психиатрии и перспектив ее реализации в России (Н.Г. Незнанов), расстройств аффективного спектра как самых распространенных, но в то же время не всегда точно распознаваемых (Jules Angst), традиций и современных тенденций развития Российской психиатрии (В.Н.Краснов).

Одним из лейтмотивов конгресса стала идея о необходимости индивидуализированных подходов и внимания к личности больного, а также важности аспектов взаимодействия с пациентом и анализа психопатологических феноменов. Некоторые симпозиумы прошли при активном содействии секций ВПА. Научная программа открывалась обсуждением концептуальных проблем эпистемологии и методологии в психиатрии. Поднимались вопросы обоснования и достоверности знания в данной области, возможности интегративного диалога нейронаук.

Секция ВПА по суицидологии заявила сразу три симпозиума, что ввиду остроты и актуальности темы было вполне обоснованным. Затрагивались и генетические аспекты, и необходимость развернутых предупредительных мер, и общественные формы поддержки лицам, склонным к суицидам, а также меры по улучшению помощи пациентам с депрессией.

С привлечением юристов и психологов обсуждались острые вопросы недобровольных мер, правового обеспечения и соци-

альной защиты недееспособных лиц с психическими расстройствами.

Обучающие семинары были ориентированы, главным образом, на оказание комплексной помощи при катастрофах, а также на гуманистические аспекты психиатрической практики и психотерапии. Особое внимание уделялось подходам, ориентированным на оказание поддержки семьям, детям и подросткам в целях повышения стрессоустойчивости и выработки совладающего поведения в трудных обстоятельствах.

Тематика круглых столов охватывала широкий спектр проблем: от этических и правовых аспектов и оказания комплексной помощи детям и подросткам до вопросов непрерывного обучения психиатрии и психотерапии в Европе.

В рамках конгресса состоялось совещание "Классификация психических и поведенческих расстройств в русскоязычных странах", организованное по совместной инициативе Российского общества психиатров и Департамента ВОЗ по психическому здоровью и зависимостям.

Во второй день обсуждение продолжилось в четырёх тематических группах по следующим разделам: расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и поведенческие расстройства; шизофрения и расстройства шизофренического спектра; расстройства аффективного спектра; психические расстройства детского и подросткового возраста. Основные предложения касались внесения новых рубрик, включающих распространенные и социально значимые психические нарушения, а также необходимости регистрации психотического и непсихотического уровня расстройств и учета особенностей течения заболеваний.

Одно из центральных пожеланий, прозвучавших от представителей ВОЗ в процессе дискуссии, выразилось в необходимости повышения активности русскоговорящих специалистов в ходе подготовки МКБ-11, что предполагает участие в опросах и проведении полевых испытаний, включая работу над отдельными разделами.

По завершении конгресса началась Школа для молодых психиатров России под руководством профессора Нормана Сар-

ториуса (Norman Sartorius). На протяжении нескольких месяцев молодежная секция РОП проводила конкурс, в результате которого были отобраны 15 молодых ученых из Москвы, Петербурга, Томска, Архангельска, Самары, которые в течение трёх дней проходили интенсивный курс.

В целом конгресс дал стимул к новому этапу продуктивного взаимодействия, обмена мнениями и опытом, к диалогу представителей разных стран и вызвал высокую оценку руководства Всемирной психиатрической ассоциации.

*Оргкомитет Регионального
конгресса в Санкт-Петербурге
(Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 4. С. 159–160)*

ОЧЕРЕДНОЙ ФОРУМ ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ В ЧЕБОКСАРАХ

С 1995 г. один раз в пять лет в Чувашии проводятся съезды медицинских и немедицинских специалистов в области охраны психического здоровья населения [3]. Съезды регулярно проводятся по инициативе регионального отделения Российского общества психиатров – Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики и при активном участии руководителей лечебно-профилактических учреждений психиатрического профиля, медицинской и психологической общественности [1, 2, 4, 7].

28-29 июня 2010 г. в г. Чебоксары состоялся очередной IV съезд психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Чувашии. В его работе приняли участие около 200 ученых, врачей, психологов республики, в также гости из Москвы, Иванова, Ижевска, Казани, Кирова, Йошкар-Олы, Нижнего Новгорода, Саранска, Ульяновска [6]. На съезде обсуждались вопросы совершенствования деятельности психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб республики, рассматривались актуальные проблемы клиники, эпидемиологии и лечения психических и наркологических заболеваний, вопросы детской, подростковой, судебной и этнокультурной психиатрии, клинической (медицинской) психологии, психотерапии, суицидологии и сестринского дела в психиатрии.

Открывая съезд, заместитель министра здравоохранения и социального развития республики А.Б. Демаков ознакомил собравшихся с итогами работы отрасли здравоохранения и перспективами ее модернизации в Чувашии. Одними из перспективных задач деятельности здравоохранения на ближайший период являются: увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни населения республики до 67,5 года; уменьшение смертности и инвалидизации трудоспособного населения от

управляемых причин на 5-10 %; улучшение качества жизни и обеспечение активного долголетия в группе лиц пожилого возраста; уменьшение на 10-15 % распространенности заболеваний и их осложнений, связанных с "рисковыми" факторами поведения (курение, употребление алкоголя, нерациональное питание и др.) и управляемыми причинами (травматизм); повышение медико-социальной эффективности системы здравоохранения, обеспечение положительной динамики временной и стойкой утраты трудоспособности, рост удовлетворенности пациентов системой медицинского обслуживания; дальнейшая разработка комплекса взаимосвязанных, спланированных действий с учетом региональных особенностей состояния здоровья населения, его интегральной оценки на территориальном уровне, принятие адекватных управленческих решений.

С отчетным докладом о работе ассоциации выступил ее председатель д-р мед. наук, проф. Е.Л. Николаев. Деятельность ассоциации также охарактеризовал член Правления Российского общества психиатров д-р мед. наук, проф. А.В. Голенков. Затем были подведены итоги конкурса "Лучший по профессии", проводимого ассоциацией по результатам деятельности специалистов республики за пять лет в номинациях: "Психиатрия", "Наркология", "Психотерапия" и "Медицинская психология". Лучшими были признаны: врач-психиатр Комсомольской ЦРБ Н.Д. Краснова, врач психиатр-нарколог Республиканского наркологического диспансера В.В. Капитонов, врач-психотерапевт Республиканского психотерапевтического центра Республиканской психиатрической больницы А.В. Алексеева, медицинский психолог Шихазанской межрайонной психиатрической больницы Т.В. Петрова. Грамотами от ассоциации "За верность профессии" и памятными подарками с благодарностью за работу в службе психического здоровья более тридцати лет были награждены 16 врачей психиатров и психиатров-наркологов.

Пленарные выступления первого дня съезда докладом о работе Республиканской психиатрической больницы и психиатрической службы продолжила ее главный врач М.Н. Макарова. Всестороннюю оценку наркологической ситуации в республике дала главный нарколог Минздравсоцразвития Чувашии доцент

И.Е. Булыгина. Доклад проф. А.А. Чуркина (Москва) был посвящен анализу распространенности психической патологии в Российской Федерации в 2009 г. Выступление проф. М.Ю. Дробужева (Москва) фокусировалось на применении в психиатрической практике современных антипсихотиков. Перед участниками съезда также прозвучали доклады проф. Л.К. Шайдуковой (Казань), канд. мед. наук А.В. Надеждина (Москва), проф. Л.Н. Касимовой (Нижний Новгород).

Второй день работы съезда продолжился новыми выступлениями гостей – проф. Л.Н. Касимовой (Нижний Новгород), канд. мед. наук А.В. Надеждина (Москва), проф. М.Ю. Дробужева (Москва). Свои размышления о реформировании психиатрической службы перед участниками съезда представила лучший психиатр года России Н.В. Соловьева (Москва). Опыт организации антинаркотической профилактической работы поделились главный нарколог Минздравсоцразвития Марий Эл С.В. Бочкарев (Йошкар-Ола), главный нарколог Департамента здравоохранения Ульяновской области Б.В. Песков (Ульяновск). В этот день также прозвучали выступления: А.Г. Кузьмина (Ульяновск) об изучении особенностей личности пациентов с зависимостью от психоактивных веществ с разной степенью активности и длительной амбулаторной программой медико-психологической реабилитации, Е.В. Калининой (Чебоксары) об оценке пациентами своего психического состояния при впервые возникших психических расстройствах, канд. мед. наук Н.М. Абрамовой (Чебоксары) об оказании психотерапевтической помощи лицам, совершившим суицидальные поступки, Т.В. Петровой (Шихазаны) об опыте работы олипрофессиональной бригады по реабилитации лиц с психическими расстройствами, И.Е. Петровой (Чебоксары) о песочной терапии в коррекции тревожности у детей дошкольного возраста, канд. психол. наук Е.С. Суловой (Чебоксары) о клинико-психологических характеристиках дискурса при невротических расстройствах.

В сборнике материалов съезда опубликованы 167 работ авторов, представляющих 30 регионов России, а также Белоруссию, Украину, Таджикистан и Израиль. Представлены 15 разде-

лов: эпидемиологические и организационные аспекты психиатрии, этиология и патогенез психических расстройств, детская и подростковая психиатрия, геронтопсихиатрия, клиническая психиатрия, социальная психиатрия, судебная психиатрия и проблемы экспертизы, психиатрия и смежные области медицины, медицинская психология, психотерапия и суцидология, студенческая психиатрия и наркология, реабилитация психически больных, лечение психических расстройств, организационные, эпидемиологические и клинические аспекты наркологии, терапия и профилактика зависимостей.

К открытию съезда также вышел шестой номер профессионального издания Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов "Вестник психиатрии и психологии Чувашии", предназначенного для широкого и открытого обсуждения ключевых проблем современной психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, вопросов междисциплинарного характера [5]. Формат издания позволяет публиковать оригинальные статьи, обзоры, краткие сообщения, рецензии, информацию о важных событиях. На страницах последнего номера опубликованы статьи на русском и английском языках как признанных ученых, так и начинающих исследователей и практиков из Чувашии, России и из-за рубежа. Электронная версия всех номеров журнала в полном объеме представлена в открытом доступе в сети Интернет по адресу: <http://www.lib.medinform.su>.

По итогам голосования Председателем Чувашской ассоциации врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов на следующие пять лет переизбран д-р мед. наук Е.Л. Николаев. В состав Президиума ассоциации вошли руководители психиатрических и наркологических учреждений республики, профессора и доценты Чувашского госуниверситета, главные специалисты-эксперты Минздравсоцразвития Чувашии. Объявлено о подготовке к XV съезду психиатров России в ноябре 2010 г. в Москве.

Е.Л. Николаев, А.В. Голенков

Литература

1. *Голенков А.В.* История становления психиатрии в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 8-35.
2. *Голенков А.В.* Республиканские научно-практические конференции по психиатрии, наркологии и психотерапии // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 124–132.
3. *Николаев Е.Л.* Профессиональное издание Чувашии ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов и психологов // Материалы 4-го съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов. Чебоксары, 2010. С. 43–45.
4. *Николаев Е.Л., Голенков А.В.* Четвертый Съезд психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Чувашии // Соц. и клин. психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 162–163.
5. *Николаев Е.Л., Орлов Ф.В.* Этапы развития психотерапии и клинической психологии в Чувашии // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 63–67.
6. *Козлов А.В.* Организация и развитие психиатрической службы в Чувашии // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 36–55.
7. *Булыгина И.Е., Федорова С.Д., Андреева А.П.* Наркологическая помощь населению Чувашии // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 56–62.

XV СЪЕЗД РОССИЙСКИХ ПСИХИАТРОВ

9-12 ноября 2010 г. в г. Москве в гостинице "Космос" прошел XV съезд психиатров России, включивший конференции "Современные проблемы психиатрии, наркологии и психотерапии в свете постдипломного образования в России" и "Прогресс и качество помощи в психиатрии". В работе съезда приняли участие 1732 человека, в том числе представители стран ближнего и дальнего зарубежья, международных психиатрических организаций.

На пленарном заседании при открытии съезда выступили с приветствиями: директор Департамента науки, образования и кадровой политики Минздравсоцразвития В.А. Егоров, заместитель начальника Управления по организации Государственного контроля качества медицинской и социальной помощи населению Росздравнадзора А.С. Карпов и председатель Европейской ассоциации психиатров профессор Г.Ю. Меллер, который, кроме того, выступил на съезде с лекцией. Было проведено награждение грамотами Российского общества психиатров за активность в совершенствовании психиатрической помощи ряда региональных психиатрических служб и психиатрических учреждений, а также молодых ученых.

Актуальность обсуждаемых проблем не только привлекла значительное число участников съезда, но и обусловила насыщенность регламента: состоялось 25 заседаний, включая указанные конференции, посвященных различным аспектам состояния психиатрической помощи, терапии, реабилитации, наркологии, психотерапии, медицинской психологии, детско-подростковой психиатрии, геронтопсихиатрии, судебной психиатрии, отдельным диагностическим формам и наиболее значимым проблемам психиатрической науки и практики; более частные вопросы стали предметом обсуждения на 14 симпозиумах и круглом столе.

Большая социально-медицинская значимость проблем психиатрии связана с тем, что по данным Всемирной ассоциации

психиатров, 25% населения в течение жизни подвержены психическим заболеваниям. На заседаниях съезда было отмечено, что в отечественной психиатрии произошли позитивные перемены: переход от преимущественно биологической модели к полипрофессиональному, бригадному с участием не только врачей-психиатров, но и психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, оказанию помощи и формированию общественно ориентированной психиатрии, разработке и внедрению во многих региональных службах, помимо психофармакотерапии, методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Отмечен и ряд серьезных недостатков. Они касаются, прежде всего, внебольничного оказания помощи, связаны с дефицитом врачей-психиатров, что особенно сказывается в диспансерной сети снижением активности диспансерного наблюдения при возросшем с 90-х годов контингенте психически больных, неукомплектованностью ставок специалистов по социальной работе и социальных работников, недостатками в лекарственном обеспечении и др. Все это обуславливает высокий уровень госпитализации, чрезмерную длительность пребывания больных в стационарах, высокую повторность помещения в стационар (каждый пятый выписанный из стационара вновь госпитализируется в том же году, а больные шизофренией – почти каждый третий), большинство психиатрических учреждений с 90-х годов не имеют специализированных подразделений социально-трудовой реабилитации. В то же время с 1990 года происходит активное сокращение коечного фонда, сокращено 46505 коек, то есть четвертая часть всех коек страны. При этом нарушено обязательное правило: сокращение коечной обеспеченности должно сопровождаться развитием внебольничных служб. Однако новые формы внебольничной помощи, доказавшие свою эффективность в ряде регионов и уже вошедшие в документ "Порядок оказания психиатрической помощи", до сих пор не утверждены.

Важным является то, что разработаны протоколы и стандарты ведения больных с психическими расстройствами, однако при обсуждении на съезде высказывались опасения, что некоторые важные процедуры и методы не внесены в них из-за отсут-

ствия соответствующих кодов в номенклатуре работ и услуг в здравоохранении; исправление этого положения нельзя откладывать. На съезде прозвучала озабоченность психиатров планируемыми изменениями условий и оплаты труда специалистов психиатрических и наркологических учреждений, что угрожает лишением их традиционных льгот.

Нашла отражение в работе съезда проблема классификации психических расстройств. Предварительно была проделана большая работа по подготовке предложений российских психиатров к разработке МКБ-11. Обсуждались проблемы организации психиатрической помощи в общемедицинской сети, вопросы организации психиатрической помощи в регионах, клинико-организационные аспекты психосоматики, совершенствования деятельности психиатрических учреждений. Докладывался опыт новых организационных форм психиатрической помощи.

Специальное заседание было посвящено проблемам наркологии и организации наркологической помощи. При анализе состояния наркологической помощи отмечено уменьшение числа государственных наркологических кабинетов и наркологических коек, а также числа обращающихся за наркологической помощью, числа алкогольных психозов. Тревожащими являются цифры ВИЧ-инфицированных больных наркоманией – 13,2 %. Существует проблема долгосрочной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом. Обсуждался социально ориентированный подход (опыт и методы лечения) в работе с лицами, страдающими наркотической и алкогольной зависимостью. Заслушано сообщение о распространенности наркологической патологии среди пациентов многопрофильной больницы: госпитализация 20 % пациентов связана со злоупотреблением алкоголем, с этим связаны также расходы 9 % бюджета больницы, у 47 % умерших обнаружена алкогольная висцеропатия. В докладах нашла отражение роль алкоголя в суицидальных действиях, обсуждались вопросы понимания патологического влечения, в том числе обращено внимание на прочность неосознаваемых ассоциативных связей, что важно для предупреждения рецидивов влечения. Приводились данные анкетирования учащихся, существенные для профилактической работы с этой группой населения.

Важное место в проблематике съезда занимали проблемы расстройств аффективного спектра как самой распространенной психической патологии. Вопросы клиники и терапии, в том числе в общемедицинской практике депрессий, тревожных и биполярных, а также соматоформных расстройств обсуждались на ряде секций и симпозиумов. Особое внимание уделено диагностике и возможностям терапии в первичной медицинской сети, а также современной дифференцированной терапии тревожных расстройств и лечению больных с резистентными депрессиями.

В секции по терапии обсуждались вопросы интолерантности к психофармакологическому лечению, способы ее преодоления, включая применение нелекарственных методов. Доклады касались нежелательных нейроэндокринных и нейрометаболических нарушений, возникающих в процессе антипсихотической терапии. Среди немедикаментозных методов сообщения были посвящены транскраниальной магнитной стимуляции, электросудорожной, нейрофидбека, квантовой терапии. Значительная часть докладов касалась фармакотерапии шизофрении и аффективных расстройств; подчеркивалось значение биопсихосоциального подхода.

В секции детско-подростковой психиатрии ведущими были несколько проблем: профилактика пограничных психических расстройств у детей и подростков и принципы психосоциальных лечебно-реабилитационных подходов в детской психиатрии. Наиболее дискуссионной была тема, касающаяся оказания лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях образовательной среды (этические, правовые, экономические вопросы, эффективность специализированной помощи).

Геронтопсихиатрическая секция обсуждала проблемы пограничной геронтопсихиатрии, поздних депрессий и тревожных расстройств, деменции позднего возраста, некогнитивных расстройств при атрофических и сосудисто-атрофических деменциях. На симпозиумах были представлены данные о значительной распространенности деменций позднего возраста и фармакотерапевтических подходах к их лечению.

На секционном заседании, посвященном органическим психическим расстройствам и эпилепсии, были поставлены нере-

шенные вопросы о нозологической самостоятельности органического психического расстройства и показаны существующие противоречивые подходы к оценке данного диагноза. В докладах были освещены факторы риска развития психических расстройств при эпилепсии, мнестико-интеллектуальных нарушений, обсуждались проблемы фармакотерапии больных эпилепсией. Рассмотрены проблемы психопатологии черепно-мозговых травм в прогностическом и реабилитационном аспектах.

Анализ состояния клинической психотерапии и перспективы ее развития стал предметом обсуждения на съезде, были рассмотрены разные ее аспекты и применение при различных психических нарушениях. Рассматривались организационные аспекты совершенствования психотерапевтической помощи в психиатрии и общей врачебной практике и вопросы подготовки специалистов психотерапевтов для здравоохранения.

Значительное внимание было уделено судебной психиатрии и профилактике общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами. Подчеркивалась острота проблемы, учет факторов риска и профилактика повторных общественно опасных действий, совершенствование психосоциальной реабилитации лиц, находящихся на принудительном лечении, в том числе амбулаторном и пр. Особое внимание уделено проблеме сексуального насилия над детьми и подростками, реабилитационным программам для осужденных с расстройствами личности.

По важной проблеме нейрореабилитации больных с последствиями инсульта, черепно-мозговых травм и других заболеваний центральной нервной системы обсуждались методологические проблемы, в том числе стандарты оказания помощи, оценка клинической практики в аспекте доказательной медицины, психопатологические расстройства при этих нарушениях центральной нервной системы: постинсультная апатия, психопатологические маски острого нарушения мозгового кровообращения и др.

В секции по суицидологии (уровень суицидальности в России остается высоким – 26,7 на 100 тыс. чел. населения) были обсуждены проблемы организации суицидологической помощи; указывалось на необходимость национальной программы по предотвращению суицидов.

В секции по биологической психиатрии обсуждались данные патогенетических механизмов психических расстройств, в том числе отражающие новые направления исследований: патофизиологические механизмы первого эпизода, молекулярно-генетические и нейроморфологические подходы к изучению шизофрении.

Секция клинической психологии была посвящена обсуждению проблемы посттравматических стрессовых состояний. Обзор современного состояния проблемы показал, что важнейшим направлением исследований является поиск ресурсов и выявление особенностей личностей, устойчивых к стрессовым воздействиям. Были предоставлены также данные исследований у участников локальных конфликтов, проблемы их социальной и психологической реабилитации. Кроме того, значительное внимание было уделено психодиагностике и методам психологической работы с больными и персоналом психиатрических клиник. Практически важным было сообщение, посвященное проблеме нарушения принципов комплексной диагностики умственной отсталости в системе интернатных учреждений, что ведет к систематическому нарушению прав детей.

Одной из центральных проблем, обсуждавшихся на съезде, было состояние последипломного образования по психиатрии. На пленарном заседании был заслушан доклад о необходимости организации непрерывного последипломного образования. Эта давно назревшая проблема обсуждалась также на секционном заседании. Поднимались вопросы дефицита и текучести кадров, необоснованности снятия лечебной нагрузки с преподавателей, необходимости развития новых форм обучения и формирования учебных стандартов и программ по психиатрии, обучения психиатрии врачей общего профиля, обращения внимания на бедственное положение молодых врачей, обучающихся в ординатуре и аспирантуре, получающих стипендию, не соответствующую возможностям проживания.

На одном из пленарных заседаний был заслушан отчетный доклад председателя Правления Российского общества психиатров, профессора В.Н. Краснова, который отметил, что широкий круг вопросов, которыми занималось общество за 5-летний пе-

риод, демонстрируют названия пленумов Правления, проводившихся совместно с конференциями и совещаниями главных специалистов территорий.

В докладе был поставлен ряд принципиальных вопросов – ущемление прав работников психиатрических учреждений: неразработанность системы страховых профессиональных рисков в психиатрии, угроза ограничения льгот, связанных с опасностью труда в связи с предполагаемой аттестацией рабочих мест, отсутствие системы сертификации и аттестации клинических психологов, социальных и других специалистов, работающих в психиатрических учреждениях, и др. Была высказана необходимость ревизии существующего устава общества, активизации работы региональных отделений и всех членов РОП.

В ходе последовавшей затем дискуссии работа Правления РОП единогласно была признана удовлетворительной. Высказывалось мнение о том, чтобы не проводить перевыборы Правления и его председателя, а пролонгировать их полномочия на "переходный период", в течение которого необходимо подготовить изменения в Устав и структуру РОП. Однако это предложение не получило необходимой поддержки участников съезда.

На прошедших выборах председателя Правления РОП были представлены два кандидата – директор Московского НИИ психиатрии профессор В.Н. Краснов и директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный внештатный психиатр-эксперт Росздравнадзора профессор Н.Г. Незнанов. По результатам тайного голосования, в котором участвовали 359 человек, председателем Правления был избран Н.Г. Незнанов (238 голосов против 121). По его предложению были избраны четыре заместителя председателя Правления:

- директор Московского НИИ психиатрии профессор В.Н. Краснов (Москва);
- главный врач Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко, главный психиатр-эксперт Росздравнадзора по Северо-Западному федеральному округу РФ, канд. мед. наук О.В. Лиманкин (Санкт-Петербург);

- заместитель директора ГНЦССП им. В.П. Сербского, главный детский психиатр-эксперт Росздравнадзора профессор Е.В. Макушкин (Москва);
- заведующий кафедрой психиатрии Казанского государственного медицинского университета профессор К.К. Яхин (Казань).

Состав Правления РОП был переизбран в прежнем составе с учетом предложений и дополнений региональных отделений общества.

Информация с сайта Российского общества психиатров
<http://www.psychiatr.ru/news/news/detail.php?ID=1799>

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Антипова О.С. Расстройства аффективного спектра при хронической мигрени: вопросы коморбидности // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 8–20.

Обзор посвящен вопросам патогенетической коморбидности расстройств аффективного спектра и хронической мигрени. Продемонстрирован высокий уровень коморбидности мигрени и расстройств аффективного спектра, особенно при хронических и трансформированных формах заболевания. Обсуждается концепция двунаправленных взаимоотношений мигрени и депрессии, согласно которой каждое из этих заболеваний способствует развитию другого. Показано, что в структуре аффективной коморбидности при хронической мигрени клинически очерченные эндогенноморфные депрессивные эпизоды выявляются в два раза чаще, чем при эпизодическом течении мигрени. Проанализированы различные клинко-патогенетические пути хронизации мигрени при наличии коморбидной депрессии.

Ключевые слова: хроническая мигрень, расстройства аффективного спектра, депрессия, коморбидность.

Идрисов К.А. ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинко-эпидемиологические и динамические аспекты // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 21–34.

Для изучения распространенности ПТСР среди населения Чеченской Республики проведено эпидемиологическое исследование, охватывающее выборку в 1000 человек на территориях, где проходили военные действия, и 200 человек в качестве контрольной группы со смежной территории, где не было военных действий. Диагностика ПТСР проводилась с использованием полуструктурированного опросника на основе критериев МКБ-10. Обе выборки обследовались в 2002, 2004, 2006 и 2008 гг. Полученные результаты показали высокий уровень распространенности ПТСР среди населения, проживавшего в зоне военных действий 31,2 %, Частота ПТСР в контрольной группе составила 3,6 %. Через 24 месяца после формирования ПТСР симптомы ПТСР продолжали оставаться актуальными у 52 %, а через 48 месяцев – у 47 %.

Ключевые слова: ПТСР, чрезвычайная ситуация, психические расстройства, Чеченская Республика.

Абросимова Ю.А. Образ интегрированной личности в контексте коммуникативной компетентности психолога и клиента // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 35–59.

С позиций коммуникативного подхода исследуются возможности социально-психологических характеристик образа интегрированной личности для повышения коммуникативной компетентности участников общения «психолог–клиент». Обсуждаются преимущества психосемантического подхода в решении задач совершенствования коммуникации психолога и клиента, вопросы определения, структуры и содержания коммуникативной компетентности, входящих в ее состав личностных качеств, выделения проблем коммуникативной компетентности, в решении которых возможно применение психосемантики образа интегрированной личности.

Ключевые слова: образ интегрированной личности, коммуникативная компетентность, психосемантика, профессиональные качества психолога.

Дагаева З.А., Милушкина О.Ю., Мухамадиева С.А. Психофизиологические аспекты состояния здоровья современных школьников // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 60–64.

В статье приведены данные исследований по изучению психофизиологических аспектов состояния здоровья школьников. Психофизиологический статус оценивался у 163 учащихся в 9 образовательных учреждениях Москвы и Московской области. Для изучения психофизиологического статуса школьников была использована методика, позволяющая выявить различные степени хронического утомления. Результаты исследования позволили сделать вывод о негативном влиянии образовательных технологий в профилированных классах на физиологическое состояние учащихся и необходимостью разработки комплекса гигиенических мер по оздоровлению процесса обучения в современной школе.

Ключевые слова: психофизиология, состояние здоровья школьника, образование.

Лекомцев В.Т., Лаптева И.В.. Медико-социальная экспертиза при эпилепсии: психиатрический аспект // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 65–80.

Социальная значимость проблемы эпилепсии определяется её распространённостью, молодым возрастом больных, потенциально прогрессирующим типом течения, осложнениями и недостаточной эффективностью терапии. Несмотря на достижения терапии эпилепсии около 50 % больных становятся инвалидами. Ограничения жизнедеятельности больных эпилепсией в большей части связаны расстройствами личности и слабоумием. Одним из дезадаптирующих синдромов при эпилепсии является психоорганический синдром. На основании литературных данных и собственного опыта в работе представлены классификация психоорганического синдрома, стадии развития эпилептической болезни и типы ремиссии, которые необходимо учитывать при медико-социальной экспертизе больных эпилепсией.

Ключевые слова: эпилепсия, медико-социальная экспертиза, психоорганический синдром.

Молодецких А.В. Об этиопатогенезе психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 81–89.

В статье рассматриваются возможные механизмы патогенеза психических расстройств, обусловленные родовой травмой шейного отдела позвоночника и спинного мозга (ШОП и СМ). Анализируются и сопоставляются данные научно-практических работ в области неврологии – перинатологии, вертеброневрологии и результаты собственных наблюдений. Отдельное внимание уделяется отставленному по времени негативному влиянию на мозговые процессы родовой травмы ШОП и СМ, связанному с хроническим нарушением в области краниовертебрального перехода. Выделяются структурная и функциональная составляющие патогенеза психической патологии. Для описания пусковых механизмов функционального звена патогенеза вводится понятие афферентная дезинтеграция.

Ключевые слова: психические расстройства, родовая травма, подвывих, атлант, верхнешейная кайропрактика, афферентная дезинтеграция.

Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Организационные проблемы охраны психического здоровья в Таджикистане // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 90–97.

В статье представлены данные по инвалидизации вследствие психических расстройств, обусловленных разнообразными психогенными факторами, связанными с распадом прежней политической и экономической системы, ростом уровня бедности населения и снижением дос-

тупа населения к базовым психиатрическим услугам. Установлено, что исследования по анализу психических заболеваний, проведенные в Таджикистане, не содержат рекомендаций по профилактике социально обусловленных психических расстройств и реабилитации психически больных. Выявлен комплекс организационных проблем, с которыми сталкивается здравоохранение Таджикистана, не позволяющих в полной мере осуществить реформу этой социально значимой сферы здравоохранения. В статье содержатся рекомендации по разработке эффективной национальной политики охраны психического здоровья, сокращения уровня инвалидизации населения и повышения качества жизни и социального функционирования.

Ключевые слова: инвалидизация, психическое здоровье, реформа психиатрической службы, качество жизни.

Уваров И.А., Григорьева А.М., Хусаинова Л.Р., Лекомцев В.Т.
Гендерные особенности героиновой наркомании // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 98–103.

Проведено изучение гендерных различий у 61 больного героиновой зависимостью мужского и женского пола. Исследование показало, что у больных женского пола более быстро формируется систематический прием опиоидов, а ремиссии наступают значительно реже, но они более продолжительны, чем у мужчин. На формирование ремиссий и их продолжительность у женщин существенное влияние оказывали соматическое неблагополучие и положительное влияние близких родственников. Среди осложнений наркотизации у больных женского пола наиболее часто встречалось поражение репродуктивных органов, проявляющееся нарушениями менструального цикла и бесплодием.

Ключевые слова: наркомания, опиоиды, гендерные различия, ремиссия, осложнения.

Герасимова В.В., Карпов А.М., Грязнов А.Н., Дергунова Д.И.
Ценностно-коммуникативная сфера личности при аутоагрессивном поведении // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 104–115.

В статье рассматриваются результаты социально-психологического исследования ценностно-коммуникативных особенностей студентов с аутоагрессивным поведением, склонных к зависимости от алкоголя и наркотиков. За показатели ценностно-коммуникативных особенностей были приняты ценностные ориентации и механизмы отношений студен-

тов. Выборка состояла из 110 студентов высших учебных заведений г. Казани. Исследование показало, что ценностно-коммуникативные особенности студентов с аутоагрессивным поведением, склонных к зависимости от алкоголя и наркотиков достаточно деформированны и ориентированы на негативную направленность. Данная категория требует пристального внимания психологов и психотерапевтов.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, склонность к зависимости, механизмы отношений, ценностно-коммуникативные особенности.

Молчанова Е.С., Айтпаева Г.А. Ритуалы в киргизской культуре и возможности их использования в психологической практике // Вестник психиатрии и психологии Чуваши. 2011. № 7. С. 116–133.

Статья посвящена проблеме противостояния между народной целительской практикой и службой психического здоровья современной Киргизии. Исследование выявляет психотерапевтический потенциал киргизских ритуалов и возможности их использования практикующими психологами. Авторами приводится описание этапов ритуальной лечебной церемонии, ряда методологических сложностей, с которыми сталкивается исследователь традиционного мировоззрения, а также сравнивается валидность различных способов решения наиболее проблемной.

Ключевые слова: целительство, ритуал, киргизская культура, психотерапия.

Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Психотерапия невротических расстройств в контексте дискурсивных особенностей личности // Вестник психиатрии и психологии Чуваши. 2011. № 7. С. 134–151.

Представлен подход к разработке индивидуальной психотерапевтической программы для пациентов с невротическими расстройствами, ведущую роль в которой играет определение клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности, что позволяет в рамках интегративной модели психотерапии определять мишени для психотерапевтического воздействия на уровне одного или нескольких модусов вмешательства – симптоматического, личностного, семейного и нарративного.

Ключевые слова: психотерапия, невротические расстройства, дискурсивный тип личности.

Голенков А.В. Оценки студентами электросудорожной терапии в фильмах и наяву // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 152–157.

До изучения психиатрии 57,9 % студентов было знакомо с ЭСТ, больше на старших курсах. После посещения сеанса отношение к ЭСТ достоверно улучшилось, причем применение миорелаксантов не влияло на эти показатели. Показ двух фрагментов фильмов с информированным согласием пациента («Доктор Хаус») и эффектом от проводимой терапии («Чехол») способствовал увеличению положительных оценок у студентов. В реальной жизни процедура не такая страшная, как в фильме «Пролетая над гнездом кукушки». Непосредственное знакомство с процедурой ЭСТ и дифференцированная демонстрация фильмов студентам улучшают их информированность и способствуют более адекватному восприятию этого метода лечения.

Ключевые слова: ЭСТ, студенты, фильмы, миорелаксанты.

Региональный конгресс ВПА в Санкт-Петербурге // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 158–161.

Сообщение об итогах регионального конгресса Всемирной психиатрической ассоциации, состоявшегося 10-12 июня 2010 г. в Санкт-Петербурге.

Ключевые слова: Всемирная психиатрическая ассоциация, региональный конгресс, Санкт-Петербург, Россия.

Николаев Е.Л., Голенков А.В. Очередной форум психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов в Чебоксарах // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 162–166.

Публикуется информация о прошедшем 28-29 июня 2010 г. в г. Чебоксары IV съезде психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. Представлена тематика докладов и опубликованных работ, результаты выборов руководства ассоциации.

Ключевые слова: съезд, ассоциация, психиатры, наркологи, психотерапевты, психологи, Чувашия.

XV съезд российских психиатров // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 167–175.

Содержатся материалы о ходе работы XV съезда психиатров России, прошедшего в Москве 9-12 ноября 2010 г.

Ключевые слова: съезд, психиатры, Россия.

ՇԱԿ ՈՄԵՐ ՐԵՓԵՐԱՇԵՍԵՄ

Антипова О.С. Пуş ыратнипе (мигреньпе) нумай вӑхӑт чирленӑ чухне пулса иртекен аффект спектрӑнчи улшӑнусем: коморбидность ыйтӑвӑсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарши]. 2011. № 7. С. 8-20.

Շак обзорта пуş ыратнипе нумай вӑхӑт чирленӑ чухнехи тата аффект спектрӑнчи улшӑнусемпе сыхӑннӑ патогенетика коморбидносьӑн ыйтӑвӑсене сӑтатнӑ. Аффект спектрӑнчи улшӑнусен тата пуş ыратнин коморбидность шайӑ пысӑк пулнине (ку палӑрӑм чир вӑрӑма тӑсӑлнӑ е чир сӑн-сӑпачӑ улшӑнса сӑнӑ формӑсем йышӑннӑ чухне уйрӑмах лайӑх куранать) кӑтартса панӑ. Пуş ыратнипе депресси пӑр-пӑринпе тачӑ сыхӑннин концепцийӑ пирки сырнӑ: пӑр чирӑ тепӑрине чӑртсе-хускатса ярать иккен. Нумай вӑхӑт чарӑнми пуş ыратнӑ чухне – хӑш-хӑш чух анчах пулса иртекен мигреньпе танлаштарсассӑн – клиникӑра сырса кӑтартнипе тӑр килекен эндогенморфла депресси эпизодӑсем икӑ хут тӑтӑшрах тӑл пулнине кӑтартса панӑ. Коморбидла депресси пуşлансассӑн мигрень тапхӑрӑн-тапхӑрӑн аталанса пынин клиникӑпа патогенез тӑрлӑ сӑл-йӑрне тӑпченӑ.

Тӑп сӑмахсем: нумай вӑхӑт пуş ыратни, аффект спектрӑнчи улшӑнусем, депресси, коморбидность.

Идрисов К.А. Вӑрах тӑсӑлакан чрезвычайлӑ лару-тӑрури ТХСУ: клиникӑпа эпидемиологи тата динамика аспекчӑсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарши]. 2011. № 7. С. 21-34.

ТХСУ (травма хысӑнхи стрессла улшӑну) еплерех анлӑ сарӑлнине пӑлме Чечен Республикинче пурӑнакансем хушшинче эпидемиологи тӑпчевӑ ирттернӑ. Суйласа илнӑ сынсенчен 1000-шӑ – вӑрсӑ пулса иртнӑ вырӑнсенчен, 200-шӑ, сых ятне илнӑ ушкӑн – вӑрсӑ-харсӑ пулман территоринчен. ТХСУ диагностикакине ирттернӑ чухне МКБ-10 критерийӑсем сӑнче никӑсленсе тӑракан ыйту-хурав хучӑсемпе усӑ курнӑ. Суйласа илнӑ икӑ ушкӑнне те 2002, 2004, 2006 тата 2008 сс. тӑпченӑ. Тӑпчев пӑтӑмлетӑвӑсем сӑпӑсусем пулса иртнӑ вырӑнта пурӑнакан сынсем хушшинче ТХСУ питӑ анлӑ сарӑлнине кӑтартса панӑ, вӑл – 31,2%. Сых ятне илнӑ ушкӑнра ТХСУ тӑл пулас тӑтӑшлӑх – 3,6%. 24 уйӑх иртсесӑн ТХСУ палӑрӑмӑсем сынсен 52%-шӑн актуаллӑ пулнӑ, 48 уйӑхран вара – 47%-шӑн.

Тӑп сӑмахсем: ТХСУ, чрезвычайлӑ лару-тӑру, психика улшӑнӑвӑ, Чечен Республики.

Абросимова Ю.А. Психологпа клиент хутшăну компетентноçĕн контекстĕнчи шайлашуллă çыннăн сăнарĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2011. № 7. С. 35-59.

«Психолог-клиент» текен калаçури хутшăну пахалăхне ўстерес тесесĕн шайлашуллă çыннăн социаллă психологи характеристикине шута илмеллине тĕпченĕ – кăна аслаяхра коммуникаци меслечĕ теççĕ. Психологпа клиент хушшинчи хутшăнăва çирĕплетес çĕрте психосемантика меслечĕ лайăхрах пулни пирки калаçу пырать. Çавăн пекех коммуникаци компетентноçне мĕнле палăртмалли, ун тытăмĕпе сoderжанийĕ пирки тата хутшăнура кирлĕ шайлашуллă çыннăн чун пахалăхĕсем çинчен те çырна. Коммуникаци компетентноçĕ шутне кĕрекен проблемăсене (кунта этем сăнарĕн психосемантикине усă курма пулат) сўтсе явнине те палăртса хăвармалла.

Тĕп сăмахсем: шайлашуллă çыннăн сăнарĕ, коммуникаци компетенцийĕ, психосемантика, психологăн професси пахалăхĕсем.

Дагаева З.А., Милушкина О.Ю., Мухамадиева С.А. Паянхи шул ачисен сывлăхĕн психофизиологи аспекчĕсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2011. № 7. С. 35-59.

Статьяра шул ачисен сывлăхĕн психофизиологи аспекчĕсене тĕпченин пĕтĕмлетĕвĕсене илсе панă. Мускавпа Мускав облаçĕнчи 9 вĕрентў учрежденийĕнчи 163 вĕренекенĕн психофизиологи статусне хакланă. Шул ачисен психофизиологи статусне тĕпчесе пĕлме ятарлă меслетпе усă курнă. Ку меслет нумай хушă ывăннин тĕрлĕ шайĕсене тупса палăртма пулăшать. Тĕпчев пĕтĕмлетĕвĕсем çаплах пулнă: профильлĕ классенче вĕрентў технологийĕсем ачасен физиологи тăрăмне сиен кўреççĕ. Çавăнпа та паянхи шулăн вĕрентў процессне сывлăхлăрах тумă тĕрлĕ гигиена мерисен комплексне аталантармалла.

Тĕп сăмахсем: психофизиологи, шул ачисен сывлăхĕ, вĕрентў.

Лекомцев В.Т., Лаптева И.В. Тытамакпа чирленĕ чухне ирттерекен медицинапа социаллă экспертиза: психиатри аспекчĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2011. № 7. С. 65-80.

Тытамак чирĕн социаллă пĕлтерĕшĕ – çак чир еплерех анлă сарăлнинче, чирлекенсен йышăнче самраксем пулнинче, чир йывăрлансах пынинче тата терапи ку чухне эффективла пулманнинче палăрат.

Терапи үсёмёсене пәхмасәр тытамакпа чирлекенсен 50 % инвалид пулса юлаççё. Тытамакпа чирлекенсем тулли пурнәçпа пурәнайманни ытларак әтемён психики пәсәлнине тата әс-тән айванләхёпе сыхәннә. Çак чирпе чирленё чухне хәнәхма чәрмантаракан палләсенчен пёри вәл – психоорганика синдромё. Әсләләх ёçёсемпе усә курса тата харпәр хай опытне тёпе хурса төпчевре статья авторё психоорганика синдромён ушкәнлавне, тытамак чирё аталаннин тапхәрёсене паләртнә. Тата çак чир аталанәвён тапхәрёсене, тытамакпа чирлекенсене медицинапа социаллә экспертиза ирттернё чухне шута хумалли ремисси төсёсене те кәтартса панә.

Тёп сәмахсем: тытамак, медицинапа социаллә экспертиза, психоорганика синдромё.

Молодецких А.В. Психика улшәнәвёсен этиопатогенезё сичен // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чәваш хыпарçи]. 2011. № 7. С. 81-89.

Çуралнә чухне ачан май пайёнчи сурәм шәмми тата сав төлтри миме аманнипе сыхәннә психика улшәнәвне, савнашкал улшәнәва пула чир еплерех аталанма пултарассине пәхса тухнә ку статьяра. Неврологи (перинатологи, вертеброневрологи) облаçёнчи әсләләхәпа практика ёçёсене тата харпәр хай сәнәнисене пёр-пёринпе танлаштарнә, төпченё. Çуралнә чух сакәнәшкал сусәрәлнә ачан краниовертебрал куçәвён облаçёнче тата пуç миминче йывәр та вәраха тәсәлакан пәсәләвсем пулса иртеççё – статья авторё çак ыйтәва уйрәмах тимленё. Психика патологин патогенезё шутне кёрекен структура тата функци пайёсене уйәрнә. Патогенезән функци вәчәринчи чире пусарса яракан механизмсене сырса кәтартма «афферентла дезинтеграци» текен әнлав кёртнё.

Тёп сәмахсем: психика улшәнәвёсем, суралнә чух сусәрәлни, шәмә тухса кайни, атлант, майән сұлти пай кайропрактики, афферент дезинтеграцийё.

Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Таджикистанра психика сывләхне сыхлассипе сыхәннә йёркелү ыйтәвёсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чәваш хыпарçи]. 2011. № 7. С. 90-97.

Унчченхи политикапа экономика системи арканни, пурнәç шайё питё чакса кайни, психиатри пуләшәвё сителёксёр пулни тата төрлё сәлтава пула Таджикистанра пурәнәкан нумай сыннән психики улшәнни паләрнә. Ку статьяра психика улшәнәвёсем тарән пулни хәшө-пёрисене инвалидность патне те илсе ситерни пирки каланә,

пётмлетусем тунă. Таджикистанра психика чирёсене тишкерсе тѣпчени малашне ҫакан йышши чирсенчен мѣнле пӑранса иртес, психика чирёпе чирлекенсене епле сыватас текен ыйтусене татса памасть. Таджикистанри сывлӑха сыхлас ёҫе йӗркеленӗ ҫӗрте нумай ҫитменлӗх палӑртнӑ статья авторёсем. Ҫав ҫитменлӗхсем сывлӑха сыхлас ёҫри чи кирлӗ сферӑсенчен пӗринче тулли реформӑсем ирттерме чӑрмантарса тӑраҫҫӗ. Статъяра психика сывлӑхне сыхлас тесен наци политикинче мӗнлерех тухӑслӑ улшӑнусем ирттермелли пирки, халӑхра инвалидсен йышне епле ҫакармалли тата пурнӑҫ шайне ўстерме мӗн-мӗн тумалли пирки сӗнӗсем панӑ.

Тѣп сӑмахсем: инвалидизаци, психика сывлӑхӗ, психиатри службин реформи, пурнӑҫ шайӗ.

Уваров И.А., Григорьева А.М., Хусаинова Л.Р., Лекомцев В.Т. Героин наркоманийӗн гендер уйрӑмлӑхӗсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2011. № 7. С. 98-103.

Героина хӑнӑхса кайнӑ 61 чирлӗ арсынпа хӗр арӑманне гендер уйрӑмлӑхӗсене тишкернӗ. Тѣпчев ҫакна кӑтартса панӑ: арсынсемпе танлаштарассӑн, хӗр арӑмсем опиодсене хӑвӑрта хӑнӑхӑҫҫӗ. Чир ҫӑмӑлланасси вара сайрарах пулат, анчах вӑл вӑрахрах тӑсӑлат. Хӗр арӑмсен ремиссийӗсем тата вӗсем мӗн вӑхӑта тӑсӑласси чирлӗ сын хӑйне япӑх туйнипе нумай ҫыхӑннӑ, ҫавӑн пекех тӑванӗсем лайӑх витӗм кўни те пӗлтерӗшлӗ. Наркоманипе аптӑракан хӗр арӑмсен чӑн малтан репродукци органӗсем хавшаҫҫӗ – уйӑх хушши пӑсӑлат, ача юлмасть.

Тѣп сӑмахсем: наркомани, опиодсем, гендер уйрӑмлӑхӗсем, ремисси, чир йывӑра кайни.

Герасимова В.В., Карпов А.М., Грязнов А.Н., Дергунова Д.И. Аутоагрессилле тыткаларӑшлӑ этемӗн хаклӑхпа коммуникаци сфери // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2011. № 7. С. 104-115.

Ку статъяра эрех-сӑрапа тата наркотикпа айкашакан аутоагрессилле тыткаларӑшлӑ студентсен хаклӑхпа коммуникаци уйрӑмлӑхӗсене тѣпчинин пётмлетӗвӗсене пӑхса тухнӑ. Хаклӑхпа коммуникаци уйрӑмлӑхӗсен шутне хаклӑх ориентацийӗсемпе студентсен хутшӑнавӗсен механизмӗсене кӗртнӗ. Хусанти аслӑ вӗрентӗвӗ заведенийӗсенче вӗренекен 110 студент суйласа илнӗ. Тѣпчесе пӗлнӗ хыҫҫӑн ҫакна

палартнă: эрех-сăрапа тата наркотиксемпе айкашакан, аутоагрессилле тыткаларайшлă студентсен хаклăхпа коммуникаци уйрăмлăхĕсем самай пăсăлнă, усалланас енне сулăннă. Çамрăксен çак йышне психологсемпе психотерапевтсен тимлĕ сăнаса тăмала.

Тĕп сăмахсем: аутоагрессилле тыткаларайш, эрех-сăрапа наркотик енне туртăнни, хутшăну механизмĕсем, хаклăхпа коммуникаци уйрăмлăхĕсем.

Молчанова Е.С., Айтпаева Г.А. Кăркăс культуринчи йăла-йĕркесем тата вĕсене психологи практикинче усă курма май пурри // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2011. № 7. С. 116-133.

Статьяра халăх сыхлав практикипе паянхи Кăркăстанри психика сывлăх служби хушшинчи хирĕçтăрусен ыйтăвне сұтатнă. Тĕпчевсем кăркăс йăли-йĕркесем психотерапи тĕлĕшĕнчен усăллă пулма пултарассине кăтартса парасĕ, çавăнпа психологсем хайсен практикинче унпала усă курма пултараçĕ. Авторсем йăла-йĕркене сывату церемонийĕнче усă курнин тапхăрăсене сырса кăтартнă. Çавăн пекех традицилле тĕнчекурăмлă тĕпчевĕ тĕл пулакан методологи йывăрлăхĕсем пирки каланă, çак ыйтăва татса панă чухне тĕрлĕ йслайсемпе валидноçе танлаштарнă.

Тĕп сăмахсем: сывату, йăла-йĕрке, кăркăс культури, психотерапи.

Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Невроз улăшăвĕсен психотерапийĕ сұннăн дискурс уйрăмлăхĕсен контекстĕнче // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2011. № 7. С. 134-151.

Ку статьяра невроз улшăнăвĕсемлĕ пациентсене сыватмашкăн харкам психотерапи программы йĕркелес ыйтăва сĕкленĕ. Дискурс типлă сұннăн клиникăпа психологи характеристикине палăртасси кунта малти вырăна тухать. Палăртнă хыççăн психотерапин тĕрлĕ меслечĕсене пĕрлештерсе пайăррăн çав чире пĕр е темиçе модус (симптом, этем, сĕмье тата нарратив модусĕсем) шайĕнче сыватма май пур.

Тĕп сăмахсем: психотерапи, невроз улшăнăвĕ, дискурс типлă сұн.

Голенков А.В. Фильмсенчи тата чăн пурнăсри электросудорожнăй терапине (ЭСТ) студентсем хак пани // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2011. № 7. С. 152-157.

Психиатрине вĕренме пуçăничен аслă курсенчи студентсен 57,9% ЭСТ-пе паллаштарнă пулнă. Сеанс хыççăн ЭСТ студентсем ырласа

йышӑнӑ – миорелаксантсем ку кӑтартусем ҫине нимӑнле витӑм те кӑмен. Пациентсенчен ирӑк ыйтса икӑ фильм сыпӑкне («Хаус Тухтӑр», «Чехол») кӑтартӑ хыҫҫӑн тата асанӑн терапи чирлӑ ҫынсем ҫине лайӑх витӑм кӑнине курса студентсем ҫак сывату меслетне ырласа йышӑнӑ. Чӑн пурӑнсра процедура «Куккук йӑви урлӑ вӑҫсе иртнӑ май» ятлӑ фильмри пекех хӑрушӑ мар. Студентсем ЭСТ процедурипе ҫывӑх паллашни, фильмсене дифференцилесем кӑтартни вӑсен пӑлӑвне ӑстерет, ҫак сывату меслетне лайӑхрах алла илме пулӑшӑть.

Тӑп сӑмахсем: ЭСТ, студентсем, фильмсем, миорелаксансем.

Санкт-Петербургра иртнӑ Пӑтӑм тӑнчери психиатри ассоциацийӑн регион конгресӑ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2011. № 7. С. 158-161.

2010 ҫулхи утӑ уйӑхӑн 10-12-мӑш кунӑсенче Санкт-Петербургра иртнӑ Пӑтӑм тӑнчери психиатри ассоциацийӑн регион конгресӑн пӑтӑмлетӑвӑсем ҫинчен пӑлтернӑ.

Тӑп сӑмахсем: Пӑтӑм тӑнчери психиатри ассоциацийӑ, регион конгресӑ, Санкт-Петербург, Раҫҫей.

Николаев Е.Л., Голенков А.В. Психиатрсен, наркологсен, психотерапевтсен, психологсен Шупашкарти черетлӑ форумӑ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2011. № 7. С. 162-166.

2010 ҫулхи утӑ уйӑхӑн 28-29-мӑш кунӑсенче Шупашкарта психиатрсен, наркологсен, психотерапевтсен, Чӑвашьенри медицина психологӑсен IV съезчӑ пулса иртнӑ – ҫав съезд пирки информаци пичетленет.

Тӑп сӑмахсем: съезд, ассоциаци, психиатрсем, наркологсем, психотерапевтсем, психологсем, Чӑвашьен.

Раҫҫей психиатрӑсен XV съезчӑ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2011. № 7. С. 167-175.

2010 ҫулхи чӑк уйӑхӑн 9-12-мӑш кунӑсенче Мускавра Раҫҫей психиатрӑсен XV съезчӑ еплерех ӑслени пирки материал пур.

Тӑп сӑмахсем: съезд, психиатрсем, Раҫҫей.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Antipova O.S. Affective spectrum disorders in chronic migraine: issues of comorbidity // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 8–20.

Review deals with the issues of pathogenic comorbidity for affective spectrum disorders and chronic migraine. High level of comorbidity for migraine and affective spectrum disorders is described, for chronic and transformed forms of the disease especially. The concept of bidirectional relations of migraine and depression is discussed according to which each of these diseases promotes development of another. It is shown that clinically outlined endogenomorphic depressive episodes in structure of affective comorbidity in chronic migraine are two times more often than in episodic migraine. Different clinical and pathogenetic ways for course of migraine with comorbid depression are analysed.

Key words: chronic migraine, affective spectrum disorders, depression, comorbidity.

Idrisov K.A. PTSD in situation of prolonged emergency: clinical, epidemiological and dynamic aspects // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 21–34.

To study the PTSD prevalence in population of the Chechen Republic an epidemiological research was carried out. It covered two samples: the first one – 1000 residents of the territories that had undergone military operations, the second one (control group) – 200 residents of neighbouring territory with no experience of military operations. PTSD diagnostics was done with the use of semi-structured questionnaire based on the ICD-10 criteria. Both samples were surveyed in 2002, 2004, 2006 and 2008. The data received show high level of PTSD prevalence among the residents of the territories that undergone military operations – 31.2 %, PTSD prevalence in the control group was 3.6 %. In 24 months after PTSD formation its symptoms were present in 52 %, and in 48 months in 47 %.

Key words: PTSD, emergency situation, mental disorders, the Chechen Republic.

Abrosimova Yu.A. Image of integrated personality in context of communicative competency of psychologist and client // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 35–59.

From the positions of communicative approach possibilities of sociopsychological characteristics for integrated personality image in increasing of communicative competence in "psychologist-client" dialogue participants are investigated. Advantages of psychosemantic approach in psychologist-client communication improvement, issues of communicative competence's definition, its structure and content, the role of personality traits are discussed. Problems of communicative competence that could be solved through psychosemantics of integrated personality image are defined.

Key words: integrated personality image, communicative competence, psychosemantics, psychologist's professional qualities.

Dagayeva Z.A., Milushkina O.Yu., Mukhamadieva S.A. Some psychophysiological aspects of health status in present-day school-children // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 60–64.

The paper presents research data for the psychophysiological aspects of the health status of schoolchildren. Psychophysiological status was assessed in 163 students in 9 educational institutions of Moscow and Moscow region. Technique that allows to identify different degrees of chronic fatigue was used to study psychophysiological status of schoolchildren. Results of the study led to the conclusion about negative impact of educational technologies in profiled classes upon students' physiological status and the need to develop a set of hygiene measures for improvement of learning in the present-day school.

Key words: psychophysiology, schoolchildren health, education.

Lekomtsev V.T., Laptva I.V. Health evaluation for labour issues in epilepsy: psychiatric aspect // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 65–80.

Social importance of epilepsy problem is defined by its prevalence, young age of patients, potentially progressive type of course, complications

and insufficient efficiency of therapy. Despite epilepsy therapy achievements about 50 % of patients become disabled. Epilepsy life restrictions for the most part are connected with personality disorders and dementia. Psychoorganic syndrome is one of the syndromes that worsens adaptation. On the basis of scientific review and personal professional experience psychoorganic syndrome classification, epilepsy development stages and types of remissions which are necessary to consider in health evaluation for labour issues are presented.

Key words: epilepsy, health evaluation for labour issues, psychoorganic syndrome.

Molodetskikh A.V. Etiopathogenesis of mental disorders // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 81–89.

The paper deals with possible pathogenesis mechanisms for mental disorders caused by birth trauma of cervical vertebra and spinal cord. Scientific and practical data in fields of neurology, perinatology, manual therapy and personal professional experience are compared and analysed. Particular attention is given to birth trauma of cervical vertebra and spinal cord and its extended negative effect on brain processes associated with chronic disorder in area of craniovertebral changeover. Structural and functional components of mental disorders' pathogenesis are marked out. A concept of afferent desintegration (decomposition) for description of starting mechanisms of functional component for mental disorders' pathogenesis is introduced.

Key words: mental disorders, birth trauma, subluxation, atlas, superior cervical chiropractic, afferent desintegration.

Mukhamadiev D.M., Muminova R. K. Organizational issues of mental health service in Tajikistan // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 90–97.

The article presents data on disability due to mental disorders caused by a variety of psychogenic factors associated with the collapse of old political and economic system, rising level of poverty and reduced access to basic mental health services. It is indicated that the analysis of mental illness conducted in Tajikistan does not contain recommendations for the prevention of socio-induced mental disorders and rehabilitation of mental

patients. A set of organizational problems faced by Tajikistan's health service identified is not being able to fully implement the reform of the socially important areas of health. The article contains recommendations for developing effective national policy for mental health, reducing disability and raising the quality of life and social functioning.

Key words: disability, mental health, the reform of mental health services, quality of life.

Uvarov I.A., Grigorieva A.M., Khusainova L.R., Lekomtsev V.T. Gender characteristics of heroin addiction // “*Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii*” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 98–103.

Gender differences in 61 male and female heroin dependents have been studied. The research has shown that female patients are characterised by more often regular intake of opioids and more rare remissions with longer duration than in men. Remissions' formation and their duration in women are associated with presence of somatic problems and positive influence of relatives. Reproductive system affection in form of dysmenorrhea and infertility is often complication of drug intake in women.

Key words: drug addiction, opioids, gender differences, remission, complications.

Gerasimova V.V., Karpov A.M., Griaznov A.N., Dergunova D.I. Value and communicative personality sphere in autoaggressive behavior // “*Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii*” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 104–115.

The results of socio-psychological study of value and communicative characteristics in students with autoaggressive behavior who are disposed to alcohol and drug dependence are discussed. Value orientations and relations' mechanisms in students were considered as value and communicative characteristics' indicators. The sample was formed by 110 students of Kazan universities. The research has shown that value and communicative characteristics in students with autoaggressive behavior disposed to alcohol and drug dependence are deformed and negatively oriented. The given category is worthy of attention from psychologists and psychotherapists.

Key words: autoaggressive behavior, disposition to dependence, relations' mechanisms, value and communicative characteristics.

Molchanova E.S., Aitpaeva G.A. Traditional Kyrgyz rituals and modern psychological practice: meeting compromise // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 116–133.

The article aims to clarify the confrontation between Kyrgyz folk medicine and official sphere of mental health. The study revealed psychotherapeutic potential of traditional Kyrgyz rituals and possibilities of their use in the frameworks of modern psychological practice. The authors work to reveal some methodological and ideological problems that arise when opposed models of understanding (scientific and spiritual) are integrated and analyse possible methods solving these problems.

Key words: healing, ritual, the Kyrgyz culture, psychotherapy.

Nikolaev E.L., Suslova E.S. Psychotherapy of neurotic disorders in context of discursive personality traits // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 134–151.

The definition of clinical and psychological characteristics for discursive personality type in patients with neurotic disorders is proposed as basic attitude to individual psychotherapy programs' development. This approach helps to find therapeutic targets in frame of integrative model of psychotherapy on the level of one or several intervention modus – symptomatic, personal, familial and narrative.

Key words: psychotherapy, neurotic disorders, discursive personality type.

Golenkov A.V. Students' appraisal of electroconvulsive therapy in films and reality // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 152–157.

Before studying psychiatry 57.9 % of medical students had some information about ECT (more in senior years of study). After students' visiting a session of ECT their attitude to ECT changed positively. This change was not associated with the use of muscle relaxants. The students' viewing of two films' selections about patient's informed consent (“The Jacket”) and

effect of the therapy (“One flew over the cuckoo’s nest”) facilitated increase in students’ positive appraisal. Students’ presence during real ECT procedure and selected films presentation promote their awareness and appropriate attitude towards this method of treatment.

Key words: ECT, students, medical psychology, psychotherapy integration.

WPA Regional Meeting in Saint-Petersburg // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 158–161.

Report on the World Psychiatric Association Regional Meeting in Saint-Petersburg on 10-12 June, 2010 is presented.

Key words: World Psychiatric Association, Regional Meeting, Saint-Petersburg, Russia.

Nikolaev E.L., Golenkov A.V. Regular forum of psychiatrists, narcologists, psychotherapists, psychologists in Cheboksary // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 162–166.

Information on the 4th Congress of Chuvash psychiatrists, narcologists, psychotherapists, psychologists held on the 28-29 of June, 2010 in Cheboksary is given. Topics of presentations and results of the Association management’s election are presented.

Key words: congress, Association, psychiatrists, narcologists, psychotherapists, psychologists, Chuvashia.

The XVth Congress of Russian psychiatrists // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. No 7. P. 167–174.

Information on the 15th Congress of Russian psychiatrists which was held in Moscow on the 9-12 of November, 2010 is published.

Key words: congress, psychiatry, Russia.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» является рецензируемым научно-практическим журналом, который публикует оригинальные теоретические и экспериментальные работы, обзоры литературы, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической (медицинской) психологии и смежных с ними разделов знаний на русском и английском языках.

Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов, а также размещать электронную версию журнала в сети Интернет. Все формы поддержки, включая грантовую, и поддержка, получаемая от фармацевтических компаний, должны быть обязательно указаны. Автор несет полную ответственность за достоверность публикуемых данных.

К публикации принимаются материалы объемом до 65 тыс. знаков (с пробелами). К работе необходимо приложить аннотацию на русском и английском языках с названием работы, кратким изложением ее содержания (объемом до 100 слов), ключевыми словами, а также информацию об авторах с указанием их электронного адреса. Рукопись отсылается в печатном и электронном вариантах на адрес редакции.

Текст публикации набирается на компьютере (гарнитура шрифта – Times New Roman, стиль – обычный, размер – 11 пунктов) через один интервал, выравнивание по ширине, абзацный отступ – 0,75 см, поля по 2 см, переплёт 0 см. Редакция рекомендует авторам оформлять таблицы, графики и рисунки в черно-белом формате с учетом их размещения на странице размера А5 в виде отдельных файлов.

Сокращения слов не допускаются, за исключением общепринятых. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой. Рисунки должны быть четкими и иметь подписанную подпись. Таблицы должны быть наглядными, иметь название, порядковый номер. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте.

Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на иностранных языках указывается после литературы на русском языке. Фамилии и инициалы иностранных авторов могут быть указаны на языке оригинала. Список литературы рекомендуется оформлять в соответствии с требованиями ГОСТ. Ссылки на источник в виде порядкового номера помещаются в тексте в квадратных скобках.

ТУПМАЛЛИ

Редактор самахё 6

ЏИВЁЧ ЫЙТУСЕМ

О.С. Антипова

Пуҗ ыратнипе (мигреньпе) нумай вӑхӑт чирленё чухне
пулса иртекен аффект спектрёнчи улшӑнусем:
коморбидность ыйтӑвёсем 8

К.А. Идрисов

Вӑрах тӑсӑлакан чрезвычайлӑ лару-тӑрури ТХСУ:
клиникӑпа эпидемиологи тата динамика аспекчёсем 21

Ю.А. Абросимова

Психологпа клиент хутшӑну компетентноҗён
контекстёнчи шайлашуллӑ җыннӑн сӑнарё 35

ПСИХИКА СЫВЛӑХНЕ СЫХЛАС ЁҖЕ ЙЁРКЕЛЕНИ

З.А. Дагаева, О.Ю. Милушкина, С.А. Мухамадиева

Паянхи школ ачисен сывлӑхён психофизиологи аспекчёсем 60

В.Т. Лекомцев, И.В. Лаптева

Тытамакпа чирленё чухне ирттерекен
медицинӑпа социаллӑ экспертиза: психиатри аспекчё 65

А.В. Молодецких

Психика улшӑнӑвёсен этиопатогенезё җинчен 81

Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова

Таджикистанра психика сывлӑхне сыхлассипе җыхӑннӑ
йёркелӱ ыйтӑвёсем 90

НАРКОЛОГИ ЫЙТАВЁСЕМ

<i>И.А. Уваров, А.М. Григорьева, Л.Р. Хусаинова, В.Т. Лекомцев</i> Героин наркоманийён гендер уйрамлахёсем.....	98
<i>В.В. Герасимова, А.М. Карпов, А.Н. Грязнов, Д.И. Дергунова</i> Аутоагрессилле тыткаларашла этемён хаклаьпа коммуникаци сфери	104

КУЛЬТУРАСЕН ТЁЛПУЛАВЁ

<i>Е.С. Молчанова, Г.А. Айтпаева</i> Кяркәс культуринчи йәла-йёркесем тата вёсене психологи практикинче уса курма май пурри.....	116
<i>Е.Л. Николаев, Е.С. Суслова</i> Невроз уләшәвёсен психотерапийё сыннан дискурс уйрамлахёсен контекстёнче.....	134

ВЁРЕНТҮ ТАТА КАДРСЕМ ХАТЁРЛЕНИ

<i>А.В. Голенков</i> Фильмсенчи тата чән пурнаьсри электросудорожнай терапине студентсем хак пани.....	152
--	-----

ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ

Санкт-Петербургра иртнё Пётём тёнчери психиатри ассоциацийён регион конгресё.....	158
<i>Е.Л. Николаев, А.В. Голенков</i> Психиатрсен, наркологсен, психотерапевтсен, психологсен Шупашкарти черетлё форумё.....	162
Раьсей психиатрёсен XV съезчё.....	167
Ҷак номер реферачёсем (вырәсла, чәвашла тата акәлчанла)	175
Авторсене пёлсе тама.....	193

CONTENTS

Editor's note	6
---------------------	---

ORIGINAL STUDIES

<i>O.S. Antipova</i> Affective spectrum disorders in chronic migraine: issues of comorbidity	8
<i>K.A. Idrisov</i> PTSD in situation of prolonged emergency: clinical, epidemiological and dynamic aspects	21
<i>Yu.A. Abrosimova</i> Image of integrated personality in context of communicative competency of psychologist and client	35

MENTAL HEALTH CARE

<i>Z.A. Dagayeva, O.Yu. Milushkina, S.A. Mukhamadieva</i> Some psychophysiological aspects of health status in present-day school children.....	60
<i>V.T. Lekomtsev, I.V. Lapteva</i> Health evaluation for labour issues in epilepsy: psychiatric aspect	65
<i>A.V. Molodetskikh</i> Ethiopathogenesis of mental disorders	81
<i>D.M. Mukhamadiev, R. K. Muminova</i> Organizational issues of mental health service in Tajikistan	90

ADDICTOLOGY AFFAIRS

<i>I.A. Uvarov, A.M. Grigorieva, L.R. Khusainova, V.T. Lekomtsev</i> Gender characteristics of heroin addiction	98
<i>V.V. Gerasimova, A.M Karpov., A.N. Griaznov, D.I. Dergunova</i> Value and communicative personality sphere in autoaggressive behavior	104

CROSSROAD OF CULTURES

<i>E.S. Molchanova, G.A. Aitpaeva</i> Traditional Kyrgyz rituals and modern psychological practice: meeting compromise	116
<i>E.L. Nikolaev, E.S. Suslova</i> Psychotherapy of neurotic disorders in context of discursive personality traits	134

EDUCATION AND PROFESSIONAL TRAINING

<i>A.V. Golenkov</i> Students' appraisal of electroconvulsive therapy in films and reality	152
--	-----

NAMES AND EVENTS

WPA Regional Meeting in Saint-Petersburg	158
<i>E.L. Nikolaev, A.V. Golenkov</i> Regular forum of psychiatrists, narcologists, psychotherapists, psychologists in Cheboksary	162
The XV th Congress of Russian psychiatrists	167
Abstracts of the current issue (in Russian, Chuvash and English)	175
Instructions for authors	193

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

№ 7
2011

Подписано в печать 26.08.2011. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 11,62. Уч.-изд. л. 10,4. Тираж 100 экз. Заказ № 255

Отпечатано в типографии издательства «Новое время»
428034, Чебоксары, ул. М. Павлова, 50/1.
Тел. (8432) 46-43-46, 41-27-98. Эл. почта: newtime1@mail.ru

**15-Й ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС
ПО ПСИХИАТРИИ**
18-22 сентября 2011 г., Буэнос-Айрес, Аргентина

**15th WORLD CONGRESS
OF PSYCHIATRY**
September 18-22, 2011, Buenos Aires, Argentina

