

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук»
Научно-исследовательский институт психического здоровья
(НИИ психического здоровья)
(634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4)

Избранные труды по психиатрии академика В.Я. Семке

Научный редактор – академик РАН Н.А. Бохан

Москва
2018

УДК 616.89(081.2)
ББК 56.14+53.57+52.817.10+56.145.1+88.46
И 32

Научный редактор:
Бохан Н.А. – академик РАН

Рецензенты:

Борис Дмитриевич Цыганков – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета

им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Дмитрий Федорович Хритинин – д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России

И 32 **Избранные труды по психиатрии академика В.Я. Семке / Под научной редакцией академика РАН Н.А. Бохана.** – Москва, 2018. – 450 с.

ISBN 978-5-906906-44-1

«Избранные труды по психиатрии...» подготовлены к изданию с привлечением наиболее известных и пользующихся особой популярностью читателей монографий из творческого наследия академика В.Я. Семке, которые представляют собой итоговые данные с позиции клинического, нозологического направления в психиатрии и отражают результаты его клинической, научной, педагогической и методической работы. «Избранные труды...» продолжают традиции отечественной психиатрии и очерчивают современные подходы к терапии психических заболеваний в соответствии с принципами доказательной персонализированной медицины. Структурное содержание научного издания политематичное, в основу построения положен хронологический принцип (начиная с ранее опубликованных материалов). В сокращенном виде (без развернутой аннотации работы) приведены диссертационные исследования (название, год и место защиты), выполненные под руководством академика В.Я. Семке. В качестве самостоятельных разделов представлены также список публикаций и список патентов.

«Избранные труды...» рекомендуются врачам-психиатрам, наркологам и психотерапевтам.

ISBN 978-5-906906-44-1

© ФГБУ «Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук»
НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, 2018.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие научного редактора «Избранных трудов по психиатрии академика В.Я. Семке» – академика РАН Н.А. Бохана	5
Введение. Семке В.Я. Актовая речь. Жизнь человека в науке. Томск, 2006	7
Глава 1. Проблемы истерии в творческом наследии В.Я. Семке. Семке В.Я. Актовая речь. Старые и новые спорные проблемы истерии. Томск, 1997	37
Глава 2. Валеопсихология как научный базис превентивной психиатрии. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1998	55
2.1. Методологические предпосылки валеопсихологии	55
2.2. Семиологический аспект валеопсихологии	57
2.3. Клинико-динамический аспект валеопсихологии	59
2.4. Превентивный аспект валеопсихологии	60
2.5. Правовой аспект валеопсихологии	63
Глава 3. Клиническая картина личностной патологии. Семке В.Я. Основы персонологии. М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2001	67
Глава 4. Транскультуральная психиатрия и наркология	99
4.1. Характеристика потребления алкоголя в Монголии. Семке В.Я. и др. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001	99
4.2. Этнокультуральные особенности алкогольных аддикций. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008	112
4.3. Терапия и превенция в контексте транскультуральной аддиктологии. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008	142
Глава 5. Психотерапевтические и реабилитационные проблемы укрепления психического здоровья детей и подростков Сибири. Семке В.Я. и др. Охрана психического здоровья подрастающего поколения. Томск, 2004	172
Глава 6. Психиатрия кризисных состояний	185
6.1. Динамика посттравматического стрессового расстройства. Семке В.Я. и др. Душевные кризисы и их преодоление. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005	185
6.2. Психопатология кризисных состояний. Семке В.Я. и др. Душевные кризисы и их преодоление. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005	200
Глава 7. Динамика личностных расстройств в позднем возрасте. Семке В.Я. и др. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М.: Медицина, 2006	240

Глава 8. Социально-психологический портрет осужденного. Семке В.Я. и др. Пенитенциарная психология и психопатология. Москва, Томск, Кемерово, 2007	274
Глава 9. Психоонкология: междисциплинарные исследования	302
9.1. Дифференциальная диагностика невротической и онкологической патологии. Семке В.Я. и др. Развитие сибирской психоонкологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008	303
9.2. Психотерапевтические и психокоррекционные программы в онкопсихиатрии. Семке В.Я. и др. Развитие сибирской психоонкологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008	311
Глава 10. Феноменологический подход к ведению труднокурабельных больных с пограничной психической патологией	324
10.1. Социально-психологические особенности контингента труднокурабельных больных. Семке В.Я. и др. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии. Томск: «Иван Федоров», 2010	324
10.2. Клинико-психопатологическая структура труднокурабельных больных. Семке В.Я. и др. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии. Томск: «Иван Федоров», 2010	328
10.3. Клинико-феноменологический анализ неврозоподобных расстройств, вызванных органическими поражениями головного мозга. Семке В.Я. и др. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии. Томск: «Иван Федоров», 2010	353
10.4. Клинико-феноменологический анализ декомпенсации личностных расстройств. Семке В.Я. и др. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии. Томск: «Иван Федоров», 2010	358
10.5. Клинико-типологические профили труднокурабельных больных. Семке В.Я. и др. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии. Томск: «Иван Федоров», 2010	362
Список научных публикаций академика В.Я. Семке	364
Список патентов академика В.Я. Семке	438
Список защитивших диссертации под руководством академика В.Я. Семке (докторские, кандидатские)	441

ПРЕДИСЛОВИЕ

Светлой памяти
академика В.Я. Семке посвящается...

Благодаря счастливому шансу судьбы нашему институту предоставлена возможность опубликовать избранные главы из фундаментальных научных трудов академика В.Я. Семке¹, содержащих всестороннее исследование столь многих тем, разрабатываемых им в последние четверть века вплоть до кончины.

По своему содержанию издание политематичное, подготовлено с привлечением основных научных монографий В.Я. Семке, где представлены результаты изучения разнообразной психической патологии, ее распространенности, диагностики и патогенетической терапии. В этих основополагающих трудах автором было определено влияние клинико-динамических, социально-демографических и психологических факторов на эти показатели; установлены закономерности взаимодействия экологического и этнокультурального факторов в формировании пограничных психических расстройств, заложены основы пограничной геронто-, возрастной и микропсихиатрии и кризисологии, валеопсихологии и клинической персонологии, превентивной и экологической психиатрии, этнопсихиатрии и этнопсихологии, определены понятия истерической болезни, донозологических форм непсихотических расстройств, детально представлены аспекты систематики, диагностики, терапии, профилактики на основе созданных моделей психиатрического и наркологического сервиса.

В 2018 году исполняется 20 лет со времени создания Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов, которая проводит отдельные симпозиумы на всех всемирных конгрессах ВПА и Всемирной ассоциации транскультуральной психиатрии в течение двух десятилетий. С момента организации основатели МАЭЭ определили основную цель исследований – изучение взаимоотношения нормы и психопатологии для совершенствования специализированной психиатрической помощи, улучшения психического здоровья народов мира и устранения языкового барьера через единые психиатрические классификации путем интеграции фундаментальных научных исследований, разработки оптимальных алгоритмов фармако-

¹ В.Я. Семке родился 8 сентября 1936 г. в селе Александровка Ейского района Краснодарского края. После окончания с отличием в 1960 г. Алтайского государственного медицинского института прошел большой путь от аспиранта до доктора медицинских наук, профессора. В 1986 г. был избран членом-корреспондентом АМН СССР по специальности «психиатрия», а в 1994 г. – действительным членом (академиком) РАМН. В 1982 г. был назначен заместителем директора по научной работе организованного в Томске НИИ психического здоровья, а с 1986 г. директором НИИ ПЗ, который возглавлял до своей кончины в марте 2013 г.

Список научных званий красноречив и свидетельствует о высоких достижениях на научном поприще: профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, академик Российской академии наук, академик Международной академии информатики, академик Международной академии медицинской антропологии, академик Кыргызской академии наук, академик Тихоокеанской Международной академии наук, президент Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов, член Всемирной психиатрической ассоциации, член Всемирной федерации психического здоровья, член Интернационального колледжа по психосоматической медицине, член русской секции Немецкого общества невропатологов и психиатров, член Комиссии ВОЗ по систематике пограничных состояний.

и психотерапии в рамках персонализированной медицины, установления статистической совместимости и оптимизации диагностических критериев в разных этносах. Выступления с отчетами о достигнутых результатах на международных конгрессах отражают эффективность проводимой совместной работы, а публикации ученых-теоретиков и врачей-практиков расширяют представленность ассоциации в ряду биопсихосоциальных исследований мирового уровня. Говоря о нашей ассоциации, мы, прежде всего, помним о человеке, который стоял у истоков, будучи ее первым президентом – Валентине Яковлевиче Семке.

Надеемся, что издание избранных трудов из творческого наследия академика В.Я. Семке, охватывающих фундаментальную научную информацию, позволит укрепить систему научных коммуникаций и творческих контактов сибирских психиатров с российскими и зарубежными коллегами и послужит основополагающей базой для изучения новых проблем психиатрии, входящей в третье десятилетие XXI века.

Структурно «Избранные труды по психиатрии академика В.Я. Семке» построены по хронологическому принципу – начиная от более ранних монографий и заканчивая изданиями, опубликованными в последние годы деятельности. «Избранные труды по психиатрии академика В.Я. Семке» предназначены для ученых и специалистов, профиль клинической, научной и педагогической деятельности которых связан с укреплением психического здоровья россиян.

Научный редактор выносит благодарность за помощь при подготовке «Избранных трудов по психиатрии академика В.Я. Семке» к изданию профессору А.В. Семке, выпускающему редактору И.А. Зеленской, к.м.н. Е.В. Лукьяновой (список публикаций), заведующей библиотекой Е.Е. Аргуновой (список патентов, список защитивших диссертации).

*Научный редактор «Избранных трудов по психиатрии академика В.Я. Семке» –
академик РАН Н.А. Бохан*

ВВЕДЕНИЕ

АКТОВАЯ РЕЧЬ.

ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА В НАУКЕ

Полагаю самым главным делом сохранение
и размножение российского народа, в чем состоит величие,
могущество и богатство всего государства,
а не в обширности, тщетной без обитателей.

М.В. Ломоносов

Дело науки – служить людям.

Л.Н. Толстой

Я весьма благодарен судьбе за представленную возможность выступить перед своими глубокоуважаемыми коллегами по науке и практической деятельности, прежде всего перед молодыми учеными института, с актовой речью – второй по счету в моей жизни². В этот раз она связана с двумя значимыми для меня событиями: речь идет о предстоящем в сентябре данного года двадцатипятилетнем юбилее открытия (2 сентября 1981 года) первого в Сибири академического психиатрического научно-исследовательского института психического здоровья, счастливо совпавшего с моим семидесятилетием со дня рождения. Хотелось бы надеяться, что это ответственное выступление (напомню, что традиционно актовая лекция предоставляется ученому лишь единожды в жизни) послужит точкой отсчета для дальнейших изысканий в сфере обобщения богатого опыта ученых по истории института, включая предшествующий моменту его создания длительный период взаимодействия томской вузовской (университетской) и практической науки.

Выбор темы данного сообщения, в отличие от первой актовой речи, продиктован вполне объяснимым акцентом на методологических и психологических аспектах *человековедения* – особенностях онтогенетического анализа деятельности ученого в зависимости от возрастных вех и социально-экономических преобразований в обществе. Это позволяет более конкретной и детальной рассмотреть широкие общественные события через призму субъективной оценки индивидуальной жизни ученого, прошедшего сложный, долгий и тернистый путь. Познавательное значение подобного лонгитудинального анализа не должно вызывать сомнений, поскольку помогает молодому ученому – будущему клиницисту и теоретику – оценить подводные рифы выбранной им нелегкой профессии, развить столь необходимые личностные и профессиональные навыки. С этих позиций стержневым, центральным понятием в нашем сообщении становится «человек», «личность» во всех ее многогранных характеристиках, движущийся по сложному, трудно предсказуемому, «замкнутому кругу» – «люди и жизнь», «люди и наука», «наука и люди». Ритмичность – это основное свойство живого организма,

² Первая актовая речь «Старые и новые спорные проблемы истерии» (Томск, 1997. 26 с.) была посвящена клиническим аспектам пограничной психиатрии.

его неотъемлемое качество, а человек составляет систему, насквозь «пронизанную биоритмами» (Б.С. Алякринский).

1. Люди и жизнь

Дар напрасный, дар случайный,
Жизнь, зачем ты мне дана?
А.С. Пушкин

Вся наша жизнь – таинственная штука,
вся наша жизнь – сплошной эксперимент.
Из русского студенческого фольклора

Удивительное это явление – жизнь, – изучаемое во всех ее ипостасях: от известной марксистской дефиниции (как «способ существования белковых тел») до восторженной оценки в среде современных маргиналов и песенных бардов («жизнь, она ведь просто хороша!»). Лишь сейчас, «на склоне лет», начинаешь понимать, что она не только сложна и удивительна, но и еще очень коротка – кажется несправедливым ее предстоящий итог, когда после, казалось бы, многообещающего старта впереди неизбежный печальный финиш, и промежуточные этапы этой дистанции воспроизводятся в человеческой памяти лишь отрывочными дорожными событиями. Хорошо, что научная мысль облегчает закономерный анализ этого **онтогенетического** движения человека, его неизбежную «цепочку», которую прекрасно отобразил великий драматург всех времен и народов В. Шекспир (это облегчает задачу прочесть «биографию своей души»). Очень важным моментом в социальной динамике личности является изменение ее роли в обществе в зависимости от возраста и социального положения, «метаморфозы человеческого облика» («семь действий в пьесе той»). Каждая из возрастных ступенек воплощает собой качественно иной этап, скачок в «жизненной кривой» индивида, делающий его абсолютно не похожим на предыдущий образ. Попытаемся очертить эти действия, объединив их, сделав более емкими в соответствии со сложившимися у нас представлениями о трех возрастных периодах – молодом, зрелом, пожилом. Пройдем, ведомые Шекспиром, по этим ступеням:

Сперва младенец,
Ревущий громко на руках у мамки...
Потом плаксивый школьник с книжной сумкой,
С лицом румяным, нехотя, улиткой
Ползущий в школу. А затем любовник,
Вздыхающий, как печь, с балладой грустной
В честь брови милой. А затем солдат,
Чья речь всегда проклятьями полна.

Затем последовательно наступает **второй** этап – фаза зрелости. Попробуем отыскать общие черты с прежними ролями – их нет, это уже иной человек, другой характер (появляются заносчивость, самоуверенность, желание

быть «хозяином жизни», осознание необходимости стабильной жизни, чувство ответственности за себя и семью). Словом, как пишет поэт:

Затем судья с брюшком округлым,
Со строгим взором, стриженной бородкой,
Шаблонных правил и сентенций кладезь.

Здесь будет вполне уместно привести заключение немецкого психиатра Хёберлина о том, что человек в течение долгой жизни последовательно является перед окружающими в виде нескольких весьма непохожих личностей: если бы каждая из них могла «воплотиться в разных индивидах, то, сойдясь вместе, они представляли бы собой пеструю группу», держались бы противоположных взглядов и вскоре бы разошлись, «не испытывая ни малейшего желания встретиться вновь». Примерно в 33 года («возраст Иисуса Христа») достигается вершина периода зрелости (с возможными ответами на вопросы: «Накормил ли ты хлебами страждущих? Воскресил ли ты Лазаря?»). Однако уже именно в этом, казалось бы, абсолютно стабильном периоде впервые появляется, причем совсем неожиданно, проблема одиночества, меняется отношение к судьбе, происходит переоценка опыта первой половины жизни. «Кризис середины жизни» – один из самых тяжелых и трудных, нередко с поиском «героического конца», однако удачно завершающийся психологическим примирением с жизненным сценарием, согласно рецепту Эльдара Рязанова: *Осень жизни, как и осень года, / Надо благодарно принимать.*

Наиболее разительные преобразования в человеческом облике происходят на третьем, завершающем этапе жизнедеятельности – в период инволюции («шестой возраст», по В. Шекспиру) и старости («последний акт»):

Шестой же возраст – это будет нищий Панталоне,
В очках, туфлях, у пояса – кошель,
В штанах, что с юности берег, широких
Для ног иссохших; мужественный голос
Сменяется опять диском детским:
Пищит, как флейта. А последний акт –
Конец всей этой странной, сложной пьесы –
Второе детство, полузабытье:
Без глаз, без чувств, без вкуса, без всего.

Именно на последнем этапе жизни субъекта происходит максимальное накопление душевных и физических **кризисов**, основным из которых является климактерический (у женщин в 50–53 года, у мужчин в 56–58 лет). К 70 годам подступает старческий, сенильный процесс. На этом этапе бывает особенно важно сохранить неугасающий жизненный интерес. В. Шефнер пишет по этому поводу: *Мир пронизан грядущим, он вечен, / С каждым днем он богаче стократ*, – показывая этими строками философское отношение к увяданию и смерти, когда важно спокойно, без суеты прийти к неизбежному, последнему кризису.

Прекрасная актриса и человек Мария Миронова мудро заметила: «Кому-то удастся начало жизни, кому-то – середина, а кому-то – старость». По этой шкале у меня более продуктивной оказалась «последняя треть»: недаром по счастливой случайности она совпала с радостным для меня четвертьвековым юбилеем любимого института, с возможностью пережить наиболее впечатляющие события и встречи, с бесценным опытом прожитых лет, который перемежался с теперь уж не столь значимыми периодами горьких неудач, душевных потрясений и разочарований. Воистину, это были счастливые годы, потому что они были наполнены до предела кипучей деятельностью, жадной созидания, стремлением выстоять в нелегкие периоды социальных катаклизмов, когда решались судьбы не отдельных людей, а всего удивительно подобранного творческого коллектива, видевшего большой смысл и цель своей деятельности. С каким упоением мы буквально купались в живительной атмосфере творческой свободы и созидания! Возвращаясь к своей личной жизни, скажу, что именно в этот период окончательно созрел ответ на мучивший меня всю жизнь вопрос: кто же я, в конце концов, – врач (целитель, психотерапевт), педагог-наставник (воспитатель), ученый-исследователь, организатор здравоохранения? С высоты пройденного пути можно отметить отчетливый перевес в сторону последнего, о чем свидетельствует существенный позитивный баланс научного багажа и осуществленных научно-практических внедрений.

Путешествие по эпизодам пусть даже одной жизни обещает ответы на многие философские и бытовые проблемы: наша память фиксирует не фотоснимки, как объектив, а наиболее яркие (пусть и субъективные) события пережитого и бросает отблеск на существенные области **человековедения** – самую важную, но наименее разработанную сферу науки; по сути, это эскизы размышлений по трем разделам этой дисциплины: человек, жизнь и сама наука. В известной мере это обращение в прошлое оказалось вынужденным и не всегда приятным, поскольку желание окунуться в собственные воспоминания таит в себе опасность недоосознать, недочувствовать, недожить во всей полноте оставшуюся жизнь. В поэтической форме об этом великолепно сказано Александром Межировым:

Как трудно выкарабкиваются из памяти слова.
Человек еще жив, а память мертва.
Вот вспоминается имя, а дальше заклинило что-то,
Это, быть может, самая каторжная работа.

По этому же поводу хорошо сказала актриса Фаина Георгиевна Раневская: «Жизнь отнимает у меня столько времени, что писать мне совершенно некогда». Памятуя об этом, прежде всего хочу поблагодарить судьбу, которая позволила выступить перед близкими мне людьми с субъективным отчетом о пережитом. Хотелось бы рассматривать данные воспоминания как инструмент, с помощью которого можно всмотреться в события собственной жизни, заново переосмыслить пережитое, исходя из научно-методических подходов моей любимой специальности. Этот экскурс облегчит разгадку личностного парадокса, связанного с преодолением природной генетически

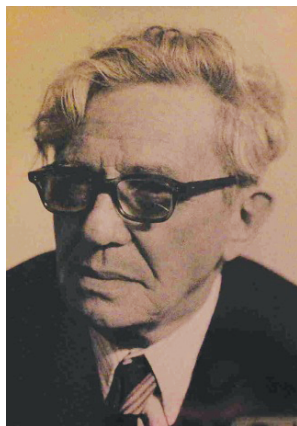
определяемой размеренности и расчетливости (напомню, что отец мой по профессии был бухгалтер) и неожиданным выбором жизненного сценария по трем вариантам – филология, теоретическая физика и медицина. Принято считать, что жизнь есть выбор между двумя ошибочными ответами; здесь в итоге победил третий, в определенной степени связанный с социальными обстоятельствами.

В целом каждый из обозначенных ранее возрастных периодов оказался для меня знаменателен жизненными и личностными вехами в науке, каждый имеет притягательный анамнез, свою онтогенетическую специфику и социально-психологическую подоплеку. Так, о первом жизненном этапе кратко можно сказать словами А. Блока:

Рожденные в года глухие
Пути не помнят своего.
Мы, дети страшных лет России,
Забывать не можем ничего.

Раннее детство начиналось на замечательном географическом фоне: благополучная сельская жизнь в Ейском районе Краснодарского края, до сих пор телесно сохранившаяся память о волнах Азовского моря, счастливое, радостное окружение родных и близких, теплое и бережное отношение матери. Вся эта сказочная идиллия прервалась страшными событиями войны: как вспышки магнитофонной ленты, вспоминаются устрашающие ночные бомбардировки в южном городке Таганроге, затем долгое многодневное путешествие в «теплушках» (как частный эпизод насильственного переселения российских немцев на сибирские земли), прибытие поздней осенью 41-го года в уездный город Бийск, а затем пароходный вояж по реке Ануй и прибытие в предгорное село Алтайского края Верх-Ануйск (по соседству с родными местами известных россиян – Василия Шукшина, Михаила Евдокимова, Валерия Золотухина; последний описал близкие ко мне по времени впечатления жизни в небольшой книжке «На Исток-речушку, к детству моему»). Отца вскоре, как и было положено по закону военного времени о депортации советских немцев, забрали в трудовую армию, своеобразную систему концлагерей сталинской эпохи. Оставшаяся одна без мужа, наша мать, Лидия Ивановна, своим упорным трудом обеспечивала семейный уют и проживание: голодные и холодные годы органически влияли не только на взрослых, но и на молодые натуры двух моих сестер Эрны и Нины, перенесших все тяготы того времени и сумевших впоследствии достичь заметных трудовых и семейных успехов. И что весьма показательно, на этом, казалось бы, безысходно удручающем фоне выплывают в сознании и памяти радостные эпизоды, «прекрасные лица» (по выражению И.В. Одоевцевой) первой учительницы, моих школьных друзей и приятелей, а потом и сокурсников по открытому на фоне поднятия целины по рескрипту Н.С. Хрущева медицинскому вузу. Неожиданно для себя выбрал врачебную стезю, оказавшись первенцем созданного в степном краю института, и до сих пор испытываю гордость, что с первых и до последних дней выпуска оставался бессменным старостой «легендарной» первой группы курса (несмотря на последующие более высокие многочисленные регалии в комсомольской и общественной жизни).

Почему из всех возможных медицинских специальностей мною была выбрана психиатрия – трудно сказать. Возможно, помимо обстоятельств социального плана (вряд ли глубоко осознаваемых в ту бытность молодым студентом, но существующих объективно, то есть помимо его воли),



большую роль сыграла личность моего любимого наставника, крупного российского ученого **Юрия Карловича Эрдмана**, ведущего психиатра степного края, занесенного в Сибирь также не самыми ласковыми ветрами. Выбор состоялся на четвертом курсе, в ходе творческой встречи студентов с руководителями лечебных учреждений. После этого по совету первого наставника последовало упоительное погружение в дебри старой классической литературы, исследование практических премудростей психотерапевтических приемов и навыков, постижение тонкостей человеческого общения, гипнотерапия психосоматических пациентов хирургической

клиники (первой удачей – в лечении психогенных форм тиреотоксикоза, составляющего распространенную форму краевой патологии), увлеченная практическая работа в наркодиспансере по антиалкогольной проблематике, а по вечерам – бесконечная шлифовка клинических знаний в ходе добровольной субординатуры (под руководством зав. курсом психиатрии профессора О.З. Голубкова). Здесь, увлеченно работая в тяжелейших условиях пребывания душевнобольных в старых, разрушающихся, непригодных «столыпинских» бараках, удалось постичь все «прелести» донейролептической эры и познать радость результатов организационных преобразований, возвращения бесправных больных к нормальным условиям существования и лечения.

Отчетливо помнятся первые патофизиологические исследования механизмов эпилепсии и клинические проявления личностных изменений у эпилептоидных психопатов, первые успехи на конкурсах студенческих научных работ. В 1960 году получен врачебный диплом и я был оставлен на учебу в клинической ординатуре при кафедре психиатрии Алтайского мединститута (кстати, получившего позднее за кадровые успехи имя Ленинского комсомола). Затем очередное везение пришло после завершения учебы: в первый и последний раз за всю пятидесятилетнюю историю института получено приглашение в целевую аспирантуру во Второй Московский медицинский институт к академику Олегу Васильевичу Кербинову. Незабываемые впечатления от живого, непосредственного общения со знаменитым Учителем, проявившим поистине отцовскую заботу и сердечную поддержку к приехавшему из сибирской глубинки молодому врачу, составляют, условно говоря, второй этап моего становления как ученого.

Пока же хотелось бы подвести некоторые итоги первых шагов в науке: сейчас, на склоне лет, становятся отчетливыми и понятными те разительные преобразования, которые произошли в последние три-четыре десятилетия в области клинической и социальной психиатрии, сумевшей преодолеть

изоляция от других медицинских дисциплин, выйти за пределы закрытых помещений, стать все более открытой и доступной для больного и его ближайшего окружения. Характерно, что происходящие в обществе преобразования служат, в свою очередь, стрессором для самой психиатрии, которая всегда отличалась индивидуальностью подходов к диагностике и лечению, продолжительностью и, будем откровенны, зачастую безуспешностью терапевтических вмешательств в особых, замкнутых условиях, с пагубным отрывом от достижений в сфере общей медицины. Постепенно и неуклонно – на глазах психиатров одного поколения – специальность вступила в эпоху индустриализации (с автоматизацией и компьютеризацией диагностического и лечебного процессов); это подтолкнуло коренным образом пересмотреть ее теоретико-методологические принципы, нозологические границы, дифференциальные, реадaptационные и превентивные подходы, классификационные и прогностические критерии, оценить значение социальных, региональных, транскультуральных факторов в происхождении психических расстройств.

На повестку дня для специалиста (прежде всего в области малой, «пограничной» психиатрии) выдвигается потребность в углубленном знании современных достижений в сфере клинической персонологии, составляющей в последнее время объект моего пристального интереса к теории и методологии человековедения, прежде всего с позиции онтогенетического анализа. Вполне определенно, что с возрастом мы не становимся лучше или хуже, а лишь более похожи на самих себя: здесь очень важно умение достойно пройти по солнечной стороне жизни, сохранить ясность ума, человеколюбие и благожелательную коммуникацию, помня, что человек безудержных страстей привлекателен только на страницах художественной литературы, а в повседневной жизни здоровые надежные интерперсональные контакты ценятся на вес золота (вспомним высказывание американки Э. Голдман: «Когда мы не можем мечтать, мы умираем»), сохраняя прелесть «благоухания седина» (З.Н. Гиппиус).

Другую ценность составляет теплота человеческих сердец, понимание своей роли в процессе развития **общественных связей**. Диалектика взаимоотношений человека и общества прекрасно оценена трагическим писателем-прозаиком Андреем Платоновым³: «Человечество – одно дыхание, одно живое теплое существо. Больно одному – больно всем. Умирает один – мертвеют все». И далее весьма любопытный пассаж в понимании роли человека в науке: «Наука – красавица, но только своими одеждами. Она – свет, чистый и до конца прозрачный. Но не теплый, не холодный. Этот не моргающий глаз человечества смотрит и смотрит, но не любит и не думает, и, как глаз, наука нужна, чтобы только видеть и освещать». Важно верить в возможность беспредельного развития человечества, в его способность найти великие цели, выработать гуманистические связи человека с другими людьми, с иными поколениями – ушедшими и грядущими: лишь в этом случае жизнь конкретного индивида может стать бесценным достоянием эпохи, достичь небывалого «расцвета» человечности в человеке. Для

³ Платонов А. Собрание сочинений в 3-х т. – М., 1984. – Т. 1. – С. 9–10.

этого нужен поиск индивидуальных, нестандартных форм единения, решая «идеи» жизни путем расширения, открытия дерзновенного разума ученых, совокупного ума науки. Считается важным превратить людей из одержимых одиночеством, скукой, отчужденных существ, собранных в толпы, в стройную силу, в творцов единого Дела. В последнее время происходит космизация научного знания, его проникновение в познание тайны звездного мира над нами и нравственного закона внутри нас (по И. Канту), в действенный синтез естественных и гуманитарных наук.

2. Жизнь и наука

Наставникам, хранившим юность нашу,
Всем честию, и мертвым, и живым.
К устам подъяв признательную чашу,
Не помня зла, за благо воздадим.

А.С. Пушкин

...Манит, манит, манит карусель
В путешествие по замкнутому кругу.

Р. Лисиц

Если первый период моего семидесятилетнего жизненного пути был сопряжен в основном с поиском выбора направления в науке, накоплением теоретических и практических знаний, то второй (примерно двадцатилетний) – с последовательной кристаллизацией научного профиля, освоением богатейшего арсенала достижений тех школ и коллективов, с которыми повезло соприкоснуться и погрузиться в ходе научной карьеры. В этот временной отрезок спрессованы памятные события учебы в московской аспирантуре (радостные переживания индивидуальной эпохи «бури и натиска»), горечь утраты своего любимого наставника (ушедшего в расцвете творческих и жизненных сил в результате не распознанного вовремя соматического страдания), возвращение в родной коллектив, где пройдены основные ступени роста практикующего врача и ученого – ассистент, доцент, заведующий кафедрой (последние три года работы в АГМИ).

Накопленный врачебный, педагогический и исследовательский опыт позволяет очертить творческий мир ученого, сосредоточенный, по моему мнению, в рамках основных объектов действия: кабинет – постель больного – кафедра. Последняя является великой школой личностного совершенствования и взаимообогащения, генератором творческих идей, источником душевного удовлетворения от повседневного общения с молодежью, невольного и успешного тренинга интеллекта, достижения нравственной гармонии и чувства собственной значимости. **Мир ученого** – особая душевная субстанция, неповторимая, ранимая, слабо защищенная, требующая социальной поддержки и патронажа, особенно в наше нелегкое и быстро меняющееся время (на память приходит старая сентенция: «Жизнь – каникулы перед смертью»). Для человека, обращенного всеми своими чувствами во внешний мир, уместно привести высказывание американского политического деятеля

ля Хиллари Клинтон, стойко перенесшей факт измены своего знаменитого супруга: «Служение ближнему – это плата, которую мы платим за жизнь».

«Пленительная привычка» к воспоминаниям позволяет «человеку в науке», особенно на заключительном этапе жизни, оглянуться в прошлое и задумать-ся о предстоящих путях будущего развития. Особенно острые переживания возникают у тех, кто посвятил свою жизнь медицине: ведь именно она «учит ненавидеть смерть и людей, ее приносящих». Великий Парацельс утверждал: «Сила врача – в его сердце. Величайшая основа лекарства – любовь». И нена-висть к смерти, и любовь к жизни будущий врач приобретает в стенах своей alma mater, от своих мудрых наставников, щедро делившихся своими знания-ми и опытом. Диалектика такого взаимодействия и взаимообогащения делает обучающегося в области медицины несоизмеримо богаче его изначальных че-ловеческих качеств, дает прочную **нравственную** основу, о которой прекрас-но говорил величайший психиатр С.С. Корсаков: «Высота человека измеряет-ся не тем, сколько благ ему дают, а тем, сколько он вносит в мир». На стыке эпох, в зоне искрящихся научных контактов, наиболее ощутимыми становятся достижения и уроки наших незабвенных корифеев врачебного искусства, в полной мере осознаваемыми становятся их стремление пролагать путь «для новой жизни» и сквозь «потрясения, бури и щедроты души воспламененной» (Б. Пастернак), их попытки скрепить разум и совесть представителей разных эпох и поколений в единое человеческое сообщество, отчетливо осознающее свою ответственность за прошлое, настоящее и будущее.

Критическое обозрение истории нашей научной дисциплины, психиа-трии, свидетельствует о качественно иной характеристике существующей политической, экономической, технологической и научной обстановки не только в нашей стране, но и во всем мире: от сугубо описательной деятель-ности непосредственно у постели больного к продуктивному использова-нию в своей клинической, диагностической и терапевтической практике богатого арсенала новейших технологических средств и приемов.

Содружество науки и практики обеспечило академической науке восточ-ного региона России общепризнанное лидерство и безусловный приоритет по основным клиническим дисциплинам в медицине. «Пальма первенства» в этих научных направлениях принадлежит превентивным технологиям и интегральным программам ранней диагностики и предупреждения хрони-ческих неинфекционных заболеваний, являющихся актуальным разделом **регионального** здравоохранения и медицинской науки. Решение задач со-вершенствования новых технологий диагностики, терапии и профилактики в психиатрии и наркологии связано с развитием этих медицинских дисци-плин, формированием научных школ и направлений. В этой связи целесо-образно еще раз вернуться к определению научных школ, формирование которых является главной целью научно-исследовательских коллективов.

Научная школа – это группа людей, объединенных стремлением ре-шить определенную задачу, важную и нужную для науки. Эти люди готовы отдать свои силы и талант для решения поставленной задачи, готовы пре-одолеть трудности, испытать лишения. Однако этого мало. Для успешного развития научной школы необходимо, чтобы во главе ее стоял **лидер** – че-ловек, дальше всех видящий и глубже всех понимающий смысл и значе-

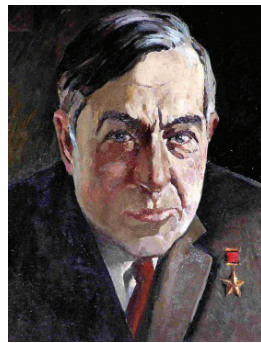
ние поставленной задачи, лучше всех знающий, какими методами можно ее решать. А.О. Эдельштейн (1946) под понятием «школы» подразумевает «способность ученого создавать, воспитывать и оставлять после себя группу учеников, объединенных единством научных взглядов, системой мировоззрений и основных подходов в разрешении клинических проблем».

На своем многолетнем изнурительном, но богатом врачебном и научном поприще мне повезло с наставниками, учителями – их было несколько, и каждая из этих неповторимых, незабываемых фигур означает определенный этап в моей врачебной, научной и организационной деятельности. Первую, самую ответственную путевку в профессиональную жизнь я приобрел еще на студенческой скамье, на вечере «посвящения в специалисты», когда перед нами, «первенцами» Алтайского медицинского института, выступал, в числе многих ярких, блестящих, относительно молодых и убеленных сединами маститых ученых, главный психиатр края Юрий Карлович Эрдман. Он сразу обратил на себя внимание необычной внешностью, изысканной манерой поведения, а главное – остротой ума, парадоксальностью мышления, умением говорить о своих пациентах с внутренней экспрессией, любовью и участием. Последующие за этим событием два года моей учебы, клиническая ординатура прошли под бережной опекой и в постоянном общении с первым Учителем⁴.



Вторая, не менее значимая путевка – теперь уже в научную жизнь – связана с обучением в аспирантуре при 2-м МОЛГМИ под руководством академика **Олега Васильевича Кербикова**. До сих пор мне памятна первая встреча, момент приема им вступительного экзамена по психиатрии: взяв меня с собой на клинический разбор в беспокойном женском отделении больницы им. Соловьева (заведовала которым в те годы прекрасный врач-наставник Майя Михайловна Король), он по ходу беседы с больными задал несколько «наводящих» вопросов и получил на них удовлетворявшие его ответы. Позднее, уже в своем рабочем кабинете, оформил необходимые для приема в аспирантуру документы, «благословив» сердечным напутствием на исследования в области пограничной психиатрии (в частности, возрастной динамики психопатических состояний). Последующие три года учебы – цепь ярких впечатлений от общения с незабвенным Учителем, его блестящие консультации, бесценные советы, рекомендации. Именно ему я обязан выбором темы докторской диссертации – изучению истерических состояний, сложной и противоречивой, по его мнению, нозологии.

Третья путевка в сложный мир организаторской руководящей работы в научном коллективе получена мною от тогдашнего директора Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН академика **Андрея Владимировича Снежневского** как раз на-



⁴ Более подробная информация приведена в моем эссе «Зачинатель алтайской психиатрии (памяти Ю.К. Эрдмана)» // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 2. – С. 93–95.

кануне защиты докторской диссертации, в сентябре 1981 года. Пригласив к себе на беседу, он искренне, заинтересованно изложил предложение возглавить создаваемый (по инициативе А.И. Потапова) филиал ВНИПЗ АМН в Сибирском регионе. Сознаюсь, оно меня обескуражило своей неожиданностью и высокой ответственностью, однако Андрей Владимирович нашел простые, убедительные слова поддержки, которые впоследствии неоднократно получали оправдание (даже в пору, когда филиал стал уже самостоятельным академическим научно-исследовательским институтом).

Три замечательные фигуры крупных ученых, замечательных врачей-терапевтов, научных исследователей, оставивших неизгладимый след в отечественной психиатрии, создавших свои неповторимые школы, массу последователей, заслуживают внимания не только в связи с юбилейными датами (кстати, уже отмечена дата столетия со дня рождения Ю.К. Эрдмана и А.В. Снежневского, а в 2007 году и О.В. Кербикова), но и за важнейший исторически значимый гуманистический вклад в общественную жизнь страны, умелое решение злободневных социальных вопросов народного образования и здравоохранения. Их подвижничество, благородство, бескорыстное самопожертвование служат путеводной звездой и для сегодняшнего поколения психиатров, наркологов, психотерапевтов, клинических и социальных психологов; именно они учили нас превыше всего ставить интересы душевнобольного, самоотверженно любить свою профессию, призванную быть, по выражению основателя московской школы психиатров С.С. Корсакова (1901), «крышей медицины». Воздадим должное этим великим дарованиям отечественной науки и практики, имевшим разные судьбы, разную степень оправдания возложенных на них надежд и свершений. Каждый из них мог бы подытожить свои достижения словами гётевского Фауста: «Жизни годы прошли недаром, / И ясен для меня конечный вывод мудрости земной: / Лишь тот достоин жизни и свободы, / Кто каждый день за них вступает в бой».

Многопрофильная и междисциплинарная деятельность классических университетов, работающих по созданной еще Вильгельмом Гумбольдтом модели, содействует естественному формированию научных школ и успешной передаче эстафеты научных идей от поколения к поколению, становлению творческих личностей (признаемся, что роль **личности в науке** не менее важна, чем в истории человечества). Не имея возможности отобразить весь богатый творческий путь корифеев психиатрической науки, включающий огромную педагогическую, административную, организаторскую деятельность (в том числе работу в руководящих органах Российской академии медицинских наук), остановлюсь лишь на научных исследованиях, тесно связанных с идеями своих научных учителей. О.В. Кербиков в последние годы своей научной деятельности со свойственной ему добросовестностью и скрупулезностью в рассмотрении научных задач приступает к решению поставленной нелегкой задачи основательного творческого пересмотра вопросов систематики, формирования, дифференциации отдельных вариантов различных девиаций, а также их ранней диагностики и ресоциализации, что было блестяще изложено им в актовой лекции «Клиническая динамика психопатий и неврозов» (1962). Чрезвычайно важен выдвинутый

им тезис о текучести границ внутри этой сборной группы, наличии «переходных и промежуточных форм», о выделении различных вариантов клинической динамики (психопатического цикла, регрессиентности психопатических образований). Незадолго до своей преждевременной кончины он публикует фундаментальную статью «Микросоциология, конкретно-социологические исследования и психиатрия» (1965), открывшую возможность подобного рода исследований в отечественной социологии, психотерапии и психиатрии. Блестящая философская эрудиция, огромный педагогический талант (до сих пор не утратили значимости его клинические «Лекции по психиатрии»), умение понять запросы и интересы молодых исследователей, а также организаторские способности привели к созданию отечественной научной школы, которая находит свое продолжение в ежегодных «Керби-ковских чтениях». Многочисленные благодарные ученики и последователи (М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, В.В. Ковалев, Б.П. Калачов и др.) с успехом продолжают его творческие идеи, сохраняя в своей памяти не только сугубо профессиональные качества Учителя, но и его непередаваемую мягкость, теплоту, заботливость, одаренность, любовь к родной природе и отечеству, понимание искусства и литературы.

Как и два предшествующих ученых, А.В. Снежневский является выпускником медицинского факультета университета (Казанского, в 1925 году), после окончания которого работал в клинике известного русского психиатра Т.И. Юдина, а затем долгие годы главным врачом Костромской областной психиатрической больницы. В 1961 году он становится директором Института психиатрии АМН СССР, а с 1982 года до конца жизни – руководителем Всесоюзного научного центра психического здоровья.

Являясь ярким представителем клинико-нозологического направления в российской психиатрии, прежде всего в области шизофренологии, он заложил патобиологические характеристики данной болезни, сформулировал концепцию ее течения в зависимости от «логики» мозгового патологического процесса. Блестящий клиницист и прекрасный лектор, он, как магнитом, притягивал к себе молодежь: помню, с каким упоением мы слушали его детальнейшие клинические разборы, которые поражали своим рафинированным анализом и нацеленностью на прогностическую оценку. Его научная школа психиатров, по сути дела, продолжает основанное С.С. Корсаковым научное направление московских врачей, которые в ней работали, а многие до сих пор продолжают успешно работать, среди них такие замечательные исследователи, как Р.А. Наджаров, М.Е. Вартамян, А.С. Тиганов, А.Б. Смулевич, Д.Д. Орловская, В.С. Ястребов, Г.П. Пантелеева, М.Я. Цуцульковская, А.В. Концевой и др. Их коллективное влияние позволило в короткий срок сформировать основные научные направления, структуру научных подразделений нашего института, заложить необходимый клинический облик в подразделениях клиники. Ветераны нашего института с благодарностью вспоминают краткосрочные «десанты» маститых ученых, их лекции, сопровождаемые показательными клиническими разборами. Непосредственная связь с «материнским лоном» приобретает в последнее время все большее звучание, прежде всего для молодого поколения томских психиатров. Памятны замечательные моменты приезда в Томск (незадолго

до своей кончины) Андрея Владимировича: его пламенное выступление о прошлом и будущем практической и научной психиатрии, проникновенные напутствия и пожелания успехов произвели неизгладимое впечатление не только на молодежь, но и на его ближайших соратников, принявших участие в этом визите в Сибирские Афины. Знакомство с памятными местами города, его неповторимой деревянной архитектурой, участие в большом концерте симфонической музыки произвело, по моему мнению, неизгладимое эмоциональное воздействие на дорогого гостя. Несомненно, А.В. Снежневский был и остается грандиозной фигурой в отечественной психиатрической науке, творческое наследие которого требует дальнейшего обогащения и совершенствования.

В целом анализ роли и места отдельных школ, их направлений в современной психиатрической науке облегчает формирование действенных федеральных, региональных и муниципальных программ в области охраны и укрепления психического здоровья россиян, опирающихся на всестороннюю оценку специфики «местных условий». Придание новых общественных и научных импульсов идее превенции отечественной медицины должно быть поддержано тезисом: «Не у постели больного, а раньше, когда человек здоров, надо начинать нашу работу».

3. Наука и люди

Все испытав, пройдя огонь и воду,
Терзаемый страстями и разладом,
Лишь тени истин настагаю взглядом,
В волнах сомнений не нащупав броду.
Х.Х. Арёла

Жизнь невозможно повернуть назад,
И время ни на миг не остановишь...
И. Резник

Жизнь всей страны, развитие и процветание ее отдельных регионов (включая восточный), а также благосостояние и благополучие отдельных социальных групп населения, каждого россиянина во многом определяются уровнем физического, психического, нравственного общественного и индивидуального здоровья «здесь и сейчас». Общепризнанной и чрезвычайно важной представляется моральная сторона достижения душевного здоровья «для всех и каждого» – через оздоровление конкретного индивида, семьи, коллектива, защиту уязвимых социальных групп и возрастных категорий.

Состояние психического здоровья населения сибирских и дальневосточных территорий всегда внушало тревогу и беспокойство не только у медиков, но и общественно-политических деятелей, всех лиц, ответственных за поддержание и укрепление нравственного и духовного климата в восточном регионе. Сложная социально-экономическая ситуация в Сибири имеет свои **специфические**, весьма острые проблемы, достигающие уровня «не мифа, а суровой реальности» (Потапов А.И., Васильев Н.В., 1992): здесь обнаруживаются исторически сложившиеся отношения между центром и перифе-

рией, которые проявляются в крайне негативных медико-демографических процессах (резкое увеличение экономических стрессов, безработица с присущим для нее ярким «букетом» социально-гигиенических последствий, усиление миграционных потоков и суицидального поведения, нарастание групп высокого социального риска), прослеживаемых «невооруженным глазом» и угрожающих **экологическим** кризисом.

Для решения узловых научно-практических задач в сфере предупреждения и устранения основной нервно-психической патологии в регионе Зауралья потребовалось создание академической научной ячейки, призванной решать насущные проблемы клинической и социальной психиатрии «на местах». Именно с этой целью 25 лет тому назад, 2 сентября 1981 года, Государственным Комитетом по науке и технике СССР в городе Томске был открыт научно-исследовательский институт психического здоровья (основанный как филиал Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР, затем 29 июля 1986 года преобразованный распоряжением Совета Министров СССР в самостоятельное учреждение в рамках Томского научного центра СО РАМН). Создание в столь короткий срок подобного научного подразделения оказалось возможным благодаря всесторонней поддержке тогдашнего руководителя области, известного партийного деятеля страны Егора Кузьмича Лигачева и первого директора вновь организованных НИИ (онкологии, кардиологии, психического здоровья) Анатолия Ивановича Потапова (ныне академика Российской академии медицинских наук)⁵.

Эпицентром формирования **академической** науки в области человековедения и таких его отраслей, как клиническая психология, психиатрия, аддиктология, психотерапия, недаром был избран Томск – признанный лидер научной мысли в восточном регионе страны, заслуженно получивший высокий титул «Сибирских Афин». Ведь именно здесь был основан в 1888 году первый за Уралом Императорский университет с единственным (на протяжении последующих десяти лет) факультетом – медицинским. Этот смелый шаг облегчил открытие спустя двадцатилетие (в 1908 году) типовой психиатрической больницы, о которой на заседании Городской Думы было сказано: «Психиатрическая лечебница – это лучшее украшение общественной мысли, город Томск благословляет и час возрождения идеи создания ее, и цель настоящего открытия этого истинно святого приюта страждущему расстройством драгоценного дара – разума... Важное значение лечебницы и в том, что она связана с Томским университетом, его клиниками... Отныне Сибирь имеет свое убежище для всех, не выдержавших тяжести жизни и ее неудержимого бег». Данный факт важен не только в чисто академическом плане, ибо «понять до конца сложившуюся ситуацию в науке можно лишь «при условии соотнесения ее с предыдущими этапами развития науки, подготовившими и создавшими ее» (Родный Н.И., 1965).

⁵ Подробно о жизни и творческом пути этого крупного ученого и великолепного организатора здравоохранения страны см. в монографии: Левицкий Л.С. От сельского врача – до главного врача России. М., 2002. 336 с. Здесь же мы позволим себе выразить восхищение и восторг колоссальным потенциалом, энергией, волевым напором, умелым организаторским распределением научных и врачебных кадров, тонким пониманием психологии служебных отношений, поразительной памятью даже на мелкие подробности жизни своих подчиненных и сотрудников, искренним желанием оказать им помощь – где советом, а где и материальной поддержкой.

Смычка академической и вузовской науки с психиатрической практикой происходила на протяжении последней четверти минувшего столетия и трансформировалась в идею создания научно-учебно-практического объединения психиатров, носившего с первых же этапов его деятельности строго *функциональный* характер: взаимодействие кафедрального коллектива (возглавляемого известным ученым, основоположником школы сибирских реабилитологов проф. Е.Д. Красином), крупнейшей в стране психиатрической клиники (главный врач – канд. мед. наук М.И. Петров, а ныне – профессор А.П. Агарков) и академического института (директор – академик РАМН В.Я. Семке). В последние годы наметилось успешное сотрудничество и с факультетом психологии Томского госуниверситета (ректор – профессор Г.В. Майер), прежде всего в аспектах клинической персонологии, валеопсихологии, этнопсихологии и этнопсихотерапии.

Прожитая нами жизнь представляет собой **историю**, которую мы рассказываем не столько себе, сколько своим родным и близким. Естественно, это изложение последнего, **третьего** отрезка жизни носит субъективный характер, особенно спустя значительный отрезок времени длиной в четверть века. Откровенно говоря, до сих пор не могу осознать мотивы предпочтения моей кандидатуры при выборе научного руководителя, а с 1986 года и директора академического психиатрического филиала, создаваемого за пределами Урала. Вместе с тем также не понимаю проявленной мною решимости при окончательном выражении согласия на столь почтенное предложение. Тем не менее это значимое в моей жизни назначение состоялось, о чем я ни разу не пожалел. Безусловно, сказалось бережное и благожелательное отношение на всем протяжении томского периода моей научной карьеры крупнейших российских ученых, стоявших у истоков создания «первенца» сибирской академической медицины клинического профиля – Томского научного центра СО РАМН. Моя глубокая сердечная благодарность за проявленное высокое доверие адресуется, прежде всего, замечательному и большому ученому А.И. Потапову, а также академикам Р.С. Карпову (ныне руководителю ТНЦ СО РАМН, оказавшему помимо всего незаменимую лечебную помощь в преодолении возникшего у меня несколько лет тому назад соматического кризиса), Е.Д. Гольдбергу (строгому советчику, бескорыстно делившемуся своим богатым бесценным научным и организаторским опытом, кстати, блестящему рассказчику и хранителю многих занимательных историй из жизни известных томских профессоров). На протяжении многих лет складывались и развивались великолепные дружеские отношения с коллегами по «директорскому и академическому цеху» – академиками В.П. Пузыревым, А.М. Дыгаем, членами-корреспондентами РАМН Е.Ц. Чойнзоновым, Ю.Б. Лишмановым, профессором Л.А. Агарковой, ушедшим из жизни академиком Б.Н. Зыряновым. Теплые контакты и полезный взаимообмен мнениями на поприще клинико-теоретических исследований в области психоневрологии установились с учеными Сибирского государственного медуниверситета – академиками М.А. Медведевым и В.В. Новицким, членами-корреспондентами РАМН А.А. Радионченко, Г.Ц. Дамбаевым и многими другими.

В заданном контексте считаю своим долгом выразить особую благодарность за постоянную поддержку, заботу и внимание моим самым близким

людям – жене моей Галине Владимировне, дочери Юлии, сыну Аркадию, всей моей небольшой, но дружной семье, разбросанной, к сожалению, по всему миру, моим покойным родителям, всю жизнь свято верившим в мою удачную научную карьеру.

В настоящее время Институт психического здоровья ТНЦ СО РАМН аккредитован как государственное учреждение, имеет лицензию на право ведения образовательной деятельности в сфере профессионального постдипломного образования. На его базе проводится обучение в очной и заочной аспирантурах, в клинической ординатуре (зав. отделом – д.м.н. М.Ф. Белокрылова), работает Диссертационный совет (ученый секретарь – к.м.н. О.Э. Перчаткина, технический секретарь – Е.Е. Аргунова) по защите докторских и кандидатских диссертаций по двум специальностям («психиатрия» и «наркология»), а также Ученый совет института (ученый секретарь – к.м.н. Т.В. Казенных). В течение многих лет осуществляются учебные и сертификационные программы последипломного образования по психиатрии и наркологии для врачей региона. С 1996 г. издается журнал «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» (бессменный выпускающий редактор в течение 23 лет не только «Вестника», но и десятков монографий, сборников научных трудов И.А. Зеленская), который позднее приобрел статус центрального российского издания; в 2006 году он также отмечает свой славный десятилетний юбилей. Успешно действует функциональный штаб в виде «мозгового центра» при директоре института (главный референт Т.И. Пономарева, библиотекарь Г.А. Червякова, программист А.А. Морогина и др.). Большой вклад в развитие института вносит планово-финансовая служба (Л.Н. Драчко, Н.И. Истомина), управленческий аппарат (зам. директора по общим вопросам В.И. Щербинин, Г.Н. Васильева, Г.М. Михайлова и др.).

Институт является головной организацией Проблемной комиссии 56.13 «Основные психические заболевания и наркология» Научного совета РАМН и Минздрава РФ по медицинским проблемам Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера под руководством председателя В.Я. Семке и ответственного секретаря к.м.н. Л.А. Степановой. Проблемная комиссия оценивается психиатрической общественностью как активно действующая в регионе, она координирует комплексное планирование и выполнение научно-исследовательских работ, осуществляет научно-методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями по вопросам психиатрии и наркологии и внедрение научных достижений в практику.

Приоритетными направлениями научной работы института являются **фундаментальные** проблемы современной психиатрии: изучение распространенности основных психических заболеваний Сибири и Дальнего Востока в зависимости от различных факторов окружающей среды (природной и социальной); разработка и внедрение новых комплексных методов лечения (психо-, фармако- и трудотерапии) психических заболеваний в условиях Сибири и Дальнего Востока; разработка научных основ организации специализированной психиатрической помощи в районах Сибири и Дальнего Востока. Данные направления традиционны для нашего института, они были утверждены Госкомитетом СССР по науке и технике 2 сен-

тября 1980 года (Постановление коллегии № 44) и одобрены Президиумом СО РАМН (постановление № 10, протокол № 2 от 16.02.2005).

На сегодняшний день в сплоченном коллективе института трудятся более 350 человек, за эти годы создан значительный научный потенциал, объединяющий 18 докторов и 30 кандидатов медицинских наук. Накоплен огромный научный материал, обобщающий итоги 25-летней работы психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, иммунологов в области ранней диагностики, терапии, реабилитации и ресоциализации при основных нервно-психических расстройствах – пограничных, аддитивных, эндогенных, аффективных. Научные результаты работы института отражены в 75 монографиях, более 80 сборниках трудов, 76 методических рекомендациях и пособиях, 25 патентах. На базе института регулярно проводятся международные, российские и региональные конференции, симпозиумы, рабочие совещания (всего за отчетный период проведено 116 научных мероприятий). Подготовлено 53 доктора и 236 кандидатов наук. Научные результаты докладывались сотрудниками института на международных форумах в Канаде, США, Японии, Египте, Германии, Испании, Мексике, Бельгии, Монако, Китае и многих других странах.

В структуру института входят 4 отдела: координации научных исследований (руководитель – к.м.н. Степанова Л.А.), биологической психиатрии (руководитель – проф. Ветлугина Т.П.), клинической и социальной психиатрии (руководитель – академик РАМН Семке В. Я.), научного медицинского оборудования и обслуживания зданий и сооружений, в составе которых работают 3 лаборатории и 7 отделений. В 2003 году было открыто отделение детско-подростковой психиатрии (руководитель – к.м.н. Агарков А.А.), что стало возможным благодаря реализации совместного научно-практического проекта. В научных планах нашего института на ближайшие годы одной из приоритетных является задача «замкнуть» изучение онтогенетического цикла человеческого существования созданием **геронтологической** службы (на первых порах пограничной гериатрической).

За 25 лет деятельности института сформировано несколько **научных** школ, которые внесены в реестр научных школ Российской Федерации. В первую очередь речь идет о школе **пограничной психиатрии**, лидером и основателем которой признан академик РАМН В.Я. Семке. Большую помощь в организации научного климата в коллективе и блестящие способности в деле **регионального** изучения клинической динамики и нейрофизиологических основ психических состояний проявил ближайший помощник профессор М.М. Аксенов. Основные направления ее деятельности ориентированы на изучение влияния биологических, социально-психологических, личностных факторов на распространенность, особенности клинического проявления пограничных нервно-психических расстройств для повышения эффективности программ по охране психического здоровья населения Сибири и Дальнего Востока; изучение особенностей нейромедиаторных систем в семьях больных пограничными нервно-психическими заболеваниями; изучение генетических, иммунологических и патофизиологических механизмов гетерогенности клинических проявлений этих расстройств; проведение анализа и систематизации социальных факторов, воздействующих

щих на уровень психического здоровья; проведение клинико-социального анализа уровня психического здоровья и разработка социально- и личностно-ориентированных программ с обязательным учетом региональных особенностей, в том числе этнокультуральных.

Следующая по значимости научная школа «Патобиологические основы клинической **гетерогенности** аддиктивных расстройств» (лидер и основатель школы – д.м.н., проф., Заслуженный деятель науки РФ Бохан Н.А., со студенческих лет работающий под моим руководством) выбрала главным направлением своей деятельности разработку дифференциальных программ превентивных и реабилитационных мероприятий при наркотической и алкогольной зависимостях на основе изучения нейрофизиологических, биохимических, иммунологических и клинико-патокинетических закономерностей формирования алкоголизма и наркомании в условиях Сибирского региона; изучение нейрофизиологических параметров гетерогенности аддиктивных расстройств с выявлением предикторов эффективности психической саморегуляции и биологической обратной связи; анализ клинического полиморфизма и патодинамических закономерностей в формировании аддиктивных расстройств с коморбидной патологией в этнокультуральном и региональном аспектах; исследования иммунопатогенеза алкогольной и наркотической зависимостей и нейроиммунных взаимодействий как основы методов иммунореабилитации в наркологии; создание профилактических и реабилитационных программ для больных с алкогольной и наркотической зависимостями на основе разработки новейших информационных технологий и оптимизации фармако-, физио- и психотерапии.

Большой вклад в развитие отечественной фундаментальной психиатрической науки внесла еще одна известная в Сибири школа **клинической психо-нейроиммунологии** (лидер и руководитель – д.м.н., проф. Ветлугина Т. П.). Основными направлениями ее деятельности являются исследования механизмов психонейроиммунотензии при основных психических расстройствах (шизофрения, невротические, аффективные расстройства, наркологические заболевания); определение критериев прогноза течения заболевания и риска его затяжного течения; разработка комплексных (с включением иммунотерапии) реабилитационных и превентивных программ.

Безусловно, оригинальными и приоритетными следует считать многосторонние и междисциплинарные научные исследования патогенетических основ шизофрении, в первую очередь с позиций углубленного изучения проблем **адаптациогенеза** (с учетом региональной специфики). Это направление исследований было заложено великолепным ученым, организатором науки (долгое время возглавляла научную часть института) профессором Г.В. Логвинович (к сожалению, безвременно ушедшей из жизни) и на протяжении ряда лет продолжено под руководством профессора А.В. Семке.

Неоценимый вклад в дело утверждения самобытных научных сибирских направлений в изучение психического здоровья россиян внесли многие известные ученые и деятели психиатрической науки. Среди них в первую очередь заслуживают упоминания преждевременно ушедшие из жизни профессора Д.П. Дремов (создатель лаборатории патоморфологии мозга), Г.В. Логвинович (блестящий клиницист, прекрасный организатор здраво-

охранения), А.И. Жанков (возглавлявший исследования в области вирусологии и молекулярной биологии), Л.П. Яцков (лидер дальневосточной психиатрии, основатель и многолетний руководитель филиала нашего института во Владивостоке), В.С. Бриченко (исследователь в области эпидемиологии реактивных психозов, заложил основы клинической и фармакодинамической аффектологии), к.м.н. Ю.И. Прядухин (стоявший у истоков становления сибирской академической наркологии), патоморфолог к.м.н. Л.И. Дорофеева, блестящий невролог к.м.н. С.Н. Мальцев⁶ и др.

Весомую лепту в развитие академической науки в регионе внесли ученые, волею судеб вынужденные покинуть *alma mater*. Среди них в первую очередь отметим профессоров Е.Д. Красика (родоначальника эпидемиологической науки в психиатрии восточного региона, зав. кафедрой психиатрии Сибирского медицинского университета), О.А. Васильеву (руководившую созданной ею лабораторией иммунологии и внесшую бесценный вклад в дело сближения фундаментальной и клинической науки), Б.С. Положего (стоявшего у истоков формирования научной ячейки института, в течение ряда лет возглавлявшего его научную часть, генератора новых идей в области промышленной и профилактической психиатрии), П.П. Балашова (ныне заведующего кафедрой психиатрии СибГМУ, бывшего главного врача клиник института, а затем научного руководителя отдела координации научных исследований), известного патоморфолога Г.В. Коновалова, высокоэрудированных клиницистов В.Н. Судакова-Мантлера, Н.А. Корнетова, вдумчивого исследователя в области биологической наркологии О.К. Галактионова, к.м.н. М.С. Рицнера, известного российского психолога Г.В. Залевского (ныне члена-корреспондента РАО), прекрасных клиницистов к.м.н. Е.А. Акерман, А.Н. Гузева, А.Б. Савиных-Дик, Д.В. Саванина, Е.Г. Запускалову и многих др. Активное участие в становлении академической науки приняли доктора наук, на которых научный коллектив возлагает большие надежды и связывает с ними будущие перспективы – А.В. Семке, М.М. Аксенов, И.Е. Куприянова, Л.Д. Рахмазова, С.А. Иванова, Е.Д. Счастный, Г.Г. Симуткин, Е.В. Гуткевич, И.А. Артемьев, В.Д. Прокопьева, Т.И. Невидимова, И.Я. Стоянова, Т.В. Шушпанова, В.Ф. Лебедева и др.

В настоящее время осуществляется активная работа по подготовке научных кадров как для института, так и для всей России. На базе института с 1986 года ведется подготовка клинических ординаторов по специальностям «психиатрия» и «психиатрия-наркология». За 20-летний период прошли подготовку 57 клинических ординаторов: 43 – по специальности «психиатрия», 14 – по «психиатрии-наркологии» (ранее «наркология»). Из них 30 человек в последующем защитили кандидатские диссертации, двое – докторские диссертации. 32 специалиста из числа прошедших подготовку в ординатуре продолжают работать научными сотрудниками или врачами клиник. Наряду с этим часть окончивших ординатуру специалистов продолжают успешную профессиональную деятельность в других городах России (Москве, Астрахани, Сочи, Хабаровске, Владивостоке) и за рубежом (Гер-

⁶ Речь идет об умелом диагносте, самобытном целителе в области вертеброневрологии, философски мыслящем враче, авторе 3-томного руководства по проблеме «психиатрической неврологии», работавшем на стыке двух дисциплин.

мания, США, Канада, Австралия и др.). Для продолжения послевузовского профессионального образования в клиническую ординатуру на конкурсной основе поступают учиться молодые врачи из других городов Сибири. В настоящее время проходят обучение 7 клинических ординаторов. Ещё один важный раздел в сфере научного потенциала – подготовка аспирантов; на базе нашего института этот вид повышения научной квалификации проводится с 1989 года. За прошедший период окончили аспирантуру с защитой диссертации 34 аспиранта (из них 30 – по специальности «психиатрия» и 4 – по специальности «наркология»), в том числе 14 прошедших обучение в очной аспирантуре и 20 – в заочной. 5 человек из числа окончивших аспирантуру в НИИ ПЗ продолжают собственные научные исследования, работая над докторскими диссертациями. В настоящее время обучаются 18 человек: 4 – в очной и 14 – в заочной аспирантуре.

Крепнут и расширяются **международные связи** научного коллектива института с зарубежными коллегами. Заключены договоры с Германией, Монголией, Голландией и Китаем о коллаборативной научной деятельности. Проведены совместные клинические испытания новых психотропных препаратов ведущих фармацевтических фирм: AWD, Sanofi Aventis, ПЛИ-ВА Хрватска, Астра Медика, Elly Lilly, Pfeiser, Янссен-силаг, SUN, Торрент Фармасьютикалс Лтд, Solvay pharma, ГлаксоСмитКляйн Трейдинг, Геден Рихтер, Материя Медика, Герофарм, Протек, Витафарм, Мерц и др.). Ежегодно в октябре проводится благотворительная акция «День психического здоровья», когда двери института приветливо открыты всем нуждающимся в консультации и помощи.

С 1998 года функционирует **Международная ассоциация этнопсихологов и этнопсихотерапевтов**, созданная для координации скрининг-диагностики психических расстройств в разных этнических популяциях (России, Монголии, Венгрии, Германии). Президентом МАЭЭ является академик РАМН В.Я. Семке (Россия), вице-президенты – В. Мантлер (Германия) и профессор Н.А. Бохан (Россия), секретарь – д.м.н. И.Е. Куприянова (Россия). В состав исполнительного комитета входят ведущие специалисты Европы и Азии: А.П. Агарков (Россия), Л.Д. Рахмазова (Россия), П.И. Сидоров (Россия), Г. Кунце (Германия), М. Байер (Германия), К. Даубер (Германия), В. Пфайфер (Германия), Флери (Швейцария), Л. Эрдэнэбаяр (Монголия), В. Рекс (Тайвань), Хьех Кай-Фенг (Тайвань), Л. Соболева (Венгрия), А. Веер (Венгрия), Е. Акерман (Австрия). **Целями** МАЭЭ являются: изучение взаимоотношений нормы и психопатологии для оказания специализированной медицинской помощи и улучшения здоровья населения народов мира; достижение единства языка через психиатрические классификации путем интеграции фундаментальных научных исследований в области психотерапии и фармакотерапии, установление статистической совместимости и оптимизации диагностических критериев в различных этносах. Ассоциация придерживается морально-этических аспектов психиатрической систематики, действующей в рамках DSM IV-V, МКБ-10 и Мадридской декларации по этическим стандартам. Профилактические реабилитационные программы и психокоррекция стоят на защите от стереотипизации традиционных культур этнических меньшинств, ликвидации скрытой дискриминации мало-

численных этносов и бережного сохранения уникального опыта самореализации этносов. В концепцию программы реабилитации архаичных этносов заложены основные принципы, не идущие вразрез с идеей национальной государственности и учитывающие интересы национально-культурной автономии без нарушения этноэкологического базиса малочисленных народностей.

Громадный вклад в успешное развитие **клиник** института внесла заслуженный врач РФ Л.П. Якутенко: ее доброта, строгость, высокая ответственность, гуманизм и отзывчивость являются «визитной карточкой» для всего медицинского коллектива. Ее достойными преемницами и надежными помощниками являются В.Ф. Лебедева, начмед клиники, заведующие клиническими подразделениями Л. А. Горбацевич, Е.М. Епанчинцева, С.Н. Мальцева, Г.П. Ляшенко, В.А. Семке, Е.В. Потапкина и др. Высокий уровень медицинского обслуживания, техническая и медикаментозная оснащенность, высокая квалификация медицинского персонала позволяют клинике института считаться образцово-показательной. Среди 75 врачей клиники трудятся 1 заслуженный врач РФ, 18 кандидатов медицинских наук, высшую квалификационную категорию имеют 33 человека. Клиника располагает высокообразованным средним медицинским персоналом: из 116 медицинских сестер 40 имеют высшую квалификационную категорию, некоторые из них занимаются научными исследованиями.

На базе НИИ психического здоровья разработана и внедрена 21 форма **психиатрического сервиса** (помимо этого еще 9 форм медико-психологической помощи предложено для преодоления отрицательных последствий **социального сиротства**), совокупный эффект от внедрения результатов которых вносит позитивный вклад в стабилизацию психиатрической и наркологической ситуации региона и имеет народно-хозяйственное значение. Продолжает осуществляться терапевтическая помощь ликвидаторам аварии на ЧАЭС, участникам боевых действий в Афганистане и Чечне. На базе института развернут региональный Центр пограничных состояний, который обеспечивает диагностическую, лечебную, консультативную и исследовательскую работу для пациентов с пограничными состояниями региона Сибири и Дальнего Востока. Продолжает успешно функционировать Межведомственный центр психического здоровья, являющийся звеном специализированной внедиспансерной психопрофилактической службы, в котором оказывается поддержка безработным и реабилитационная помощь больным пограничными нервно-психическими заболеваниями, в том числе включая их донозологические стадии. Проводятся консультирование и оказание психотерапевтической помощи больным пограничными заболеваниями в областной клинической больнице, учителям Северного округа города, в общесоматических поликлиниках, гимназиях, средних школах, системе начального профтехобразования. Осуществляется психопрофилактическая работа с больными пожилого возраста в областном комплексном центре социального обслуживания населения Томской области, внедряются в практику новые формы и методы профилактики нервно-психических расстройств среди подростков Общеобразовательного профессионального центра социальной защиты. На базе отделения аддиктивных состояний ра-

ботает городской Центр медицинской реабилитации больных наркоманией. С 2001 года функционирует Междисциплинарный центр профилактики **пароксизмальных** состояний, осуществляющий консультативную помощь больным эпилепсией и синкопальными состояниями с разработкой дифференцированных индивидуальных программ реабилитации этой категории пациентов. Активно работает сексологическая служба, осуществляющая консультативную помощь больным нервно-психическими расстройствами с коморбидными сексуальными расстройствами.

В клиниках института ежегодно проходят лечение около 2000 человек, более 2500 пациентов получают квалифицированную консультативную помощь. Совершенствуются модели функциональных подразделений областного Центра пограничных состояний, подвижного психотерапевтического комплекса, межведомственного Центра охраны психического здоровья. Действуют кабинеты ароматерапии, клинической вегетологии, КВЧ-терапии, семейной психотерапии. Разрабатывается система психиатрической помощи детям-сиротам Томской области. Клинические подразделения института являются клинической базой для педагогического процесса (кафедры СибГМУ, ТГУ, ТГПУ), что позволяет интегрировать достижения академической и вузовской науки.

Именно в дальнейшем тесном творческом союзе научных коллективов медицинских ученых и практиков всех институтов ТНЦ СО РАМН видится дальнейшая перспектива развития интеллектуального потенциала Сибирского региона, усиленное продвижение по пути охраны и укрепления здоровья населения, проживающего на необъятных территориях Зауралья.

4. Научная жизнь в онтогенетической перспективе

Для глупца старость – бремя, для невежды – зима,
а для человека науки – золотая осень.

Вольтер

В течение немногих лет произошли те события,
которые преобразовали нашу жизнь. Они таят в себе
страшную опасность и в то же время светлую
надежду – опасность гибели человечества и надежду
на установление рая на Земле.

М. Борн

Ученые моего поколения прошли сложный, но славный путь «сквозь тернии к звездам», преодолели трудную, тревожную, полную надежд и свершений дистанцию, сохранив «сан жреца, а вместе с ним и свою ответственность», а сама жизнь и впредь «останется такой же, как сегодня, – трудной, тревожной, героической и возвышенной» (А. Моруа): многого удалось достичь, но кое-чем пришлось пожертвовать и отступить. Однако в новейших социально-экономических условиях им потребуются еще большая концентрация сил и творческой энергии на самых важных, существенных проблемах своей науки, на пути к постижению человеческого облика. Я счастлив, что вопреки возрастным закономерностям диапазон моих науч-

ных интересов остается достаточно широким, включая два способа ведения научных исследований (экстенсивный и интенсивный), которые по-прежнему сопутствуют моей научной работе: сбывается предсказание Марии Эбнер-Эшенбах, что «в молодости мы учимся, в старости понимаем», поскольку в этом возрасте «ум просветляется».

Происходящее в последние десятилетия конструктивное сближение позиций разных дисциплин (а нередко и их фактический симбиоз) во многом диктуется велением времени: именно в зоне «искрящихся контактов» нередко достигается неожиданное и довольно радикальное разрешение прежде «непостижимых» узловых вопросов и прежних тупиковых ситуаций в отдельных научных областях знаний, устранение исторически сложившихся «изоляционистских» тенденций и появление теоретико-методологического взаимопонимания. Можно с высокой долей вероятности прогнозировать преодоление существующих кризисных явлений и выразить надежду, что человековедение на стыке двух тысячелетий и социальных эпох обретет «второе дыхание».

Величина и значимость стоящих перед психологами и психиатрами задач в области формирования гармоничной, здоровой личности весьма кратко очерчена видным ученым Норманом Сарториусом (1991): «Проблемы охраны психического здоровья огромны и продолжают расти». В какой-то мере величина проблемы определяется известными трудностями оценки динамики здоровья в мире, поскольку само это понятие довольно сложно определить. Мы предлагаем (Семке В.Я., 1988) рассматривать «**психическое здоровье**» как состояние динамического равновесия личности с окружающей ее природной и общественной средой, когда все заложенные в ее биологической и социальной сущности особенности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью. В качестве краткого комментария к нашей дефиниции хотелось бы подчеркнуть значимость гармонического сочетания внутренних и внешних факторов в установлении адекватной приспособляемости индивида к среде проживания, подвижное состояние этого баланса, наконец, оптимальный уровень личностного реагирования.

Вполне очевидно, что неблагополучное в экономическом отношении общество не может быть нравственно здоровым; человечество находится на пороге нового идеологического выбора, переломного скачка в индивидуальном и общественном мировоззрении, составляющем возможность различных личностных aberrаций с последующим закреплением возникших искажений, отклонений от нормы. Из большого числа общественных кризисов (социального, политического, экономического, экологического и т. д.) складывается единый «**кризисный синдром**», чреватый угрозой подрыва духовного здоровья людей, а в конечном счете – устоев общественной жизни (морали, культуры, основных человеческих ценностей), ведущий к «распаду нации и разрушению ее генофонда» (из резолюции Всероссийского Пироговского съезда врачей, 1997 год). Среди факторов, способствующих необратимой личностной дезинтеграции, следует иметь в виду галопирующее расслоение общественных групп, все усложняющиеся межличностные конфликты, семейно-бытовую неустроенность, этнические столкновения и

противоречия, усиливающееся экологическое неблагополучие. По мнению экспертов ВОЗ, социальное окружение настолько неразрывно связано с физико-биологическим, что рассматривать их надо как единое целое. Все это заставляет коренным образом пересматривать методологические принципы, нозологические критерии, реабилитационные и превентивные подходы в области клинической и социальной психиатрии.

Подводя итоги ушедшего в недавнее прошлое сложного и противоречивого XX века, «века высшего ужаса и великого прозрения» (А. Вознесенский), отметим колоссальные усилия в сфере коллективной ответственности за выживание нации, преодоление «подводных рифов» все более усложняющихся макро- и микросоциальных взаимоотношений, угрозы природных и техногенных катаклизмов, различных социальных «цунами» в виде межэтнических конфликтов, криминального беспредела, наркотического обвала, трудноостановимого СПИДа, «экологических синдромов утомления популяции и этноса», исчезновения стимула «инстинкта воспроизводства» (В.П. Казначеев) и др. В области психиатрической науки и практики первоочередной является важная нравственная задача – поднять престиж профессии, преодолеть общественные попытки «демонизирования» образа врача-психиатра, решать насущные проблемы дезалиенизации, комплаентности, ранней диагностики, «общественной психотерапии» и направленной превенции психической патологии. В постижении стратегии здоровья чрезвычайно важно формирование способности к адаптации, самосохранению и саморазвитию, достижению все более содержательной и разнообразной деятельности. Повышение «качества жизни» и продолжительности творческой активности во многом зависит от поведенческих факторов, предупреждающих (или, напротив, усиливающих) формирование «хронического подтипа патологии человека»: предупреждать болезнь, обеспечивать «самовозрастающее здоровье нации» – вот основные целеполагающие ориентиры описываемой нами **превентивной психиатрии** и валеопсихологии (Семке В.Я., 1999).

Раскрывая ближайшие и более отдаленные горизонты в перспективе становления врача-психиатра новой формации, следует со всей убежденностью говорить о настоящей необходимости его «вооружения» не только накопленным арсеналом многих поколений клиницистов, но и новейшими данными из области фундаментальных нейронаук (иммунологические, генетические, нейрофизиологические, биохимические, экспериментально-психологические исследования), которые пронизывают образование современного врача. Согласно мнению Н.П. Бочкова⁷, врач-клиницист недалекого будущего обязан владеть основами генетической диагностики в такой же степени, как сосудистый хирург – знаниями топографии сосудов, понимать механизмы моральной общечеловеческой генетики, познавать морально-генетический код постижения «загадочных» причин аномального поведения личности. Новейшие времена определяют свои правила и условия реагирования человека на меняющиеся события: важно не растерять основополагающие ценности, делающие нас людьми.

⁷ Бочков Н.П. Генетические технологии в медицине // Вестник РАМН. – 1999. – № 9. – С. 3–5.

В этой связи нами делаются попытки совместно с Кемеровским ГУИН очертить перспективы «зоны знаний» в области **пенитенциарной психологии и психиатрии** (Семке В.Я., 2004), позволяющей сделать жизнь субъекта «в стесненных условиях» ограничения свободы более гуманной, целеполагающей и предсказуемой. Другой задачей в этом направлении является разработка (в кооперации с молодым коллективом ученых Института акушерства и перинатологии) актуальных проблем **микropsихиатрии** (Семке В.Я., 2004) как отправной точки в исследовании индивидуального цикла развития человека.

Современная сверхиндустриальная цивилизация характеризуется все возрастающим динамизмом и нестабильностью. Данная позиция особенно приложима к оценке уровня психического здоровья (и нездоровья) малочисленных народностей, крайне чувствительно испытывающих «давление ускорения» научно-технической революции с ее негативными личностными и социально-психологическими последствиями. Чрезвычайно важно избежать «шока будущего» (Тофлер Э., 1970), всех социальных колебаний традиционного уклада и образа жизни, «старых корней» **этноса** (религии, семьи, работы, функций группы и т. п.). Это заставляет искать новые инструменты и технологические решения укрепления устойчивости и приспособляемости как конкретных индивидов, так и целых этнических групп.

Транскультурология будущего, по нашему убеждению, должна стремиться к весьма земным целям – решать последствия межнациональной вражды и отчужденности, содействовать разрушению дискриминирующих рогаток как между странами, так и внутри них, учитывать интересы национально-культурной автономии без нарушения (со стороны индустриального прессы) этноэкологического базиса малочисленных народностей, избегая последствий кросскультурального стресса (рассматриваемого некоторыми авторами как вариант посттравматического стрессового расстройства).

На рубеже веков и тысячелетий возникает потребность в осмыслении методологических основ формирования пограничной и аддиктивной патологии – прежде всего **валеопсихологии** (Семке В.Я., 1994) и **клинической персонологии** (Семке В.Я., 1999). Бурные процессы в сфере социальных и техногенных преобразований существенно отразились на сознании современного человека, который по уровню знаний и умений, по мировоззренческим представлениям, чувству причастности к происходящим в стране и мире событиям, широте взглядов и способностей становится моделью совершенствования человека будущего, ноэтического (Кабрин В. И., 2000). Вместе с тем несомненен и негативный аспект мощного процесса компьютеризации (одной из сторон которого становится интернет-зависимость), безудержного потока информации, быстромменяющихся условий социальной жизни с ее ускоренными темпами и непредсказуемостью, социальными катаклизмами на конфессиональной основе, межэтническими спорами и др., который служит источником формирования сверхстрессовых воздействий (в их основе лежат социально-стрессовые, посттравматические стрессовые расстройства). Широким спектром психогений современного общества вызвано формирование нового направления – **психиатрии чрезвычайных ситуаций**, в русле которой разрабатываются способы оказания специфической помощи.

Деятельность в «заданных» границах предусматривает сохранение индивидуально связанного и осязаемого мира, прохождение по ступеням любви с наименьшими потерями и потрясениями, особенно на завершающем этапе существования, в моменты, «когда ты еще любишь жизнь, а она тебя уже нет» (Т. Клейн). Обычно у человека на первом месте в рейтинге значимых ценностей стоит семейное счастье, на втором – здоровье, на третьем – материальное благополучие. Важно использовать потенциал этой «триады» во всей полноте и рациональной пропорции, реализуя на практике программу «здорового смысла», вытекающую из представления геномной медицины. Рецепты такого рода действий чрезвычайно просты и доступны – оставаться добрым, открытым, альтруистическим, сохраняя себя, свой внутренний мир при любых условиях и возможных «переломах» в мировоззрении, стремясь к единственной цели нашей жизни – к счастью. Весьма любопытный и в некоторой степени парадоксальный взгляд на эту тему содержится в анализе «принудительного счастья» Паскаля Брюкнера⁸: счастье можно извлечь «из деяния и созерцания, из богатства и бедности, из добродетели и порока», однако культ счастья порождает конформизм, зависть – два недуга демократического общества. Человек может быть творцом собственного счастья, если он вменит себе в долг быть счастливым: недаром А. Линкольн утверждал, что люди способны быть настолько счастливыми или несчастливыми, насколько сами того захотят. Счастье, согласно Аллену, не столько право, сколько обязанность человека. Между тем в современном обществе счастье стало не только объектом колоссальной индустрии (наряду с духовной пищей), но и «превращает трудности бытия в постоянную сладость». По-прежнему сохраняет свою значимость старая истина: «Здоровый дух в здоровом теле – вот истинный предел счастья, возможного в этом мире» (Джон Локк), что предотвращает переплетение «чаши впечатлений».

С этих позиций библейский период «собираения камней» есть начало эпохи **новой жизни**, которое не дает повода для удрученности, озабоченности, тревоги, а служит предметом для углубленного осмысления **пройденного пути**, критического осознания достигнутого, трезвого подведения итогов минувшего, определения возможных изменений в своей судьбе с более выверенным и здоровым уклоном, поиска выхода из частого душевного кризиса, имеющего несомненную онтогенетическую подоплеку. Анализируя прожитую жизнь, удивляешься тому, как генетически заложенная во мнe тяга к размеренному, оседлому образу жизни и любви к теплу, уюту легко преодолевается чувством долга и стремлением к столь приятному познанию нового, к открытию иных миров, к установлению и расширению дружеских контактов, «роскоши человеческого общения» (А. Сент-Экзюпери). Особо ценной оказалась, в исторической перспективе, безоговорочная и душевная поддержка вновь созданной за Уралом академической «ячейки» в лице нашего института. Упомяну хотя бы некоторых из друзей «по цеху» – рано ушедшие из жизни Н.П. Стаценко, М.Г. Усов (Омск), Ю.Ф. Приленский (Тюмень), Е. И. Терентьев (Кемерово, Курск), П.В. Михалев, Л.П. Яцков (Владивосток), ныне здравствующих известных профессоров и соратни-

⁸ Брюкнер П. Вечная эйфория. Эссе о принудительном счастье / пер. с франц. // Иностранная литература. – 2006. – № 3.

ков по совместному исполнению сложных программ оздоровления сибиряков Ц.П. Короленко, Г.Т. Красильникова, В.Л. Дресвянникова (Новосибирск), А.А. Корнилова, А.М. Селедцова, Н.П. Кокорину, А.А. Лопатина (Кемерово), М.И. Рыбалко, О.А. Голдобину (Барнаул), А.А. Сумарокова (Красноярск), Н.В. Говорина (Чита), И.Г. Ульянова (Владивосток), Г.Ф. Колотилина (Хабаровск) и многих других, включая известных организаторов здравоохранения, главных врачей (Г.Г. Платонов, А.Д. Линчук, Л.М. Ермолаев и др.). Весомые и ободряющие сигналы понимания и дружеской поддержки регулярно исходили из коллективов, возглавляемых московскими (Т.Б. Дмитриева, А.С. Тиганов, В.Н. Краснов, Б.Д. Цыганков, И.И. Сергеев), петербургскими (Г.Н. Незнанов и его знаменитый предшественник М.М. Кабанов) коллегами по работе и от их ближайших соратников (А.Б. Смулевич, В.С. Ястребов, Д.Д. Орловская, Г.Н. Коляскина, Ю.А. Александровский, Б.С. Положий и др.), из многих других крупных регионов России (П.И. Сидоров, А.В. Погосов, М.А. Лапицкий, Д.М. Менделевич, Д.Г. Еникеев, М.Н. Красильникова и др.), а также от наших единомышленников из Белоруссии, Украины, Армении, Грузии и других республик бывшего Советского Союза.

Глядя на географическую карту, можно в первую очередь вспомнить многочисленные плодотворные поездки по безбрежным сибирским и дальневосточным просторам (в первую очередь работа с коллегами из Владивостока, Сургута, Стрежевого, Кузбасса, любимого моему сердцу Алтайского края и других памятных мест), по республикам Средней Азии, Закавказья, Прибалтики и другим дружеским странам СНГ. Памятными остаются встречи, творческие беседы с патриархом советской психиатрии А.Д. Зурабашвили, профессором Ш.А. Гамкрелидзе, членом-корреспондентом медицинской академии Союза Ю.М. Саарма (Эстония) и трагически погибшим профессором М.Г. Гулямовым (Таджикистан), профессорами В.В. Соложенкиным, С.А. Алтынбековым, А.Л. Катковым, Ю.А. Россинским (Казахстан) и др. Именно эти неформальные встречи и поиск общих рецептов сохранения и приумножения всемирного психического здоровья людей привело к идее укрепления евразийского сотрудничества, которое реализовывалось нами в создании Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов; речь идет о реализации на практике не столько стремления к политическому единству, сколько пожелания использовать многовековые достижения восточной и западной культур⁹.

Даже после распада Союза долгое время (во многом благодаря деятельности академика Г.В. Морозова) сохранялись дружеская атмосфера и единомыслие, которые встречали не совсем понятное для меня противодействие такому

⁹ Незабываемые, яркие и памятные впечатления от недавно увиденного и пережитого связаны с замечательной научной поездкой (июнь этого года) в Якутию (Саха), совпавшей с национальным республиканским праздником Ысыах – чествованием долгожданного наступления лета и торжества солнца, несущего из поколения в поколение свет человеческой доброты и радость жизни, благоденствия и благополучия, продолжения национальных традиций народа саха. В этом 2006 году праздник был посвящен народному героическому эпосу Олонхо, признанному ЮНЕСКО шедевром мировой нематериальной культуры человечества – удивительным творением, представленным целым сводом народных знаний и представлений о строении мира, принципах добра и зла, стоящих в одном ряду с великими философскими учениями человечества.

единению со стороны некоторых деятелей, больше заботящихся о своем благополучии и служебном положении, чем о судьбе отечественной психиатрической науки и её отдельных ученых (до сих пор горько получать известия о бедственном и несправном положении ряда прежде именитых коллег из стран СНГ, имеющих мировую значимость и славу). В заслугу себе ставлю последовательное и активное отстаивание (на съездах, конгрессах, конференциях и т. д.) позиции сохранения и укрепления прежних контактов, двусторонних связей между научными обществами и исследовательскими институтами. Воспоминания возвращают к дням августовского путча, заставшего нашу небольшую делегацию (с М.М. Кабановым, П.И. Сидоровым) в далеком Мехико, на Международном конгрессе психиатров: тягостные предчувствия, тревога и ожидания наихудшего, за возможность возвращения на Родину вскорости сменились сообщениями о благополучном разрешении ситуации в стране. Однако в последующем надежды на светлое будущее не оправдались. Более того, на смену, казалось бы, устоявшейся, хоть и несладкой, жизни пришла эпоха разнузданной вакханалии, беззакония, разгула необузданных страстей и яростного крушения былых светлых идеалов. Целое десятилетие люди жили без путеводного компаса, с приоритетом бездуховности, разложения научного потенциала всей страны, с безоглядной тягой к обогащению, стяжательству. Наступила эпоха дикого капитализма с отвратительной моделью «нового русского» — не очень просвещенного, понимающего только узкокорыстные цели и задачи. Ваучеризация, приватизация, различные модели социального экспериментирования в итоге привели к «духовному откату», состоянию растерянности, жуткому расслоению общества с ростом прослойки маргинальных натур, которые ни во что уже не верят, не имеют никаких ценностей, прозябают, не принося социальной пользы.

Однако, к счастью, эта социальная тенденция в последние годы приостановлена, порождая оптимистический прогноз на будущее. Я благодарен судьбе, которая уберегла меня от безнадежных и бесплодных споров того времени, бесполезной траты жизненных сил и энергии. В этот период раскрылись потенциальные возможности углубленных интернациональных контактов — как в восточном направлении (с Монголией, Японией, Китаем и др.), так и на западном, прежде всего с немецкими учеными, с которыми нас роднили общие (со времен С.С. Корсакова, Э. Крепелина, Э. Блейлера) клинико-нозологические подходы и лечебно-прогностические приемы. Речь идет о работах по двустороннему договору с Кассельским университетом — С. Митцлаффом и Г. Кунце, а также с Г. Рихтер из Берлина, профессорами М. Бауэром из Оффенбаха и В. Кречмером из Тюбингена. Последний, являясь ревностным продолжателем классических работ по истерической патологии своего знаменитого отца Эрнста Кречмера, искренне и активно поддержал мои концептуальные изыскания начиная с 1967 года по нозологической самостоятельности **«истерической болезни»**, которые послужили основой докторской работы и позволили стать членом российской секции Немецкого общества неврологов и психиатров. Осенью этого года в рамках научных юбилейных торжеств института намечается проведение российско-германского симпозиума по рассмотрению патофизиологических основ формирования психических расстройств.

Есть нечто впечатляющее, притягательное и завораживающее в сложном процессе смены эпох и направлений научной мысли, возникающих, как правило, на пороге крупных исторических дат. Вот и сейчас в самом начале третьего тысячелетия появляется потребность в новых прогнозах и анализе многообещающих перспектив, открывающихся перед одной из наиболее сложных и динамических дисциплин, каковой является современная психиатрия. Страницы исторического календаря строго регламентируют основные этапы судеб больших творческих объединений, к числу которых можно отнести дружный и слаженный коллектив академического исследовательского института психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Его научные планы многогранны, касаются исследований как российского (в том числе регионального), так и международного уровня: продолжить **фундаментальные** и прикладные исследования психического здоровья населения, сделав акцент на приоритетности основных научных направлений института; внедрить новые формы психиатрического и наркологического сервиса, завершить создание геронтологической службы на базе института; использовать новые технологии в лечении и реабилитации больных; укрепить клиническую базу как основу научной и педагогической деятельности. Приоритетом для руководства является неуклонное повышение благосостояния сотрудников, сплочение коллектива, укрепление материально-технической базы института.

Нашему институту исполнилось 25 лет. Позади четверть века, прошедшие годы были насыщены славными событиями, датами и именами. НИИ психического здоровья навеки вписан в историю города Томска и Томской области, Сибири и Дальнего Востока своими достижениями, и мы гордимся этим, понимая, как много нам предстоит еще сделать для укрепления психического здоровья населения региона. Ориентиры подобной деятельности опираются на три организационных принципа: обеспечение здоровья, защита здоровья, превентивный сервис. В **основе первой концепции** лежит развитие стандартов здорового образа жизни, физической активности, планирования семьи, укрепление душевного здоровья (улучшение социальной поддержки, идентификация проблем первичных служб, предотвращение стрессов, депрессий, самоубийств, преодоление агрессивного поведения). **Вторая концепция** направлена на группы населения и связана с изменениями в окружающей их среде с помощью технических приемов, законодательства – прежде всего по снижению риска от внешних воздействий, радиации, заражения воды, воздуха и т. д. **Третья концепция** охватывает превентивные и медицинские службы, нацеленные непосредственно на предотвращение нервно-психических нарушений (консультации, скрининг, иммунизация) в различных демографических, этнических, производственных подгруппах.

Успешная реализация этих концептуальных подходов на нынешнем этапе развития научной мысли сопряжена, помимо громадных материальных затрат, с мобилизацией нравственных и идеологических усилий, с преодолением серьезных трудностей методологического порядка, с которыми мы все еще сталкиваемся. Поиск выхода из идеологического тупика и утверждение объединяющей идеи, несомненно, имеет свое преимущество, поскольку мо-

жет стать важной исторической силой, цементирующей индивидуальную и общественную **нравственность**. Правота такого рода позиции отстаивается в последнее время Губернатором Томской области В.М. Крессом¹⁰, который утверждает, что «наша духовность и нравственность проходят сегодня экзамен на зрелость» и навязывать эту общенациональную идею сверху, «какой бы красивой она ни была, бесполезно». Главными ценностями, без которых не обойтись современному обществу, могут стать «свобода, сопряженная с ответственностью», справедливость, патриотизм, ненасилие, семья, образование, «экология природы и человеческой души».

Отсюда проистекает главная задача психиатров, наркологов и психотерапевтов на современном этапе развития медицинской науки – помочь людям реорганизовать себя, «пытаясь соединить в одной и той же рациональной перспективе дух и материю. Но нигде также не проявляется столь остро настоятельная необходимость перебросить мост между двумя берегами нашего существования – физическим и моральным, если мы хотим, чтобы духовная и материальная стороны нашей деятельности оживили друг друга» (П. Тейяр де Шарден). Своеобразие человеческой психологии определяется как его внутренними духовными установками, так и условиями социального окружения. По мнению русского мыслителя Питирима Сорокина: «Насилие, ненависть и несправедливость никогда не смогут сотворить ни умственного, ни нравственного, ни даже материального царствия на земле». Нам надо постепенно внедрять в сознание людей абсолютную ценность личности – «не индивида как фрагмента человечества, а именно личности, которая может творчески соотноситься с другими личностями...» (Антоний Сурожский). Именно с целью достижения и упрочения особого вида «социального капитала», коим является психическое здоровье молодых россиян, Президент России В.В. Путин выделил основной приоритет нового тысячелетия, делая акцент на том, что это «не битва идеологий, а острая конкуренция за качество жизни, национальное богатство и прогресс». Закончу же свое итоговое мнение словами гениального Карла Яспера: «Человек становится тем, что он есть, благодаря делу, которое он считает своим».

¹⁰ Кресс В.М. Трудное время России: взгляд из провинции. – Томск, 1998. – 152 с.

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ ИСТЕРИИ В ТВОРЧЕСКОМ НАСЛЕДИИ В.Я. СЕМКЕ

АКТОВАЯ РЕЧЬ. СТАРЫЕ И НОВЫЕ СПОРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТЕРИИ

Посвящается 90-летию со дня рождения
академика О.В. Кербикова

Кто хочет ограничиться настоящим
без знания прошлого, тот никогда его не поймет...
Г.В. Лейбниц

Нет более спорного понятия болезни
как по содержанию, так и по объему, чем понятие истерии.
Э. Крепелин

Истерия представляет собой наиболее сложную и разноликую форму соматопсихической патологии, через призму которой преломляются многие теоретические и практические проблемы современной медицины, психиатрии, психологии, социологии и других смежных наук. В известной мере ее можно считать продуктом и барометром социальной эпохи, вектором развития многих естественно-научных дисциплин. Изучение истерии начато нами более тридцати лет тому назад по инициативе и под руководством академика Олега Васильевича Кербикова, чье 90-летие со дня рождения отмечено в этом году психиатрической общественностью России.

Вслед за своим незабвенным наставником, обобщившим в произнесенной им Актowej речи наиболее актуальные вопросы клинической динамики психопатий и неврозов (Кербиков О.В., 1962), нам хотелось бы в данном выступлении изложить результаты собственных изысканий и работ наших сотрудников, на протяжении многих лет занимавшихся многосторонним исследованием узловых проблем крайне противоречивой и труднопостижимой формы пограничной патологии: они осуществлены во 2-м МОЛМИ, Алтайском мединституте и нашем научном коллективе. Очевидно, уместно сразу же сказать, что, предложив в 1965 году приступить к данной теме, О.В. Кербиков искренне предупредил о сложностях и «подводных» рифах, которые ожидают любого исследователя на пути углубленного рассмотрения истерии, давно снискавшей себе славу «хамелеона», «протея, постоянно меняющего свои цвета», «великой притворщицы» (Шарко Ж.-М., 1872), «обезьяны всех болезней».

Истерия стара, как мир. Эпистемологическое рассмотрение необычайно большой, трудно обозримой и весьма противоречивой литературы позволяет выделить три этапа в развитии учения об истерических состояниях (Семке В.Я., 1981): предыстория (с древних времен до середины прошлого столетия), клинико-описательный (с 50-х годов прошлого века и до на-

чала нашего столетия), современный (характеризующийся динамическим и патогенетическим подходами в деле изучения «истерической болезни», имеющей, по выражению Ласета, «собственную клиническую физиономию». Однако сразу же следует заметить, что на грядущих рубежах тысячелетий мы плавно входим в эпоху размывания нозологических границ истерии, а затем и устранения этой уже, казалось бы, устоявшейся нозологической единицы. В проекте Международной классификации болезней (10-й пересмотр) ни в одной из названий рубрик главы V термин «истерия» не употребляется «из-за многочисленности и разнообразия его значения»; предпочтение отдается понятию «диссоциативный», которое объединяет расстройства, «считавшиеся ранее истерическими, причем как собственно диссоциативного, так и конверсионного типов», имеющие «одни и те же (или очень близкие) психологические механизмы развития».

Предстоит важнейший этап адаптации сложившихся клинических представлений к позициям МКБ-10, однако уже сейчас вполне очевидно, что предпринятые классификационные подходы существенно обедняют комплексную оценку истерической (невротической, психотической, патохарактерологической) симптоматики, обесценивают опыт российской клинко-динамической школы пограничной психиатрии. В конечном счете речь идет о ревизии понятия «истерия», а возможно, и полном упразднении нозологически целостной единицы. Эта позиция не нова, еще в 1910 году Р. Hartenberg назвал истерию «большой иллюзией в медицине», А. Пэунеску-Подяну (1974) – «понятием-миражом», не имеющим «четкого клинического контура и ясного патогенеза». А. Canevaro (1967) обнаруживает уменьшение «истеричности» в пользу «шизофреничности». К счастью, «природа думает за нас», и любые попытки ликвидации истерии как нозологической реальности будут наталкиваться на суровую клиническую действительность; иными словами, истерия была, есть и будет.

Однако большинство исследователей считают, что истерия «не исчезла», а видоизменилась (Chodoff P., 1974; Карвасарский Б.Д., 1980; Якубик А.Я., 1982; Ромасенко Л.В., 1993; Noche V., 1996). При этом отмечается ее высокая распространенность в населении – от 0,5 до 2 % (Lyngberg L., 1957; Akronas O., Guze S.B., 1963; Ушаков Г.К., 1978 и др.), а в зависимости от рассматриваемого контингента достигает 13–15 % (Woodruff R., 1967; Курако Ю.Л. с соавт., 1974). Согласно Н. Mersky (1986), в проблеме истерии не ясен целый ряд вопросов относительно сущности этой патологии на современном этапе. Нынешнее состояние учения об истерии должно вызывать чувство досады не только у психиатров и невропатологов, но и у всех врачей, поскольку, как справедливо отмечал Л.В. Блуменау (1926), «нет уголка в медицине, где бы истерия не заявляла о своем существовании». R. Kendell (1987) при анализе термина «истерия» использует его широкий смысл – для обозначения конверсионной истерии, массовой и тревожной истерии, соматизированных расстройств (синдром Брике), правда, следует учитывать и частый гетерогенный исход заболевания (Eben H., 1996; Bilke O., 1997).

Преодоление кризиса в учении об истерии становится возможным на путях ее клинко-динамического изучения. В первую очередь необходимо детальное рассмотрение таких аспектов, как ее нозологическая самостоятель-

ность и значимость в современной медицине, типологическая характеристика, дифференциально-диагностические и прогностические подходы, обоснование новейших технологий в области превенции, ранней диагностики и патогенетической психотерапии. Ценность комплексного рассмотрения диктуется как сложностью происходящей в настоящий период социально-экономической перестройки, так и происходящих на наших глазах кросс-культуральных преобразований, составляющих «удел индустриальных культур» (Uexkull Th., 1991). «Прорыв» в область новых знаний возможен также за счет обогащения результатами многосторонних методологических подходов, разрабатываемых нами на протяжении последних лет – эпистемологического, экстранозологического, этиопатогенетического, эпидемиологического, экологического, эволюционно-онтогенетического, этнокультурального, этологического, эниологического. Далее будут рассмотрены полученные с их использованием данные (некоторые – эскизно, в контексте уже опубликованных ранее результатов, другие – более детально, поскольку представляют собой новейшие клинико-динамические и реабилитационные конструкторы).

В вопросе о патогенезе истерии удастся выделить две полярные точки зрения: взгляд на исключительно конституциональную обусловленность заболевания (Lyingberg L., 1957; Slater E., 1965; Mitsuda H., 1967; Kretschmer E., 1923, 1946), с другой стороны – на решающее значение социальных воздействий (Delgado H., 1952; Celani D., 1976; Tolle R., 1969; Guze S.B., 1975). Согласно теории Э. Кречмера, истерия есть следствие борьбы автоматических механизмов с механизмами осознаваемыми, кортикальными. В этом же контексте заслуживает признания блестящая концепция Зигмунда Фрейда, написавшего «психологический роман» об истерии. В картине истерических симптомов имеется тенденция «воля к болезни», «дефект в сознании здоровья» (К. Bonhoffer), «типичный случай войны эмоций и жизненных впечатлений» (И.П. Павлов): «аффекты становятся необычайно сильными, чрезвычайно динамичными и оказывают болезненно повышенное внимание на двигательную, чувствительную и сенсорную сферы». Э. Крепелин определял истерию как «утрированную форму выражения эмоций». Для истерика, говоря словами Фауста, «лишь чувства – все, название – звук и дым».

Есть две парадигмы в учении об истерии: французы видят в ней яркие, театрализованные картины с акцентом на роль воображения («истерия – это не воображаемая болезнь, а болезнь воображения») и детскость реагирования (истерики – это «дети на всю жизнь»); в немецкой психиатрии преобладает облик истерии без бурных проявлений с массой функциональных неврологических симптомов. В отечественной литературе имеется точка зрения, соединяющая обе позиции: «истерические механизмы всегда реализуются личностью с ее системой взглядов, мотивов и целей» (В.Н. Мясичев). По мнению Е.К. Сenna (1940), «общественные отношения являются последней инстанцией, формирующей истерию».

Осуществленное нами многолетнее клинико-динамическое и нейрофизиологическое изучение истерических состояний (неврозов, психопатий, реактивных психозов) позволило установить их нозологическое единство, представленное в рамках «истерической болезни» (Семке В.Я., 1981). Оно

обосновано общностью этиологических, патогенетических и предрасполагающих факторов, которые реализуются в ситуациях нарушенных interpersonalных отношений различной степени выраженности и значимости, приводящих к определенной форме истерической патологии – невротической, психотической, психопатической.

Тезис о нозологической самостоятельности «истерической болезни» подкрепляется общими закономерностями клинического формирования ее отдельных подгрупп – в направлении постепенного нарастания, утяжеления и стабилизации: невротические реакции – невроз – невротическое развитие (с тенденцией к появлению на заключительном этапе «краевой» истерической психопатии); психотические реакции – психозы – постреактивное развитие личности; патохарактерологические реакции – патохарактерологическое развитие личности – психопатия. Наряду с общеспецифическими формами реагирования истерическим невротическим расстройствам более присущи психофизиологические механизмы «нозофилии», «бегства в болезнь»; психотическим – «ухода из действительности» и диссоциации сознания; психопатическим – жажды внимания, имитации, шаблонов окружающей микросреды. Согласно Э. Кречмеру (1923), истерик окружает себя стеной для обороны от внешнего мира, состоящей из инстинктивных реакций бегства и обороны, чтобы «обмануть угнетающий, устрашающий внешний мир, испугать его, утомить и сделать уступчивым». Справедливости ради следует отметить, что наша позиция о нозологической целостности и самостоятельности «истерической болезни» нашла подтверждение в более поздних исследованиях Б.П. Калачева (1981–1983) по проблеме «реактивной болезни», изучавшейся в судебно-психиатрической практике.

В целом мы рассматриваем истерию как заболевание, пусковым механизмом которого является психогенный фактор – разнообразные микросоциальные конфликтные ситуации семейной, производственной (или школьной), бытовой среды, сексуальная травматизация, а также их сочетанное воздействие. Эмоциогенные влияния (острые, подострые и затяжные стрессовые воздействия) определяют весьма специфические многосторонние сдвиги в функциональном состоянии головного мозга. Среди патогенетических факторов, способствующих истерическому реагированию, существенное значение приобретает последующее развертывание следующих моментов: личностная оценка возникшего микросоциального конфликта с включением механизмов суггестии и аутосуггестии, гиперэмоциональности, нозофилии, вытеснения и аффективной логики в мышлении, жажды внимания и диссоциации сознания; изменение корково-подкорковых соотношений и взаимодействия сигнальных систем; нарастание дисфункции иммунной системы, появление признаков вторичного иммунного дефицита (работы И.Ю. Карась); возбуждение лимбико-гипоталамических структур головного мозга с последующей иррадиацией процесса в соматическую сферу; возникновение выраженных вазовегетативных реакций, стойких эмоциональных сдвигов, усиление сексуальных нарушений; электрофизиологическая дезинтоксикация функционального состояния головного мозга; динамические сдвиги в системах АХ-АХЭ-ХЭ и серотонин-5-ОИУК (обнаруженные нашими алтайскими коллегами Г. А. Васьковой, М.И. Рыбалко).

Помимо одинаковой направленности нейрофизиологических параметров во всех подгруппах истерии установлена общность клинических проявлений: впечатлительность, живость воображения, демонстративность, несоответствие внешнего выражения эмоций глубине переживания, их инфантильная окраска и гротескность, слабоволие, особая личностная реакция на болезнь в виде умения извлечь пользу из играемой «роли» при сохранении многоплановости отношений с людьми.

Признавая ведущую роль психогенных воздействий, нельзя игнорировать значение наших предрасполагающих факторов как типологических (конституционально-биологические, психофизиологические, социально-психологические), экзогенно-органические, соматогенные, а также отрицательные влияния раннего детства. Часть из них играет провоцирующую, другая – хронифицирующую, третья – патопластическую роль. Так, в нашей клинике (О.Д. Головин, Л.Н. Авдеенок, И.Ф. Федерко) в ходе антропометрического обследования (по методике В.В. Бунака и с помощью метода соматотипирования по Rees-Eysenk и Parnell) с использованием Томского опросника ригидности (Залевский Г.В., 1987) выявлено, что среди женщин с истерической психопатией и ведущим астеническим синдромом отмечается тенденция к экзоморфии, а показатели актуальной ригидности находятся в пределах 19–36 баллов (что расценивается как умеренно выраженная ригидность). Среди женщин истерического склада с облигатным истерическим синдромом преобладают лица с меньшей экзоморфией относительно средней величины индексов Rees-Eysenk и Parnell, а показатели актуальной ригидности были высокими (37–54). Среди мужчин астенического соматотипа в этой группе психопатий показатели актуальной ригидности были высокими, что наиболее ярко прослеживается в группе лиц с инфантильно-грацильными и инфантильно-гипопластическими пропорциями астенической конституции.

Из сказанного ясно, что патогенез истерии следует оценивать в комплексе с клинико-динамическими показателями, с учетом совокупности неблагоприятных патогенных моментов. Не все из сложных механизмов истерического реагирования до настоящего времени раскрыты полностью; данные о нозологической природе истерии могут быть получены на основании оценки ряда осевых генетических, клинических и средовых параметров заболевания (его конституционально-генетического фона, преморбидных особенностей больных и динамики личностных качеств, закономерностей течения и исхода). Проведенный нами клинико-патогенетический анализ истерии подтвердил выдвинутое О.В. Кербиковым (1971) положение о неоднородности патохарактерологических расстройств, о необходимости различать врожденные и приобретенные формы.

С помощью социально-психологического (внутриличностного и межличностного) анализа нами установлены две разновидности истерического реагирования – экспрессивная и импрессивная (соответственно 56,3 % и 43,7 %). Для первой характерна склонность к бурному, яркому выражению чувств, повышенная требовательность, тяга к самопоказу и самовосхвалению, неискренность и высокомерие, «игра на публику», упорство в отстаивании узкоэгоистических интересов; для второй – избыточная впечат-

лительность, ранимость, легкая подверженность к переоценке жизненных трудностей. Несколько особняком, однако все же в русле рассматриваемой проблемы стоит осуществленная при нашем участии (Семке В.Я., Белокрылова Л.А., 1993) оценка своеобразия мыслительных процессов у истериков, наименее изученное в семиологии истерических состояний. Жажда величественного, мечтательность, питающиеся особенностями нереалистического мышления истерика, дают субъективную, искаженную оценку окружающего, облегчают переход в мир фантастических представлений (описанный нами ранее «тип Манилова» характеризуется отсутствием упорства в осуществлении своих мечтаний и подменой трезвого предвидения будущего надуманными схемами и проектами). Формальное в умозаключениях истерической личности превалирует над внутренним содержанием; по мнению N. Petrilowitsch (1960), «для нее меньше значит, что она говорит, чем как она говорит». Зачастую обнаруживается своеобразная «психологическая слепота»: категоричность утверждений и весьма легкий отказ от них, вплоть до полного «вытеснения».

Становление истерического синдрома следует оценивать в единстве эмоциональных и интеллектуальных процессов; эмоции определяют его появление (психогенез) и длительность протекания («фиксация отдельных симптомов за счет кумуляции аффектогенных мотивов»), а уровень мыслительной деятельности – его формообразование (появление примитивных истерических реакций или же сложных, полиморфных картин). У истерических личностей интеллектуальная недостаточность (на фоне психического инфантилизма) проявляется в детскости, непосредственности суждений и решений («патологический апрагматизм» по Н. Петриловичу), склонности к мистицизму, иррационализму, тяге к суевериям, спиритизму, верованию в экстрасенсорные «чудесные исцеления» и существование нетрадиционной биоэнергии, домовых, барабашек («магическое мышление»). Особенности данного подтипа аутистического мышления (Блейлер Э., 1927) являются: массовый характер распространения в периоды сложных социально-экономических катаклизмов, снижения материального и духовного уровня жизни населения (кстати, один из последних социологических опросов определил группу лиц, верящих в экстрасенсорику, гадания, магию, колдовство, – в 20 % это соответствует удельному весу в популяции истерических личностей, включая так называемых здоровых истериков), сложность дифференциальной диагностики от эндогенной патологии и психической нормы, трудность терапии и отсутствие четких программ превенции. Некоторая конституционально или органически обусловленная интеллектуальная обедненность, субъективизм и «эмоциональная логика» мышления ухудшают социальное «впечатывание» истерической личности; при всякой ситуации, отличающейся от привычного шаблона, или изменениях микро-социальной обстановки легко дают состояния растерянности, недоумения и острые шоковые реакции. Наиболее примечательными личностными особенностями (в первую очередь среди больных истерическими психозами) являются гиперконформность, чрезмерная склонность слепо следовать чужому мнению, «признанному авторитету», полная подчиняемость первичной группе, подмена трезвого учета действительности «предчувствием

и интуицией», смещение в мир фантазий. Из-за постоянного стремления «быть на виду» они, как правило, не выдерживают даже кратковременной изоляции от привычного, непосредственного окружения, позволяющего выполнять роль «незаурядной личности», имеющей множество поклонников, последователей и почитателей.

Новый импульс к исследованию истерии придает попытка создания современной классификации пограничных состояний. Она предусматривает детальную разработку человеческих типов, однако на этом пути встречаются определенные трудности, обусловленные крайним разнообразием вариантов аномальных личностей и существованием переходных вариантов. При типологической характеристике истерии нами использован структурный принцип, позволяющий установить связь между наиболее типичными личностными признаками, в первую очередь обеспечивающими эмоциональное реагирование – его интенсивность, внешнюю выразительность, подвижность, влияние на волевые процессы. В ходе структурного анализа истерической личности определены три ее подструктуры: конституционно-биологическая (генетическое предрасположение, наличие психофизического инфантилизма и сексуальных дисфункций, особого нейроэндокринного фона), психофизиологическая (гиперэмотивность, внушаемость и самовнушаемость, визуализация представлений, «художественный» тип мышления) и социально-психологическая (эгоизм, эгоцентризм, гиперконформность, театральность, склонность к фантазированию).

По мере нарастания тяжести характерологической аномалии степень выраженности каждой из отмеченных подструктур увеличивается. Многолетнее клинико-динамическое, нейрофизиологическое и социально-психологическое изучение лиц с истерической психопатией обнаруживает неоднородность личностной структуры, представленной тремя ее вариантами: «чисто истерическим», сочетанным, «мозаичным».

В работе нашей сотрудницы И.Ф. Федерко (1993) дана их детальная характеристика. Для первого из них свойственно доминирование в структуре личности собственно истерических признаков, составляющих облигатный симптомокомплекс: живость воображения с наклоном к визуализации представлений, избыточному фантазированию и псевдологии; чрезмерная впечатлительность и гиперэмотивность; выраженные вегетативные и вазомоторные реакции; повышенная внушаемость и самовнушаемость; неумное стремление быть в центре внимания окружающих, театральность и демонстративность в поведении; эгоизм и эгоцентризм; «художественный» тип мышления; «бессильность воли» (по Э. Крепелину); преобладание низших чувств над высшими. Второй вариант представлен равновеликим соотношением облигатного и факультативного симптомокомплексов, причем последний составляет какую-либо клиническую картину (возбудимость, паранойяльность, ипохондричность и т. д.), заметно выступающую лишь на одном из этапов динамики истерии. Третьему варианту присущ высокий полиморфизм факультативного симптомокомплекса, делающего клинику «мозаичной», лигированной; выявляются, как правило, три и более признака (сочетание депрессивного, ипохондрического, паранойяльного радикалов; астенического, психастенического, шизоидного; возбудимого,

эпилептоидного, паранойяльного). Наибольший интерес в этой подгруппе представляет так называемая шизоидная истерия; ее представители отличаются чрезмерной мечтательностью, экзальтированностью, безграничной потребностью «жертвенности и постоянного искания подвига» с некоторой аутистической окраской эмоциональных переживаний, парадоксальными увлечениями и избирательными привязанностями; основу личностной структуры таких пациентов мы видим в повышенной тормозимости и большой обращенности к внутреннему миру переживаний. Другое качество истерической личности в виде склонности к визуализации представлений (с неспособностью «держат в узде свое воображение» – П.Б. Ганнушкин, 1933) содействует формированию целого ряда описанных нами вариантов истерического фантазирования – типы Хлестакова, Мюнхгаузена, Манилова (их детальное описание является предметом особого рассмотрения).

Оценка типологической структуры истерической личности возможна на основе ряда осевых патогенетических и клинико-динамических параметров заболевания. Их совместный учет позволяет вплотную подойти к сложной и трудной проблеме шкалирования истерических характерологических качеств, решаемой с позиций разрабатываемого нами экстранозологического подхода в пограничной психиатрии. Это облегчает задачу количественной и качественной оценки изучаемого психопатологического состояния, а также прогнозирование и проведение превентивных мероприятий (работы наших сотрудников Е.В. Гуткевич, Е.В. Макаровой, Н.М. Скобцовой). С точки зрения мультифакториальной модели исследования представляется, что генетическая предрасположенность к истерическим расстройствам носит непрерывный (континуальный) характер, обуславливая фенотипическую вариабельность клинических проявлений – от малодифференцированных к стойким конституциональным формам патологии. Чем больше генетический вклад, тем ярче патохарактерологические отклонения индивида, а чем он меньше, тем вариативнее формы истерической патологии; при этом если факторы социальной среды играют роль механизма, непосредственно вызывающего истерическое реагирование, то форма этого реагирования определяется генотипом. На современном этапе наших знаний речь идет о необходимости выявления структуры и определения функций изучаемого объекта, о конструировании концепции их взаимозависимости и взаимодействия (Freyberger H., 1996).

При «чисто истерическом» типе истерической психопатии (расположенном на верхнем полюсе «Шкалы истерических расстройств») решающую роль играют конституционально-генетические моменты (в первую очередь наследственная предрасположенность – своего рода «истерический ген»), психофизический инфантилизм, тесная связь с возрастными кризисами. При абсолютной «чистоте» истерического симптома целесообразно рассматривать его выраженность, глубину, динамику формирования: а) острый истерический пароксизм, возникающий внезапно, в развернутом виде, перекрывающий остальные психогенно-соматогенные проявления и нередко также остро завершающийся (период истерической продукции, «острая истерия» по З. Фрейду); б) подострые истерические проявления; в) затяжные истерические симптомы, нередко в виде остаточных явлений «хронически

протекающей истерии» 3. Фрейда – удельный вес собственно истерических признаков в данном варианте близок к 100 % и определяет основную линию истерического поведения за счет включения специфически патогенетических механизмов («бегства в болезнь», «условной приятности» болезненного симптома, «жажды внимания», гиперэмотивности, суггестии и аутосуггестии, вытеснения и аффективной логики в мышлении), что предусматривает количественное и качественное определение «интенсивности» истерического симптома.

При сочетанном типе истерической психопатии (представленном в средней, промежуточной части шкалы) имеет место значительная выраженность факультативного симптомокомплекса, иногда перекрывающего на отдельных этапах динамики собственно истерические радикалы и делающего клиническую картину ухудшения состояния «двойственной», коморбидной. Неоднородность аномального склада личности наиболее отчетливо проявляется в периоды возрастных кризов (пубертатного, пресенильного) и сглаживается с их минованием. При этом пестрые и многообразные факультативные личностные качества вновь уступают место облигатным, гомонимным признакам, соподчиненным единым истерическим патогенетическим механизмам.

При «мозаичном» варианте истерической патохарактерологии (нижний полюс истерического спектра шкалы) наблюдается примерно в одинаковой пропорции каждый из трех видов патогенного воздействия: конституционально-биологический, микросоциальный, экзогенно-органический. Взятые в отдельности истерические параметры (признаки) при данном типе градуируются количественно (в баллах) по-разному (от 0 до 5 баллов), а их представленность и степень выраженности определяются ведущим истерическим механизмом. В целом же по мере нарастания полиморфизма патохарактерологической симптоматики (то есть соответственно при втором и третьем вариантах) эта связь с классическими формами истерического реагирования ослабевает и на первый план выступают иные формы «психологической защиты» (они изучены при нашем содействии В.И. Власенко), присущие другим видам психопатий.

Проблема систематики истерических состояний является весьма актуальной для всей пограничной психиатрии. В американской классификации нервно-психических нарушений имеется соответствующая рубрика «личностных расстройств», которая включает в том числе нарциссический, пассивно-агрессивный типы, конверсионные и соматизированные нарушения. В МКБ-10 истерические (диссоциативные) состояния введены в рубрику F4 («Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»), в которой наряду с невротическим симптомом содержатся явно психотические картины (синдром Ганзера, состояния овладения и др.). W. Coryell, D. House (1984), отмечая обоснованность широкого определения истерии в данных систематиках, указывают на психофизиологическое отличие больных с этой патологией от нормальных и психически больных лиц. В выстроенной нами валеопсихологической «цепочке» личностной истерической характерологии («здоровый истерик» – акцентуированная личность – невротическая личность – препсихопатическая личность – психопатическая личность) наиболее сложными и спорными являются два первых термина.

Заслуга по введению в градацию истерической личности понятия «здоровый истерик» принадлежит S. Zisook, R. De Vul (1978). По сути, речь идет о взглядах старых клиницистов (Гауи, Гохе и других) на истерию как на психическую форму реакции. По мнению последнего автора, «каждый человек расположен к истерии», поскольку носит в себе старые инстинктивные формы, «лишь более или менее прочно покрытые новейшими характерологическими слоями культуры». Познание закономерностей формирования у таких личностей характерологических и аффективных реакций подводит нас к рассмотрению чрезвычайно дискуссионного вопроса о промежуточных формах между психическим здоровьем и болезнью, о наличии двух границ, которые определяют область пограничных состояний: «одна – от здоровья, другая – от болезни» (Ганнушкин П.Б., 1933), зачастую оказывающихся весьма неустойчивыми и крайне неопределенными.

В этиопатогенетическом плане выдвигается задача пристального изучения перехода «от нормальной поведенческой эмоции к эмоции фиксированной, патологической» (Анохин П.К., 1965). В клиническом смысле такой подход от нормальных («здоровых») истерических проявлений к субнормальным характеризуется, по нашему мнению, рядом признаков: кратковременностью и изолированностью отдельных эмоционально-волевых решений, носящих абортивную, рудиментарную (в виде «моносимптомов», «микросимптомов») и преходящую динамику; психологической «понятностью»; быстрой обратимостью. Не отрицая правомерности существующих дефиниций ранних проявлений пограничной патологии («преневроз», невротические реакции и т. п.), нам представляется наиболее адекватным обозначить их в качестве аномальных (дезадаптационных) личностных реакций (АЛР). При нарастании и утяжелении их симптоматики наблюдается «кристаллизация» болезненного реагирования с появлением признаков предболезни, а затем и формированием «стереотипа болезни»; тревожность и ригидность выступают в качестве основного фактора стабилизации АЛР и превращения их в стойкие патохарактерологические расстройства (результаты работ М.М. Аксенова, А.Б. Савиных, Д.В. Савина).

Акцентуированные истерические личности отличаются наличием отдельных характерологических черт, весьма выпуклых, рельефных и усиленных до такой степени, что привлекают внимание необычностью, демонстративностью, не подрывающих при этом социальную адаптацию. «Срывы» в поведении возникают и протекают довольно типично: на любое ущемление их прав легко дают реакции протеста, взрывы раздражения или крика, «истерики» от собственного бессилия, сцены с рыданием и битьем посуды и т. п. В случаях умелого управления их поведением весьма быстро расстаются с «непостижимым упрямством и своеволием», охотно исполняют свои обязанности, сохраняя подкупающую общительность, мягкость, заразительную веселость. В целом преморбидная акцентуация истерических черт (по преимуществу конституционально-генетически обусловленная) определяет избирательную непереносимость весьма типичных социально-психологических ситуаций: переживание «непонимания» со стороны близких, черствость или неприкрытое равнодушие, пренебрежение мужа, сексуальные конфликты, трудно преодолимые конфликты морального по-

рядка и др. На этом фоне с большой легкостью реализуются истерические механизмы реагирования, создавая пеструю и сменяемую картину истерической болезни.

Таким образом, в клиническом плане истерия как самостоятельная нозологическая единица представляет собой переход от непатологических («аклинических») и малодифференцированных, слабо выраженных форм патологии (психогенные, характерологические реакции) к стойким, конституционально обусловленным состояниям. Различия между невротической и психопатической истерической личностью выражаются в парциальности и обратимости личностных девиаций, в степени реагирования на ситуационные погрешности. При большей конституционально-биологической недостаточности сужается диапазон социальной адаптации и возрастает число индивидуально непереносимых микросоциальных конфликтов.

Остановимся на другом аспекте истерии, снискавшей ей еще в стародавние времена славу «великой симулянтки», «хамелеона, постоянно меняющего свои цвета», «гигантского протeya» и др. Речь идет о динамизме истерических состояний, видоизменении их клинических проявлений, проблеме патоморфоза, установлении границ и причин этого процесса. В 1979 году нами осуществлен историко-социологический анализ данной нозологической единицы. В Средние века преобладали «монашеские истерии», «эпидемии ведьм» и бесоодержимости; позднее – картины месмеризма и спиритизма; в прошлом веке – кликушества и сектантских радений; в начале 20-го столетия – обилие функциональных неврологических симптомов; в середине века – рафинированные «интеллектуализированные» формы личностного реагирования; в последние десять-пятнадцать лет (на фоне сложных социально-политических потрясений и перестроек) – возвращение к мистическим верованиям и обрядам. В 1981 году нами проведены исследования интранозоморфоза истерии (с установлением закономерностей ее эволюции) и интрасиндромального патоморфоза (в отдельных клинических группах заболевания). Сопоставление клиники истерии по двум периодам, отстоящим друг от друга на протяжении 20 лет, позволило установить снижение в последние годы внешних, выразительных форм и возрастание интимных; появление сложных личностных переработок (депрессии, патологического фантазирования, имитации «масок» соматических болезней) – совместно с З.С. Баркаганом (1981); преобладание смешанных мозаичных псевдосоматических расстройств с тенденцией к подострой и затяжной динамике.

Существенная роль в происходящем стойком видоизменении клиники истерии принадлежит социальным факторам (социогенные проявления патоморфоза – по Л.К. Хохлову, 1977). Важное значение имеет изменение отношения общества к истерической патологии; в современных условиях становится «невыгодно» выглядеть обузой, «инвалидом», что и определяет появление более сложных форм психологической защиты. Среди основных ситуационных вредностей последнего десятилетия возросла роль внутрисемейных (в том числе сексуальных) конфликтов, вызванных чрезмерными претензиями истерика, неудачами в попытках выдвинуться на передний план и диктовать свои условия. В целом полученные нами результаты позволяют утверждать, что изменения в клинике и динамике истерии не выходят

за пределы, присущие ей как самостоятельной нозологической единице: меняются лишь внешние, выразительные симптомы болезней и соотношение вызвавших ее патогенных факторов. Несмотря на происшедший патоморфоз истерии, основным двигателем поведения больных по-прежнему остается стремление уйти от затруднительных обстоятельств, жажда признания, сочувствия и жалости с включением более сложных механизмов «защиты». Можно смело считать, что число истерических состояний не сокращается, а лишь меняется соотношение форм их выражения; уменьшение ярких и более примитивных проявлений истерии прошлых лет как бы компенсируется увеличением «малых», усложненных, интимных форм личностного реагирования. Правильный учет происходящего в последние годы патоморфоза истерии должен содействовать более адекватному выбору комплексных медико-социальных мероприятий по предупреждению и лечению истерической болезни (Ромасенко Л.В., 1993).

Из множества проблем клинической динамики истерии для настоящего сообщения нами выбрана одна – возрастная, эволютивная, поскольку она ближе всех других подводит к пониманию онтогенетической трактовки данной патологии. Уместно напомнить, что первые попытки оценить истерию с эволюционных позиций относятся к началу текущего столетия. L. Schnyder (1907) предлагает относить истерию взрослых к детскому типу, ведь в детской психике есть основные черты истерического психоневроза. Позднее Е. Краепелин (1913) различал «истерию развития», возникающую у детей после наказания и болезней. Сведения об эволютивной динамике истерических проявлений содержатся в наших работах (Семке В.Я., 1965–1988) и исследованиях нашей сотрудницы Л.Я. Нохриной (1986); они касаются особенностей истерии на разных возрастных ступенях – в детском, зрелом и позднем периодах. Так, для истерического невроза в детско-подростковом возрасте характерны острое начало, слабая выраженность ведущих синдромов, кратковременность протекания; в зрелом – возрастание удельного веса псевдосоматических, депрессивных, вазовегетативных расстройств, сексуальных дисфункций; в позднем – возрастающая зависимость динамики от соматогений и эндокринно-вегетативных пертурбаций. Полисиндромная картина инволюционной истерии имеет два варианта динамики – по типу невротического срыва в ходе инволюции и истерического патохарактерологического развития у акцентуантов. Истерический невроз в старческом возрасте возникает по преимуществу у акцентуированных личностей, долго не воспринимающих амплуа пожилого человека и неожиданно обнаруживающих свою несостоятельность в ситуации социального и биологического старения. Для клинической динамики истерической психопатии в позднем периоде наряду с общеспецифическими вариантами, свойственными подростковому и зрелому возрастам, установлены три новые формы проявления, практически не описываемые в литературе. Во-первых, выявление «латентной» психопатии за счет обнаружения прежде компенсированных истерических механизмов или же благодаря новому формированию патохарактерологического развития в инволюционном периоде. Во-вторых, трансформация психопатического склада путем смены форм поведения в пределах сохраняющейся истерической структуры или же перемещения в иной психопатический круг.

В-третьих, «поздняя депсихопатизация» (вариант динамики, к сожалению, мало обсуждаемый специалистами, занимающимися проблемами пограничной психиатрии). Речь идет о полной гармонизации личности под влиянием благоприятных социально-психологических условий и нерезко выраженных сосудистых изменений, которые «растворяют», нивелируют истерические качества. В целом же истерические компоненты личности оказывают наибольшую стойкость по отношению к действию органического процесса. Как показали наши прошлые исследования (Семке В.Я., 1964–1967), истерический способ реагирования остается самым долговечным во всей «жизненной кривой» стареющих психопатов и проявляется даже в случаях с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами.

Все сказанное выше подводит нас к основной, центральной проблеме истерии сегодняшнего дня – ее ранней диагностики, дифференциации, ресоциализации и качественной превенции. На современном витке научно-технической мысли появляется возможность обогащения новыми технологическими приемами и решениями, причем, как показывает наш опыт, технологические процессы имеют несомненный региональный ракурс. Весьма важно, что реализация многих из разработанных технологий не требует существенных финансовых затрат. К их числу можно отнести предложенный нами (Семке В.Я., 1977, 1997) дифференциально-диагностический комплекс (ДДК), включающий этиологические, патогенетические и клинико-динамические параметры. Он оказался высокоэффективным для обнаружения гетерогенного исхода истерии с непроцессуальными (на почве микросоциально-педагогической запущенности) и процессуальными (органической, соматогенной, эндогенной природы) истериформными симптомокомплексами. Остановимся лишь на одном из них, имеющем отношение к проблемам врачей-интернистов, – динамико-диагностическом комплексе при истериформных состояниях соматогенно-органического генеза (сердечно-сосудистая патология, заболевания печени, желудочно-кишечного тракта, гинекологические нарушения, интоксикации, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы и др.).

Для истериформных состояний свойственны извращенная реактивность организма с низким уровнем компенсаторных возможностей, стабильность показателей нейрофизиологического обследования (стойкие асимметрии электрофизиологических и хронасимметрических данных, косность нейрогуморальных, биохимических, иммунологических сдвигов) как в процессе динамического изучения, так и под влиянием лекарственных нагрузок. Отмечаются бедность и стереотипность динамики, определяющиеся «ситуацией болезни» и степенью ее выраженности. Характерна гротескность истериформной симптоматики с постепенной нивелировкой личностных черт, слабой связью с неблагоприятной микросоциальной ситуацией, а также не критическое отношение к болезни, сохранение стремления к труду. Многолетние исследования исхода истерии убедили нас в целесообразности смещения акцента в дифференциальной диагностике с рассмотрения специфики клинической картины в русло углубленного, комплексного патогенетического изучения. В этом отношении мы разделяем позицию Вернера фон-Гольста (1901), предлагавшего вести поиски разграничительных критериев не в симптоматологии, а в патогенезе истерической болезни.

Патогенетическое понимание сущности истерической болезни дает возможность проведения превентивных, реадaptационных и ресoциальных мероприятий, направленных на укрепление, усиление слабых звеньев нейрофизиологического аппарата, коррекцию и предупреждение патологических сдвигов. В соответствии с этим результаты терапии напрямую зависят от выполнения комплекса патогенетического воздействия. При наличии глубоких и продолжительных ухудшений состояний прочный лечебный эффект достигается лишь при сочетанном применении ряда терапевтических комплексов – психотерапевтического (ПТК), психофармакологического (ПФК), психопрофилактического (ППК).

Как показал наш опыт, весьма важным является соблюдение принципов строгой индивидуализации, поэтапности, комплексности, дифференцированности проводимых при истерии социотерапевтических и медикаментозных воздействий с обязательным учетом личностной структуры, возрастного фактора, стадии динамики, глубины и продолжительности нейрофизиологических нарушений. В итоге нейродинамические и клинико-динамические параметры впервые сведены в единую «цепочку» континуума истерического пограничного синдрома, учитывающего реакцию пациента на ближайшее микросoциальное окружение, личностные особенности, роль ведущих патогенных и предрасполагающих факторов, а также возможности региональных лечебно-профилактических учреждений (с обязательным взаимодействием централизованных и децентрализованных звеньев лечебного процесса). На основе полученных комплексных данных выдвинута гипотеза, согласно которой имевшие место экологические особенности региона влияют на ход эволюционного процесса в местной популяции. В качестве индикатора адаптационных механизмов использована технология оценки вегетососудистого тонуса (с выделением «гиперреакторов», «нормореакторов», «гипореакторов»), иммунологических, биохимических, психофизиологических, электрофизиологических параметров, а также выявление функциональной асимметрии головного мозга (Аксенов М.М., 1990). Совместно с нашим сотрудником Д.В. Саваниным (1993) выделены пять разновидностей «стратегии адаптации»: гомеостатическая устойчивая; гомеокинетическая устойчивая; устойчивая с возможностью как гомеостатики, так и гомеокинетики; малоустойчивая гомеокинетическая (последняя наиболее соответствует динамике адаптации и дезадаптации личностей истерического склада).

Центральным звеном лечебного влияния на истерическую симптоматику является ПТК, включающий разнообразные психотерапевтические приемы: одномоментное или последовательное применение рациональной, гипно-суггестивной (индивидуальной или групповой – проводимой как в дневное время, так и в вечерние часы) терапии, наркопсихотерапии, модифицированного нами варианта аутогенной тренировки, разработанного ранее Г.С. Беляевым и А.А. Мажбицем (1968). Последний технический прием успешно применяется при наличии в клинической картине истерических состояний стойких ипохондрических, астенодепрессивных, обсессивно-фобических, гипосомнических нарушений. Включение в программу самовнушения ободряющих, тонизирующих фраз, направленных на стремление к

реализации позитивных планов и замыслов, к преодолению эгоцентризма, облегчает концентрацию внутренних психических ресурсов на смягчение и устранение тягостных ипохондрических, вазовегетативных, псевдосоматических и прочих нарушений. Сочетание гипносуггестии и аутотренинга существенно усиливает психотерапевтический потенциал за счет стимулирования активности пациента, уверенности в собственных силах, осознанного участия в мероприятиях по ресоциализации.

В целом социально ориентированные формы ПТК направлены на преодоление, разрыхление аномальной структуры личности (коррекция эгоцентризма, незрелости мышления, инфантилизма, паранойяльной настроенности и т. п.), создание атмосферы доверия к врачу, достижение шаг за шагом чувства ответственности, вовлеченности в сложный, поэтапный психотерапевтический процесс.

На более отдаленных этапах ПТК производится усиленная тренировка резервных волевых ресурсов (умение проявлять сдержанность, благоразумие, трезвый учет возможностей) с акцентом на чувстве прагматизма и рационализма, избегании страха перед реальными или мнимыми трудностями. Основной философией такого рода работы является партнерская позиция (в рамках разъяснительной, корригирующей, заместительной психотерапии): достижение растущего понимания, научение пациента навыкам эмпатии, устойчивых социальных контактов, увлеченности в каком-либо трудовом процессе (выбранном с учетом типологических свойств личности). Постепенно осуществляется конструктивный переход от индивидуальной к групповой психотерапии с направленным преодолением, нивелировкой прежних характерологических девиаций. На заключительном этапе этой кропотливой работы достигается формирование положительных эмоционально окрашенных мотиваций, перестройка отношения к окружающим, рациональное трудоустройство, создание компенсаторных установок, «определенной насыщенной идеалами установки к жизни» (Консторум С.И., 1954).

С учетом возрастных особенностей в детском и подростковом периодах проводятся корригирующие медико-педагогические воздействия (устранение дефектов воспитания, формирование трудовых навыков, развития самообладания и контроля чувств); при достижении лечебного эффекта оказывается необходимым поддерживающее социотерапевтическое воздействие до полного устранения невротической и патохарактерологической истерической симптоматики (процесс «ранней депсихопатизации» – согласно И.Л. Кулеву, 1963). В зрелом возрасте находят применение варианты «социотерапии» (О.В. Кербиков) в комбинации с биологическими методами. В позднем возрасте, на фоне психогений весьма скрытого содержания (переживание биологического увядания, снижение активности, потеря близких, страх одиночества, тяжелого заболевания, смерти) и хронических соматогений, требуется комплексное лечение. Наряду с применением разнообразных вариантов психотерапии (компенсирующей, корригирующей, разъяснительной, гипносуггестивной, аутогенной) весьма целесообразным оказывается массивное общеукрепляющее лечение, направленное изменение микросоциальной обстановки.

Подводя итоги возможностям и перспективам патогенетического лечения больных с истерическими состояниями, очевидно, следует подчерк-

нута необходимость соблюдения основных принципов терапевтического вмешательства; они разрабатываются в последнее время с позиций учета специфики регионального пограничного психиатрического и валеопсихологического сервиса, осуществляющегося в условиях проведения методик «интенсивной психотерапии» (речь идет об ускоренном лечении пациентов из отдаленных, преимущественно сельских населенных пунктов):

1) учет клинических и нейрофизиологических параметров, отражающих степень эмоционального реагирования и функциональное состояние головного мозга больных истерией (электрофизиологическое, иммунологическое, биохимическое, экспериментально-психологическое, генетическое обследование, топоселективное картирование, выявление функциональной асимметрии мозга и др.);

2) строгая индивидуализация (клиническая и нейрофизиологическая) каждого случая истерических нарушений. Этот принцип совпадает с мнением В. фон Гольста (1901) о том, что «ни в одной области практической медицины не бывают столь малоуместными шаблонные правила терапии, как в борьбе с истерическими расстройствами». Здесь наряду с традиционными психотерапевтическими приемами все большее применение находят новые технологии (нейролингвистическое программирование, эриксоновский гипноз, валеопсихологический «рефреминг», транзактный анализ, иглорефлексотерапия, элементы восточной медицины), связанные со вскрытием и осознанием психологических причин болезни, стереотипов и моделей поведения;

3) поэтапность, последовательность сложных психотерапевтических и медикаментозных мероприятий по социальной реадaptации и ресoциализации больных с оценкой типологической личностной структуры и продолжительности нейродинамических сдвигов. В последние годы на повестку дня выдвигаются задачи овладения новыми валеопсихологическими технологиями, создания универсальных превентивных программ, анализ их эффективности в различных лечебно-профилактических учреждениях, открытых тренинговых больших и малых группах;

4) обеспечение комплексного влияния на отдельные звенья патогенеза истерии, в том числе на систему межличностных отношений, социально-психологическую и конституционально-биологическую основу личности. Его выполнение наиболее полно осуществляется в специально организованных службах психотерапевтического сервиса (Центр пограничных состояний, поликлиника неврозов, психотерапевтический диспансер, передвижная психотерапевтическая бригада и другие). Для их успешного функционирования нами разработаны оригинальные режимы наблюдения и ведения «пограничных больных» – «кризисный» (или «острый»), «базисный» (или «стационарный»), «регрессионный»; они рассматриваются сквозь призму «терапевтической среды», понимаемой как система направляемых взаимоотношений между пациентом и его непосредственным окружением. Режимы представляют не статичную, а динамичную картину, которой свойственны взаимные переходы и взаимопроникновения;

5) дифференцированный подход к устранению имеющейся истерической симптоматики с использованием психотропных средств, направленных на

укрепление слабых звеньев нейрофизиологического аппарата, предупреждение обострений и декомпенсаций;

6) учет сопутствующих и предрасполагающих патогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов, способствующих фиксации отдельных болезненных проявлений, с последовательным корригированием выявленных расстройств;

7) оценка возрастной, эволютивной стадии. Так, для профилактики истерии важно предусмотреть последовательное восстановление социального взаимодействия (в семье, школе, на производстве), коррекцию дефектов воспитания и создание позитивных мотиваций; существенное значение приобретает хотя бы временная изоляция детей и подростков с формирующейся истерической патохарактерологической структурой от лиц с аномальной гомономной формой поведения. Для оказания лечебно-профилактической и социально-психологической помощи на завершенном этапе жизнедеятельности необходимы службы пограничной гериатрической поддержки, за создание которых мы усиленно ратуем в последнее время. Их формирование на практике замкнет онтогенетический цикл научного изучения пограничных состояний.

Объективная оценка проведенных лечебно-предупредительных воздействий при различных формах истерической патологии проводилась нами с помощью специально разработанной «Шкалы эффективной терапии пограничных состояний», учитывающей комплексную характеристику клинико-динамических и нейродинамических параметров, а также уровень социально-трудовой адаптации. Она отражает динамику саногенетического процесса, состояние компенсаторных и адаптационных механизмов, по сути дела характеризуя различную степень и полноту выздоровления:

«А» – полное выздоровление (с восстановлением всех показателей социально-производственного и семейного статуса до исходного преморбидного уровня).

«В» – практическое выздоровление (с выравниванием основных клинических и нейрофизиологических показателей, однако с необходимостью проведения эпизодических социотерапевтических мероприятий).

«С» – неполное выздоровление (с наличием отдельных клинических симптомов и нерезко выраженных нейрофизиологических сдвигов, но с возможностью выполнения прежних социальных функций).

«Д» – незначительное выздоровление (с элементами послабления невротической и патохарактерологической симптоматики, некоторым выравниванием нейрофизиологических показателей, частичным восстановлением социально-трудовой адаптации).

«О» – отсутствие выздоровления (с возможной тенденцией к нарастанию всех основных параметров).

Внедрение новых технологических систем и приемов комплексной диагностики, лечения и реабилитации привело к весьма высоким результатам. Так, на примере терапии затяжных полиморфных истерических нарушений полное, устойчивое клиническое выздоровление («А» + «В») имело место среди больных истерическим неврозом в 84,9 % случаев, истерических реактивных психозов – в 89,2 %, при психопатии в несколько меньшей

мере – 49,3 %. При этом соотношение психотерапевтических и биологических методов определяется преморбидным характерологическим фоном, типом клинической динамики и направленностью нейродинамических показателей. При обнаружении в структуре личности экспрессивных истерических качеств предпочтение отдается разъяснительным, корригирующим влияниям в сочетании с малыми транквилизаторами, нейролептиками, бромкамфорой; при импрессивных – активирующим, тонизирующим психотерапевтическим приемам, подкрепляемым дачей психостимуляторов и антидепрессантов.

«Без осознания нет и знания», – говорит известный психотерапевт Фритц Перлс. Сейчас, оглядываясь на пропущенные сквозь прожитые годы, сквозь «сито» новых системообразующих методологических подходов и технологических приемов наиболее дискуссионные проблемы истерии, убеждаешься, что не все из них достигли степени желаемой ясности и разрешенности. Однако по многим «узловым» магистральным направлениям знания и успехи современной медицины все же вполне ощутимы. Предстоит проделать серьезные шаги на пути дальнейшего раскрытия механизмов истерического реагирования и патогенетических основ истерической болезни, поиска критериев раннего прогноза и адекватной психотерапии. Можно констатировать, что элюзивная, ускользающая, трудно постигаемая сущность истерии в последние годы приобретает более отчетливые контуры.

В преддверии нового тысячелетия появляется реальная возможность с позиций возрождающегося психоанализа в России (и в нашем восточном ее регионе в частности) творчески прочесть и развить гениальный «роман об истерии» З. Фрейда. Также вполне определенно можно прогнозировать успех в деле многосторонней превенции пограничных (в том числе и истерических) состояний. Однако для этого необходимо предпринять колоссальные совместные усилия медиков и всех лиц, ответственных за охрану и укрепление психического здоровья россиян. Такую перспективу наметил незадолго до своей преждевременной кончины О.В. Кербиков (1963): «Еще нельзя сказать, что современная психиатрия близка к полному преодолению, излечению, ликвидации психических болезней. Об этом можно пока лишь мечтать. Это задача далекого будущего нашей науки, и непереносимое условие для ее решения – коренное переустройство жизни человечества». Данными провидческими словами любимого Учителя мы бы хотели закончить данное сообщение.

ГЛАВА 2. ВАЛЕОПСИХОЛОГИЯ КАК НАУЧНЫЙ БАЗИС ПРЕВЕНТИВНОЙ ПСИХИАТРИИ

Воздействие на организм совокупности неблагоприятных социально-экономических, экологических и производственных факторов обуславливает необходимость определения уровня физических и психологических резервов в здоровье человека. Многолетнее комплексное исследование здоровья населения, проживающего в экологически неблагоприятных условиях (аборигены Крайнего Севера, трудовые коллективы пожаро- и взрывоопасных химических производств, мигранты-вахтовики, строители БАМа и др.), привело нас к выводу о правомерности выделения нового, относительно самостоятельного раздела современной медицины и психологии – валеопсихологии (Семке В.Я., 1995). Валеопсихология является, по нашему мнению, новой отраслью научных знаний, интегрирующей в системном анализе два понятия – «здоровье» и «психология» – с позиций их оценки в общественном и индивидуальном аспектах, прежде всего с учетом социального и личностного статусов человека. Этот синтетический термин практически не встречается в литературе: И.И. Брехман (1990), В.Д. Лищук (1994) употребляют понятие «валеология», Ю.П. Лисицын (1995) – «санология» (имея в виду «науку об общественном здоровье, его охране и умножении»). Новаторский характер впервые вводимого термина требует более детального обоснования и многостороннего рассмотрения по меньшей мере в пяти ракурсах – теоретико-методологическом, семиологическом, клинико-динамическом, превентивном и правовом.

2.1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВАЛЕОПСИХОЛОГИИ

Первым шагом на пути детальной разработки этой новой научной дисциплины является ее дефиниция. Термин «валеопсихология» соединяет в своем смысловом значении понятия «валеология» (семантически связанного с терминами «здоровье», «валидность») и «психология» (как науки о закономерностях, развитии и формах психической деятельности). При таком подходе валеопсихология становится теоретической базой для клинической и социальной психиатрии – науки, изучающей психические заболевания на разных уровнях их протекания – психотическом («большая» психиатрия) и личностном («малая» психиатрия). В нашем определении (Семке В.Я., 1996, 1997; Semke V., 1994, 1998) валеология представляет собой науку, рассматривающую с системных позиций проблемы укрепления и сохранения психического здоровья (индивидуального и общественного) через механизмы упрочения саногенных и корригирования патогенных факторов внутренней и внешней среды организма, приводящих к восстановлению здорового образа жизни.

Исходной позицией для развития валеопсихологии служит концепция психического здоровья человека и общества. Вполне очевиден факт, что от

здоровья общества зависит и здоровье конкретных индивидов. Инициальный период приспособления индивида в новых условиях жизнедеятельности характеризуется крайней вариабельностью. Во многом его проявление определяется мощностью потенциально дестабилизирующего воздействия, исходным состоянием психических и соматических «защитных сил» индивида (предиспозиция) и его типологическими особенностями. Нарушение «барьера» психической адаптации (Александровский Ю.А., 1976) приводит к дестабилизации целостной системы приспособления и ее переходу на новый, качественно иной уровень. Наличие у индивида психоэмоциональных или соматических проблем суживает возможность приспособления в субэкстремальных условиях, что проявляется обычно «углублением» прежних психических дефектов, присоединением к ним новых, снижением общей резистентности организма, обострением протекающих в хронической форме соматических заболеваний.

Центральным звеном в области валеопсихологии является оценка личности (нормальной, сбалансированной или аномальной, диссоциированной). В силу многообразия определений «личности» мы не хотели бы детализировать свои позиции в этом направлении, сошлемся лишь на понимание К. Шнейдером «личности как единства чувств и оценок, стремлений и желаний» (Schneider K., 1962); при этом, согласно Н. Петриловичу, интеллект представляет «периферическую сторону личности», форму выражения ее силы, является «мантией, как бы прикрывающей ядро личности». В целом же конституционально-личностные особенности индивида существенным образом влияют на процесс «впечатывания» во внешнюю среду. Так, нами (Семке В.Я., Саванин Д.В., 1993) выделены 5 разновидностей «стратегии адаптации»: гомеостатическая, устойчивая; гомеокинетическая, устойчивая; устойчивая – с возможностью как гомеостатики, так и гомеокинетики; малоустойчивая, гомокинетическая. При этом первому типу соответствует динамика адаптации и дезадаптации личностей эпилептоидного склада; второму – возбудимого; третьему – гипертимного; четвертому – тормозимого; пятому – эмотивно-лабильного склада.

Наконец, важным теоретико-методологическим аспектом ВП является рассмотрение диалектического единства двух противоположных процессов: патогенетического (с этапами его постепенного утяжеления – от простых, относительно кратковременных и изолированных реакций к полиморфным, длительным, затяжным развитиям) и саногенетического (представленного обратной, регрессионной динамикой с устранением имеющейся патологии за счет усиления компенсаторных и адаптационных возможностей вплоть до полной реституции). В качестве индикатора адаптационных механизмов может быть использована технология оценки вегетососудистого тонуса (с выделением типов «гиперреакторов», «нормореакторов», «гипореакторов»), иммунологических показателей, электрофизиологических параметров и др.

На основе полученных комплексных данных нами выдвинута гипотеза, согласно которой имевшие место экологические особенности региона влияют на ход эволюционного процесса в местной популяции. В частности, развиваются и закрепляются такие биопсихосоциальные свойства, которые

обеспечивают наилучшее приспособление к окружающей среде (по типу «стайеров» В.П. Казначеева), невыгодные с точки зрения адаптации к суровым условиям жизни свойства личности утрачиваются или урежаются.

Весьма показательным параметром эволюционных преобразований является функциональная асимметрия головного мозга (Аксенов М.М., 1990): латерально-антропoфизиологическое обследование пограничных больных в популяции Севера обнаруживает преобладание лиц с левым профилем; парциальное левшество является патопластическим фактором «пограничного синдрома». В целом данные экологической генетики показывают, что экзогенные факторы действуют на формирование пограничной патологии двумя путями: прямо – как провоцирующие реализацию генетической предрасположенности воздействия; косвенно – через конституциональные особенности, формируя их, определяя и модифицируя норму реакции.

2.2. СЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВАЛЕОПСИХОЛОГИИ

В обобщенном виде здоровье как «ядерное» понятие валеопсихологии следует трактовать с позиций способности индивида приспосабливаться, возможности к самосохранению и саморазвитию, поддержанию и укреплению содержательной жизни во все более усложняющейся, зачастую весьма неблагоприятной (к примеру, за счет экологически неблагоприятных воздействий) среде обитания. На практике речь идет о приоритетном изучении «психического здоровья здоровых лиц», что несет в себе несомненный предупредительный (превентивный) заряд. Сложность и малая разработанность проблемы требуют конкретизации ряда положений, уточнения наиболее употребляемых понятий, то есть создания краткого концептуального валеопсихологического аппарата. Приведем лишь некоторые из этих основных понятий (Семке В.Я., 1965, 1988).

Адаптация – это действия индивида в таком диапазоне социальной среды, который не выявляет патологического радикала личности и требования которого посильны даже при наличии аномальных компонентов характера. Социальная адаптация представляет собой процесс включения личности в новую социальную ситуацию, в изменившиеся системы межличностных отношений. В процессе адаптации происходит определенная перестройка личности как результат тесного взаимодействия интересов, ценностей, установок индивида с коллективом. Под степенью здоровья понимают широту адаптационных возможностей организма. Адаптация предполагает большее участие в этом процессе окружающей среды, чем самой личности.

Деадаптация – это нарушение привычного способа взаимодействия личности с другими членами коллектива, проявляющееся в изменении социально-психологических установок в связи с появлением «психоэмоционального напряжения» в микрогруппе. При этом важной проблемой является выделение системы критериев, позволяющей оценить уровень социальной деадаптации. Она должна учитывать: степень активности личности в коллективе, разносторонность и эффективность ее деятельности, наличие определенных психофизиологических качеств (с учетом

глубины их акцентуации), темп и сроки формирования адаптационных механизмов. Таким образом, в изучении условий формирования социальной дезадаптации необходим системный подход: исследование как самой личности, так и окружающей ее микросреды с применением методов конкретной социометрии.

Компенсация – это отработанная под влиянием внешней среды способность индивида замещать вредные, мешающие себе и другим характерологические качества полезными или, во всяком случае, безразличными. Компенсация отражает тип приспособительных реакций на повреждение; при этом функции поврежденных структур замещаются, восполняются деятельностью сохранных структур либо их качественным преобразованием. Установление компенсации происходит за счет появления новых черт характера, перекрывающих прежние особенности личности. «При компенсации затушевываются проявления патологии, но не устраняются основы патологии» (Кербинов О.В., 1971).

Гиперкомпенсация связана с чрезмерным развитием вторичных компенсаторных черт, создающим новые проявления патологии характера. Так, при истерической психопатии наблюдаются полный отказ от собственных убеждений, слепое подчинение мнению авторитетных лиц, напускная холодность, надменность, избыточное менторство, склонность к усложненным мыслительным конструкциям, проявления элементов «магического мышления» и т. п.

Субкомпенсация наблюдается при недостаточном, частичном развитии компенсаторных образований. Субкомпенсацию можно оценить как состояние неполного выздоровления, когда при отсутствии внешних клинических проявлений удается обнаружить наличие нейрофизиологических сдвигов.

Декомпенсация – это нарушение, обострение аномальных свойств личности, связанное с ослаблением или устранением компенсаторных черт. При декомпенсации устраняется «выведенный фасад» (Ганнушкин П.Б., 1933), за которым обнажается прежняя психопатическая структура личности. Клинические проявления декомпенсации обычно выражаются в нарушении вторичных черт характера, которые являются компенсацией первичных. Результатом происходящего при этом процессе служит заострение, усиление присущих индивиду аномальных качеств.

Рассматривая соотношение адаптационных и компенсаторных механизмов, следует отметить, что в первом случае акцент ставится на роли окружающей среды; во втором – на внутренних ресурсах личности. В целом синтетический взгляд на концепцию «психическое здоровье – психическая болезнь» облегчает изучение взаимодействия саногенных и патогенных факторов (восстановление нарушенных коммуникаций, создание «экологической ниши», достижение устойчивого гомеостаза и т. д.). В этой же связи возникает проблема количественной и качественной оценки нормальных и патологических процессов (нормология и патопсихология), возможность «шкалирования» генетически гомогенных нозоцентрических образований (такая технологическая попытка осуществляется нами в настоящее время применительно к истерии): речь идет о количественном измерении определенных качественных признаков (симптомов, синдромов, состояний) с

возможностью тонкого улавливания «переходных» явлений, углубленного анализа сложных оттенков патологического процесса.

Таким образом, семиологический аспект валеопсихологии предусматривает наличие сложных, многообразных переходов от состояния психического здоровья к психической болезни (наиболее распространенными из них являются так называемые пограничные состояния). Их клиническая картина представлена как невротическими, так и патохарактерологическими образованиями. Первые из них включают последовательный ряд: описанные нами ниже психоадаптационные (ПАС) и психозеадаптационные (ПДАС) состояния – преневротические и невротические расстройства – невротические (патологические) развития личности; вторые: нормальные, сбалансированные натуры – акцентуированные личности – препсихотические – психопатические личности. Отсюда вырисовывается «валеопсихологическая цепочка» в виде взаимозависимых состояний «норма – субнорма – предболезнь – болезнь». В этом контексте уместно привести замечание Л. Мишо о том, что проведение границ между здоровьем и болезнью – «вопрос концепции и времени». Примером такой отнесенительной значимости является «триада» К. Ясперса в области реактивных состояний, подвергающейся в последние годы справедливой ревизии.

2.3. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВАЛЕОПСИХОЛОГИИ

Нами разработана синкретная модель пограничных состояний в виде континуума от здоровья как всецело доминирующего статуса к напряжению психической адаптации (психоадаптационные состояния – ПАС) и последующему возможному срыву психического приспособления (психозеадаптационные состояния – ПДАС), далее – к клинически развернутым формам неврозов, психопатий, а затем – затяжным состояниям (развитиям). Выделены четыре варианта ПАС-ПДАС: астенический (с чувством усталости к концу дня, болями в мышцах, ощущением вялости), дистимический (с психическим дискомфортом, аффективной напряженностью, злостью, агрессивной настроенностью), психовегетативный (с вегетативными дисфункциями, преходящими головными болями, бессонницей) и дисмнестический (с кратковременными обманами восприятия окружающего, неузнаванием знакомой местности, ошибочной оценкой временных интервалов). Отмечены два типа их клинической динамики: доброкачественный и злокачественный (с появлением стойких нейрофизиологических, нейрогуморальных и иммунологических сдвигов, черт тревожности и ригидности в личностной структуре). Для каждого из этих вариантов имеются клинико-динамические, нейродинамические и социально-динамические критерии.

В рамках валеопсихологической проблематики, связанной с изучением приспособления к условиям, близким к экстремальным, большое значение представляет более углубленная клинико-динамическая систематика ПАС-ПДАС.

Первая группа охватывает относительно *стабильные* состояния (психоадаптационные, невротические, неврозоподобные) и психозеадаптационные расстройства донозологического (ПДАС) и клинического (состояния «нарушения адаптации») уровней.

Вторая группа включает относительно *нестабильные* состояния: аномальные личностные реакции (как «переход от адаптации к дезадаптации» – АЛР), этап «осевых симптомов» (в виде «перехода от дезадаптации к болезни») и переходные к психозадаптации расстройства клинического уровня, состояния «снижения адаптации». *Состояние «переход от адаптации к дезадаптации»* структурируется у ранее практически здоровых лиц в ответ на воздействие неких возмущающих факторов, вызывающих ответное напряжение саногенных механизмов. Ведущими признаками АЛР являются: утрата адекватности личностного реагирования, возможность их возникновения вне связи с актуальной психотравмирующей ситуацией, кратковременность, изолированность, быстрая обратимость в условиях позитивной микросоциальной обстановки. Вегетосоматические расстройства в этот период представлены преимущественно транзиторными функциональными сердечно-сосудистыми, диспептическими или иными дисфункциями. *Состояние «переход от дезадаптации к болезни»* структурируется у индивида, психический статус которого квалифицирован как ПДАС: дестабилизирующие агенты вызывают присоединение к ранее имевшимся или же вегетосоматическим нарушениям новых психоэмоциональных и вегетосоматических компонентов. Феноменологически они соответствуют одной из клинических форм невротических (неврозоподобных) состояний. У лиц с органическим поражением головного мозга под влиянием длительно действующих неблагоприятных воздействий происходит формирование патологического сдвига в рамках патологического развития личности экзогенно-органического генеза.

2.4. ПРЕВЕНТИВНЫЙ АСПЕКТ ВАЛЕОПСИХОЛОГИИ

Накопленный в последние годы опыт в области превентивной медицины свидетельствует, что здоровье, в том числе и психическое, является функцией главным образом воспитания, стиля жизни, воздействия окружающей среды, а не медико-здравоохраненческих воздействий. Поэтому так бурно развиваются методики воспитания и самовоспитания (определяемые И.И. Мечниковым в 1907 году как ортобиоз): появляются «узкие» специальности – валеолог-психолог, валеолог-эколог, валеолог по физическому воспитанию и др.

Старая истина, что «колыбелью неврозов» является детский возраст, привела нас (совместно с членом-корреспондентом РАО Г.В. Залевским) к идее формирования научного направления «Психическое здоровье участников педагогического процесса»: речь идет о здоровье в цепочке «ребенок – родители – педагог». В работе Э.В. Галажинского (1996) выявлена микроонтогенетическая динамика школьной дезадаптации и психической ригидности, причем нарастание этих показателей в целом происходит от первого к третьему классу, имея свои качественные особенности. Так, для первоклассников ведущим синдромом дезадаптации является тревожность по отношению к взрослым (что высоко коррелирует с межличностной тревожностью); для второклассников – «недоверие к новым людям, вещам, си-

туациям», «тревога по отношению к детям» (в корреляции с учебной тревожностью); для третьеклассников – преобладание «синдрома депрессии», «враждебности по отношению ко взрослым», «уход в себя» в сочетании с самооценочной тревожностью. В группе высокоригидных детей риск возникновения поведенческих расстройств, связанных с процессом обучения, в три раза выше, чем в группе низкоригидных. Используемые в процессе обследования психодиагностические методики оказываются адекватным инструментарием как для ранней диагностики проявлений школьной дезадаптации, так и для прогностической оценки особенностей приспособления ребенка на весь период обучения в начальной школе. Применительно к учебному процессу психическое здоровье является функцией нравственного здоровья учителя: по данным З. Шнекедерфа (1995), из 100 конфликтов в школе между учителем и учениками 69 возникают по вине педагога. Так называемые дидактические неврозы составляют 3,5 % всех детских неврозов. Отсюда вытекает необходимость вооружения воспитателей, родителей «педагогикой здоровья». Этот, казалось бы, частный аспект валеопсихологии приобретает глобальный, государственный характер, поскольку из здоровья отдельных микросоциальных групп, из здоровья населения отдельных регионов страны складывается психическое здоровье всей нации – как основы безопасности, будущего процветания России.

Третье (промежуточное между психическим здоровьем и психической болезнью) состояние, к сожалению, стремительно пополняется в последние годы все новыми, весьма сложными по структуре и генезу валеопсихологическими феноменами: это наблюдаемые у все большего числа лиц психологические и соматопсихические уклонения в виде неумения приспособиться к суровым реалиям сегодняшней действительности, достойно выжить и продуктивно трудиться. Психологический дискомфорт испытывают все возрастные категории – от подростков до представителей старшего поколения. Из этой зоны рекрутируются субъекты с различными формами аддикции или невротических состояний. Системное понимание психологии и клиники «пограничного больного» с позиций валеопсихологии предусматривает внедрение принципиально новых режимов поддержки и реабилитации. При этом единый процесс диагностики, терапии и прогнозирования как бы разбивается на отдельные этапы, стадии и фазы с выделением трех функционально-динамических состояний – кризисного, базисного, регрессионного. Все три термина отражают «внутреннюю картину болезни», ее движение – от момента включения патогенного фактора и ответной реакции организма (индивида) – через определенный «стереотип болезни» (составляющий «базис» нозологической формы) – к продуктивному включению механизмов саногенеза (в благоприятных случаях приводящих к полной реституции). В целом первому этапу присуще в основном преобладание патогенных (повреждающих) механизмов над саногенными (оздоравливающими); второму – их определенный баланс, равновесие; третьему – заметное усиление защитно-приспособительных функций.

«Кризисный» период отражает острую стадию заболевания, требующую всесторонней, взвешенной оценки критической ситуации, проникновения в суть конфликта, установления «кризисных» точек жизни, предотвращения

саморазрушающего поведения. В кратчайшие сроки приходится принимать стратегию и тактику ведения пациента, произвести анализ внутренних и внешних влияний, наметить пути адекватной терапии, дать прогностическую оценку изучаемому состоянию. Основным требованием данного режима является постоянное, непрерывное наблюдение, осуществляемое в пределах специализированного стационара. Особенность первого периода составляет охранительный характер психотерапевтического воздействия.

«Базисный» период предусматривает тщательное рассмотрение «внутренней картины» болезни, приобретающей к этому времени характер относительной стабилизации (за счет перестройки межличностных отношений, изменения социального статуса). На этом этапе осуществляется основная лечебно-профилактическая работа по преодолению конституционально-биологической, соматической основы болезни и имеющегося психологического кризиса. Акцент ставится на продуктивной технологии и реабилитации жизненной среды (с целью повысить трудовой потенциал и социальную значимость личности), научении способам переработки конфликтов в духе концепции позитивной психотерапии Х. Пезешкиана (1995): здоровым является не тот человек, у которого не бывает конфликтов, а тот, кто умеет возникающие конфликты преодолевать. Здоровым является тот, кто может равномерно распределять свою энергию по четырем сферам: физические потребности, профессиональный труд, межличностные контакты (семья, друзья, коллеги) и, наконец, на вопросы о будущем, смысле жизни, — это позволяет изменить невротическое сужение мировоззрения и преодолеть симптомы болезни. Коррекция патогенных механизмов и укрепление саногенного потенциала составляют основу комплексной терапевтической работы. В целом данный режим должен оцениваться как лечебно-активирующий и реализуется, как правило, в условиях специализированного стационара (например, отделение пограничных состояний).

«Регрессионный» режим предназначен для переходных состояний — от болезненного к компенсированному, а затем и к полному выздоровлению. Он выполняется в полустационарных звеньях (ночной, дневной стационары) и позволяет успешно решать задачу преодоления задержки, торпидности патологического процесса. Используются широкий спектр личностно-ориентированных психологических методик (особенно аутогенная тренировка), курсовая рефлексотерапия, реконструктивные и корригирующие приемы. В ходе реабилитации позиция пациента качественно меняется — от пассивно-акцептивной к активной, партнерской. Это созвучно с замечанием А.И. Белкина (1988): «Человек не ощущает в норме свои психические процессы. Но это не исключает наличия у него способности научиться сознательному управлению своей психической деятельностью, своими соматическими процессами, активируя или подавляя соответствующий нейрогуморальный код». Это один из каналов мобилизации человеческой психики — как в нормальных, так и в болезненных условиях. Расширение возможностей психической саморегуляции способствует гармоническому балансу своего организма; напротив, их демобилизация ведет к резкому спаду социальной и творческой активности, снижению возможностей такой саморегуляции.

В последние годы на повестку дня выдвигаются задачи овладения новыми валеопсихологическими технологиями, создания универсальных валеопсихологических программ медико-педагогической профилактики пограничных состояний, анализ их эффективности в различных лечебно-профилактических учреждениях, открытых тренинговых больших и малых группах.

На этой базе разрабатывается валеопсихологическая модель профилактики и психотерапии, направленная на восстановление здорового образа жизни. Стержневой методикой по-прежнему остается аутотренинг, хотя в последнее время наряду с традиционными приемами все большее применение находят новые технологии (нейролингвистическое программирование, валеологический «рефреминг», транзактный анализ), связанные со вскрытием и осознанием психологических причин болезни, стереотипов и моделей поведения.

2.5. ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ВАЛЕОПСИХОЛОГИИ

Все научные проблемы укрепления и сохранения психического здоровья (индивидуального и общественного) должны рассматриваться в рамках существующих правовых и нравственных кодексов. Важна моральная сторона достижения психического здоровья «для всех и каждого» – через оздоровление конкретного индивида, семьи, коллектива, преодоление «инфарктности» некоторых лиц, защиты наиболее уязвимых социальных групп и возрастных категорий. Моделью такой социально-психологической коррекции может служить психическое нездоровье безработных и бизнесменов. Прообразом выхода на проблему их «успеха-неуспеха» является незаслуженно обойденная вниманием работа П.Б. Ганнушкина (1926) «Об одной из форм нажитой психической инвалидности». Предотвращать возможные сокрушительные провалы, умело реализовывать себя, успевать завершать свое Дело – вот в чем смысл предупреждения, превенции духовного, нравственного «кризиса», краха идеалов, бегства в аддикцию.

Современные условия общественной жизни нередко предъявляют чрезмерные, трудно переносимые требования к психической деятельности человека, что содействует формированию различных поведенческих девиаций, вызванных кризисом идентичности, проявляющимся на донологическом или нозологическом уровне в четырех вариантах – аналитическом, диссоциальном, негативистическом, магическом (Положий Б.С., 1996). При первом из них поведение индивида отличается понижением жизненного тонуса, интересов, активности, неверием в собственные силы, своеобразной аутизацией. Диссоциальному варианту свойственны агрессивное отношение к своим оппонентам, доминирование угрюмо-злобного настроения в сочетании с легкой внушаемостью. Негативистический вариант характеризуется раздражительностью, упрямством, скептической оценкой всего происходящего и в силу этого уклонением от активности. Магическому варианту кризиса идентичности присущ жгучий интерес ко всему необъяснимому, мистическому, иррациональному с всеохватченностью поиска тайн бытия и мистических основ истины.

Российские ученые на последнем Всемирном конгрессе в Мадриде (1996) участвовали в обсуждении правовых и этических норм деятельности пси-

хиатров в сфере охраны и защиты психического здоровья наций, в решении глобальных проблем борьбы с безумием. В принятой конгрессом «Мадридской декларации» отмечено, что этика является краеугольным камнем медицины со времен Гиппократов: на современном этапе остро встает вопрос о противоречивых обязанностях врача по отношению к обществу, а также о возможности использования психиатром своих знаний, умения и практических действий негуманным образом. Врач обязан отстаивать права больного на причитающуюся ему долю медицинских ресурсов, добиваться лечения всех пациентов на равных условиях, уважать личную неприкосновенность пациентов, при любых обстоятельствах проявлять заботу об их благополучии. Следует иметь в виду, что общемедицинские стандарты и юридические нормы не обеспечивают сами по себе достаточных гарантий этической деятельности в психиатрии (Веттерберг Л., 1997). Поэтому Всемирная психиатрическая ассоциация приняла «Мадридскую декларацию», в которой отражены следующие правила в отношении этической деятельности:

1. Психиатрия – это раздел медицины, занимающийся обеспечением лечения душевных болезней, реабилитацией лиц, страдающих психической болезнью, а также сохранением душевного здоровья. Психиатры служат пациентам, обеспечивая наилучшую доступную терапию в соответствии с общепринятыми научными знаниями и этическими принципами.

2. Психиатры обязаны шагать в ногу с достижениями науки в своей специальности и передавать другим обновленные знания. Психиатры, занятые исследовательской работой, должны стремиться к расширению научных рубежей психиатрии.

3. Пациент должен расцениваться как равноправный партнер в терапевтическом процессе. Отношения «врач – больной» должны основываться на взаимном доверии и уважении, позволяющем принимать пациенту свободные и обоснованные решения. Обязанностью психиатра является предоставление пациенту соответствующей информации, позволяющей пациенту принять рациональное решение в соответствии с его личными ценностями и предпочтениями.

4. Когда пациент не способен и/или не в состоянии высказать здоровое суждение по причине душевного заболевания, психиатр должен посоветоваться с его семьей и, если необходимо, получить юридическую консультацию с целью охраны человеческого достоинства и законных прав пациента. Никакое лечение не должно проводиться против воли пациента, если только отказ от лечения не ставит под угрозу жизнь пациента и/или окружающих и если лечение не служит его же интересам.

5. Когда психиатр вызван для обследования лица, его первой обязанностью является сообщить обследуемому о цели вмешательства, объяснить, как может быть использована полученная информация и каковы возможные последствия обследования. Это особенно важно, когда психиатр вовлекается в ситуацию с участием третьих лиц.

6. Информация, полученная в рамках терапевтических отношений, должна сохраняться в тайне и может быть использована только и исключительно с целью укрепления душевного здоровья пациента. Психиатрам запрещается использовать такую информацию в личных целях или для извлечения финансовой или академической выгоды.

7. Проведение исследовательской работы в противоречии с канонами науки является неэтичным. Исследовательская деятельность должна быть одобрена надлежащим образом сформированной этической комиссией. При проведении исследований психиатрам следует руководствоваться соответствующими нормами, принятыми в своей стране и в мире. Предпринимать исследования и руководить ими должны только надлежащим образом обученные лица. Поскольку психиатрические пациенты являются особенно ранимыми субъектами исследований, необходима особая осторожность для охраны их автономии, а также психической и физической неприкосновенности. Этическим нормам необходимо следовать также при выборе исследуемых групп населения – во всех видах исследований, включая эпидемиологические и социологические, а также при совместных исследованиях с вовлечением других дисциплин или нескольких исследовательских центров.

Мы остановились столь подробно на этических и правовых аспектах в сфере психологической и психиатрической превенции и валеопсихологии, поскольку они носят глобальный, стратегически направленный характер. На протяжении длительного времени отечественная психиатрия была лишена подобных нравственных «векторов», что приводило к обвинению в превышении правовых норм и в различных «злоупотреблениях». В настоящее время успешно преодолеваются негативные проявления последствий тоталитаризма в обществе, прежде всего в сфере развития амбулаторной и стационарной помощи душевнобольным; появляются новые законы, регулирующие психиатрическую помощь и методы лечения в России; успешно продвигается реформирование психиатрического сервиса, совершенствуются технологии продуктивного саногенного экологического преобразования среды (социальной и физической), разрабатываются системы валеопсихологической гармонизации стилей жизни.

В известной мере с приведенными постулатами «Мадридской декларации» перекликаются принятые на региональном уровне «Призывы к действию», которые рассмотрены в марте 1996 года в Томске в рамках «Сибирской программы интегральной профилактики неинфекционных заболеваний». Приводим основные ее положения.

«Хронические неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, травмы и отравления, онкологические) являются причиной более 70 % всех случаев смерти населения в России. В большинстве случаев смерть наступает преждевременно – человек не успевает реализовать свой потенциал: ни духовный, ни творческий, ни профессиональный. Экономический ущерб, наносимый этими заболеваниями, огромен, а причиняемые ими боль и страдания неизмеримы. Научные исследования последних десятилетий дали нам знания о том, что перечисленные болезни не могут больше рассматриваться как неизбежное зло – они являются следствием изменяющейся окружающей среды и образа жизни человека, а поэтому в большинстве случаев их можно предотвратить или отодвинуть в более поздний возраст. Признавая, что существуют научные знания и широко апробированные в других странах методы предупреждения хронических неинфекционных заболеваний, участники встречи обращаются к политическим деятелям и лицам, принимающим ответственные решения; правительственным организациям, ответственным за состояние здравоохране-

ния, медицинской науки, образования, культуры, промышленности, сельского хозяйства, торговли, транспорта; профессионалам – медикам, специалистам в области здравоохранения, образования и культуры; к организациям, которые объединяют этих специалистов; средствам массовой информации; сотрудникам научно-исследовательских учреждений; предпринимателям и организациям предпринимателей; общественным организациям; частным лицам с призывом объединить усилия по преодолению эпидемического распространения хронических неинфекционных заболеваний путем проведения «здоровой» социально-экономической политики в обществе; изменения правовых норм; создания благоприятной окружающей среды; оказания медико-санитарной помощи, ориентированной на укрепление здоровья и профилактику заболеваний; поощрения здорового образа жизни и медицинских программ, направленных на предупреждение этих заболеваний среди всего населения. Сделаем шаг вместе к здоровой и процветающей России!»

Ключевым направлением в реформировании системы психиатрического, наркологического и медико-психологического сервиса в стране является: создание лечебно-реабилитационных центров оказания помощи лицам, подвергшимся посттравматическому стрессу (землетрясения, зоны военных действий, переселенцы из мест их традиционного проживания), жертвам насилия, представление духовной опоры и защиты подросткам, старикам, инвалидам и т. д. Здесь очень важно преодоление межведомственной разобщенности (с этой целью нами предлагается модель развертывания межведомственного центра «Психическое здоровье»), формирование региональных и межтерриториальных инфраструктур здравоохранения и народного образования, проведение эффективной региональной политики, позволяющей обеспечить единство общегосударственных и «местных» интересов. В этом отношении оправдан декларируемый нами принцип децентрализации специализированных служб в целях обеспечения их доступности, создания широкой сети пунктов психотерапевтической и медико-психологической помощи. В целом современная жизнь требует от каждого индивида предельной мобилизации физических и психических ресурсов. Формирование надежной стрессоустойчивости – задача не только медицинского плана, но и многих слоев общества, начиная от сферы народного образования и заканчивая производственным циклом. Требуются совместные усилия для плодотворного взаимодействия общественных, экономических и научных коллективов с целью преодоления кризисных ситуаций, улучшения социального климата и экологической обстановки. Это должно предусматривать разработку и успешную реализацию государственных программ по укреплению психического здоровья коренного и пришлого населения в каждом из отдельно рассматриваемых регионов страны.

Таким образом, валеопсихология все более становится наукой о клинических и социально-психологических основах психической патологии, об эффективных способах охраны и укрепления индивидуального и популяционного психического здоровья нации путем познания взаимосвязанных патогенных и саногенных механизмов у наиболее уязвимых социальных, профессиональных, этнических групп и возрастных категорий с конечной целью полного восстановления здорового образа жизни.

ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

Проблема классификации и клинической характеристики основных типов характера является ключевой как для психологии личности, так и для пограничной психиатрии. Ее разрешение позволяет пролить свет на генез и структуру человеческих аномалий, соединить практические усилия представителей двух дисциплин; со стороны психологов и персонологов имеется богатый глубинно-аналитический опыт в раскрытии тайн человеческой психики, со стороны психиатров – конкретно-содержательный материал по объяснению уникальных образцов личностных девиаций, обязанных своим происхождением биологическим или социальным артефактам. Правоту и оправданность такого междисциплинарного подхода в анализе малейших личностных уклонений можно получить в высказывании писателя В.М. Гаршина о том, что больной с бредом – тоже человек; он не лишен высоких благородных эмоций и может принести себя в жертву во имя своей святой, хотя и болезненной идеи. Психическая болезнь есть болезнь личности, при которой имеет место не только дефект, но и активное (хотя и патологическое) переключение и развитие индивидуального реагирования, создающего функционально новое в психике человека. Новые факты и представления в этом сегменте персонологии расширяют горизонты многих научных дисциплин, позволяют исследователям постигнуть радость и величие новых открытий и тайн человеческой «Вселенной».

В качестве отправной точки рассмотрения клинической картины личностных расстройств нами использована их рабочая группировка О.В. Кербикова (1971), построенная на клинико-патогенетических принципах и охватывающая сборные группы наиболее частых форм – возбудимую, тормозимую, истерическую, паранойяльную, мозаичную и малодифференцированную.

I. *Личностные расстройства возбудимого круга* имеют наиболее широкое распространение среди личностных девиаций (по Э. Крепелину, они составляют треть всех психопатий), представляющих собой сборную группу патохарактерологических феноменов. В патофизиологическом смысле она представлена утрированным вариантом сильного неуравновешенного («безудержного») типа высшей нервной деятельности, с недостаточностью внутреннего (активного) торможения и преобладанием над ним раздражительного.

Многие исследователи (К. Schneider, С.С. Мнухин и др.) указывали на существенную роль в органической недостаточности головного мозга в генезе личностных расстройств возбудимого типа (считая их вариантом «органической психопатии», а также проявлениями «импульсивной», «эпилептоидной» психопатии). По мнению Т. Bilikiewicz (1966), последствия нерезкого органического поражения головного мозга приводят к формированию *характеропатий* (отличных от психопатий).

В качестве синонимов личностных расстройств возбудимого круга используются термины «безудержные», «неуравновешенные», «эксплозивные», «экспансивные», «эмотивные» и др. В.М. Бехтерев (1886) подчеркивал повышенную раздражительность этих лиц; любой пустяк приводит

их в гневливое, неистовое состояние. R. Kraft-Ebing (1897) отмечал у них «необыкновенную раздражительность», медлительность, жестокое обращение с окружающими. I. Koch (1891) описывал у психопатических личностей данного склада склонность к реагированию по типу «разрядки аффекта», а Дюпре выделял способность реагировать «с величайшей энергией» на малейшие внешние обстоятельства, затрагивающие их интересы. В. Маньян (1903) указывал, что мозг этих лиц при малейшем душевном волнении «делается жертвой напряженности», что приводит к крайней раздражительности и жестокой вспыльчивости.

По О.В. Кербикову (1962, 1971), сборная группа возбудимых психопатов характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью, несдержанностью, повышенной готовностью к вспышкам гневливого раздражения и склонностью давать по малейшему поводу неадекватно сильную злобную реакцию. Личностные расстройства этого круга являлись объектом тщательной дифференциации со стороны многих исследователей. Э. Крепелин выделял повышенную возбудимость этих натур, сравнивая ее с бурными, безудержными эмоциональными разрядами у детей (отсюда и определение этих психопатов как «раздражительные»). Э. Кан (1928) использовал термин «эксплозивные психопатии». Таким образом, при анализе клинической картины возбудимой психопатии можно выделить три варианта – собственно возбудимый, эксплозивный, эпилептоидный.

1. Для представителей первого варианта – *собственно возбудимых психопатов* – характерен симптомокомплекс повышенной раздражительности, несдержанности, крикливости, склонности к бурным аффективным разрядам. С.С. Корсаков указывал на основную черту их «психопатической конституции» – недостаточную уравновешенность. Однако эти патохарактерологические качества могут быть результатом не столько биологической неполноценности, сколько итогом многолетних ошибок в воспитании (обстановка гипоопеки и безнадзорности, ситуация «неполного дома», негативные примеры со стороны родителей, отличающихся неуравновешенностью). Не получив соответствующих навыков самоконтроля, такие подростки весьма рано обращают на себя внимание хулиганскими поступками, безмерной драчливостью и даже безудержностью, любое противоречие вызывает у них вспышки гнева, ярости, безоглядного протеста.

Во французской систематике пограничных психических расстройств большое место занимают неустойчивые психопатии, определяемые как «неуравновешенные». Их типичной характеристикой являются антисоциальность и «моральная инвалидность».

Именно к подобным натурам применимо крылатое определение, данное Куртом Шнейдером: «Психопаты – это люди, страдающие сами от своей аномальности или же заставляющие страдать близких». Наиболее явственно необузданность эмоций проявляется в условиях домашнего окружения, когда, не встречая должного отпора, психопат диктует волю родным и близким, устраивает по пустякам невообразимые «разносы», обнаруживает мелочную придирчивость и нетерпимость к чужому мнению. В обстановке вседозволенности и всепрощения пышно расцветают махровый эгоизм и себялюбие, склонность к тирании, грубому произволу и самоуправству. Лю-

бая попытка жены развестись жестоко пресекается, еще более накаляя семейную обстановку (угрозы физической расправы, нанесение увечья, членовредительства, затрагивающие и родственников жены). Такие «тираны семьи» делают жизнь родных и близких невыносимой, и лишь очередная дикая вспышка ярости и рукоприкладства, приводящая психопатическую личность на скамью подсудимых, прерывает на время это беспросветное существование. С возвращением из заключения прежняя линия поведения сохраняется – ни слезы, ни мольбы, ни увещания не приносят облегчения, напротив, осознание своей безнаказанности в еще большей мере «распалает» психопата. В состоянии опьянения хулиганские выходки становятся особенно дерзкими и опасными, подводя личность к повторным правонарушениям и судебным преследованиям.

Возбудимая психопатия (впрочем, как и другие формы аномального личностного поведения) познается в повседневной жизни. «Психопат строит карьеру с целью ее последующего уничтожения», – пишут американские психиатры Пиро и Ньютон. Повышенная требовательность и бесцеремонность свойственны этим натурам и в общественной жизни; без видимой причины могут затеять скандал в публичных местах, бросить в лицо незнакомому человеку оскорбительные слова и т. п. По мере «нагнетания» аффекта усиливаются несдержанность, неспособность критически контролировать эмоции. Поражает быстрота перехода от состояния уравновешенности и спокойствия к неуправляемому потоку ярости и злобы; загораются «как порох» и медленно успокаиваются, испытывая после таких разрядов чувство усталости, разбитости и сонливости. Это умение легко наэлектризовать обстановку, отрицательно влиять на эмоции окружающих создают им репутацию «инфарктогенных» натур. Иногда же межличностный конфликт завершается демонстративной попыткой к самоповреждению (царапают грудь, вскрывают вены на запястье или в локтевом сгибе), физическая боль на время снимает эмоциональное напряжение, отвлекает, заставляя критически оценивать ситуацию.

Первые проявления психопатии обнаруживаются чаще всего в ранние детские годы; выглядят ершистыми, нелюдимыми, часто без видимой причины озлобляются, дико кричат, не терпят запретов, любые наказания их еще больше озлобляют, вызывают бурные реакции протеста и агрессии. В школе слывут как «трудные подростки», поражающие педагогов нарочитой жестокостью, бессердечием, «садизмом». В общении со сверстниками пытаются командовать, подчинить себе более слабых детей, не гнушаясь угрозами физической расправы, а иногда и осуществляя акты жестокого насилия. В порыве ярости и гнева совершают зачастую необузданные поступки, вплоть до криминальных. Окончательный психопатический облик складывается после минования пубертатного возраста, когда устанавливается отчетливый патологический стереотип поведения. Весь последующий жизненный путь представляет собой периодическую смену затишья и бури, слегка умеряясь в зрелые годы.

Характерна непереносимость спиртных напитков, которая в еще большей мере растормаживает жизненные страсти. Лишь при благополучной окружающей среде с годами патологические формы реагирования несколько

ко сглаживаются, приводя к состоянию неустойчивой компенсации. Очередным испытанием для таких субъектов становится инволюционный период, когда под воздействием церебрального атеросклероза обостряются «огневая раздражительность» и возбудимость.

2. *Эксплозивная психопатия* (встречается в классификации А. Homburger [1926], Е. Kahn [1928], К. Schneider [1923]) отличается наклонностью «взрывчатых разрядов», при которых снятие сильного аффекта осуществляется без какого-либо раздумья и размышления. Подобная пароксизмальность эмоционального реагирования, особая наклонность к взрывам вспыльчивости, гневливости и жестокости была подмечена более старыми клиницистами (С.С. Корсаковым, Э. Блейлером, К. Бирнбаумом и др.). Такие двигательные разряды, достигающие зачастую степени неистовства, сопровождаются криком, бранью, агрессией в отношении окружающих или себя. У некоторых лиц подобные «эксплозивные диатезы» возникают на фоне осложненного алкогольного опьянения, завершающегося сумеречным помрачением сознания. Нередко определенная степень сужения сознания появляется на высоте аффекта и без эндогенного вмешательства. С учетом таких бурных вспышек гнева и раздражительности некоторые клиницисты сближали возбудимую психопатию с эпилепсией или истерией. Отсюда выдвигалось понятие об «аффект-эпилепсии» (Bratz F., 1911), «реактивной эпилепсии» (Bonhoeffer K., 1901), а П.Б. Ганнушкин указывал на возможность появления припадков с истерическим сумеречным изменением сознания (картина «истероэпилепсии» старых авторов).

По Г.К. Ушакову (1987), психопатологические особенности возбудимых психопатов с преобладанием эксплозивного аффекта позволяют дифференцировать три клинические подгруппы: 1) с основным синдромом повышенной эксплозивно-аффективной возбудимости; 2) с психической незрелостью; 3) с гипертимическим фоном настроения. При этом эксплозивные расстройства в ходе их длительной динамики в существенной степени дополняются психоорганическими, особенно по мере психопатизации при алкоголизме (Гирич Я.П., 1974). В подобных случаях отмечена следующая этапность нарастания неврозоподобных и психопатоподобных расстройств: астеносензитивные, астеноэксплозивные, эксплозивные, эпилептоидные, субапатические, апатические и субдементные.

Характерны крайняя степень импульсивной жизни, расторможенность, чрезвычайная сила и напряженность влечений, склонность к рискованным действиям, а в некоторых случаях – к перверсиям, сексуальным эксцессам. Как следствие такой патологической недостаточности часто обнаруживается криминальный образ жизни, когда деструктивное воздействие преступного окружения усиливает психопатический облик и усугубляет жизненный прогноз. Эти лица с трудом удерживаются в обществе и слабо уживаются с законом, а наказание воспринимают как проявление несправедливости, поэтому такие меры почти не дают исправительного эффекта. Однако планомерные психокоррекционные вмешательства иногда содействуют обретению сдержанности, рассудительности, уравновешенности.

3. *Эпилептоидная психопатия* превосходно описана П.Б. Ганнушкиным (1933). Для нее характерны крайняя степень раздражительности (доходя-

щая до приступов ярости), расстройства настроения (с оттенком тоски, страха, гнева); так называемые моральные дефекты (или антисоциальные установки). Аффективная жизнь эпилептоидных натур почти всегда имеет неприятный, «окрашенный плохо скрываемой злобностью оттенок». Они нетерпеливы, крайне нетерпимы к мнению окружающих, не переносят противоречий. С учетом непомерного себялюбия и эгоизма, чрезмерной требовательности и нежелания считаться с интересами других вполне объяснима частота их столкновения с ближайшим окружением. Даже без внешнего повода они стремятся к разрядке накапливающегося раздражения. Этой линии поведения содействует присущая эпилептоидам подозрительность, обидчивость, мелочная придирчивость. В семейной жизни они постепенно становятся несносными тиранами, мелочными и эгоистичными «поработителями», требующими безоговорочного подчинения, в корне пресекающие малейшие попытки противодействия. Устраивают жуткие скандалы из-за плохой школьной оценки ребенка, порванной одежды, слабо подогретого супа (один из наших пациентов выплеснул в лицо жене тарелку горячих щей), сделанной без предварительного согласования покупки в магазине и т. п. Мелкую провинность они возводят в разряд «непозволительного ослушания», требующего немедленного и безжалостного наказания.

По мнению Ф. Минковски (1923), являющейся большим специалистом по описанию эпилептоидного характера, ему присуща «конденсированная, прилипчивая, прирастающая к окружающим предметам аффективность», долго не исчезающая и всегда запаздывающая. Эпилептоид отличается некоторой интеллектуальной замедленностью, сосредоточенностью на деталях в ущерб общим характеристикам, любит устойчивое, традиционное, консервативное (Гюберлин оценивал их как «ищущих постоянства»). «Вязкий эпилептоид» Ф. Минковской и «эксплозивный эпилептоид» Рёмера объединяются явлениями брадипсихии, слабой и навязчивой аффективности, производящей впечатление неискренности, фальшивости.

Особенностью эпилептоидного характера является склонность к эпизодически развивающимся расстройствам настроения – спонтанно возникающим или обусловленным реактивно, под влиянием неблагоприятных переживаний. Типична трехмерность такого эмоционального состояния: наличие злобности, тоски и страха. Продолжительность этих расстройств настроения недолгая (несколько часов или дней), но именно на них приходятся бурные и безрассудные вспышки необузданности и насильственных актов. Под влиянием алкоголя, который они обыкновенно переносят весьма плохо, конфликтность и драчливость усугубляются. В отдельных случаях имеет место развитие так называемого патологического опьянения.

Эпилептоиды – это люди крайностей, с чрезмерно развитыми инстинктами и примитивными влечениями. Страстные и неудержимые, они ни в чем не знают границ – ни в безумной страсти, ни в проявлениях «безоглядной любви». В качестве основной такой подгруппы импульсивных психопатов выступает чрезмерная сила влечений или слабая способность к их подавлению, они составляют рельефную когорту азартных игроков, безмотивных дромоманов или беспробудных пьяниц (дипсоманов). Они рекрутируют обществу асоциальных и антисоциальных субъектов с весьма специфически-

ми формами антиобщественного поведения – мошенников, воров, растратчиков, сексуальных извращенцев-маньяков.

В исследованиях последнего времени (Петрилович Н., 1966) подчеркивается необходимость реализации наследственной предрасположенности внешними обстоятельствами; патологические свойства возбудимых психопатов не остаются неизменными, иногда под влиянием повторных психогений возникают вторичные, факультативные черты характера. Так, нередко разрядка эмоционального напряжения достигается за счет демонстративного, утрированного выражения недовольства, ярости, «истерик», истерических депрессивных картин, наклонности к театральным позам и поступкам (в том числе демонстрации самоповреждений). В ряде случаев на почве якобы учиненной «социальной несправедливости» формируется сутяжно-паранойальное развитие, а при наличии незначительного соматического неблагополучия личность переходит на путь стойкого ипохондрического реагирования. Однако во всех указанных случаях возбудимая (особенно эпилептоидная) личность в силу бедности психологических мотивов демонстрирует узкую направленность интересов, одностороннюю эгоистическую ценностную ориентацию и скудость притязаний. При всей стеничности, целеустремленности и упорстве характера социальная ценность и ролевые функции ограничены, сопряжены с ригидным и шаблонным исполнением своих общественных обязанностей.

II. *Личностные расстройства тормозимого круга.* К ним отнесены астенические, психастенические и шизоидные личности. С патофизиологических позиций первую подгруппу следует рассматривать как патологический вариант слабого типа высшей нервной деятельности со склонностью к пассивному торможению. В основе психастенической психопатии помимо слабости нервных процессов обнаруживается патологическое преобладание второй сигнальной системы над первой и функций коры над подкоркой. Среди шизоидных личностей преобладает функционирование второй сигнальной системы над первой (при общей наклонности к пассивно-оборонительным реакциям). По своей этико-социальной и клинической значимости этот тип личностных расстройств занимает важное место в длинном ряду характерологических девиаций. В судебно-психиатрической практике он стоит на третьем месте после возбудимых и истерических психопатий: пассивно-паразитические анэтопаты (Карпмен), пассивно-зависимые и пассивно-агрессивные (Эвальд) личности, страдающие от внутреннего конфликта, обусловленного присущим им «моральным механизмам».

1. *Астеническая психопатия* охватывает круг личностей с патологическим складом характера, которые страдают от своей аномалии сами. Это люди с чувством собственной неполноценности, робкие, застенчивые, легко ранимые и уязвимые. Для них типичны повышенная впечатлительность, болезненная восприимчивость грубости и нетактичности, доходящая до «мимозоподобности», наличие черт раздражительной слабости, постоянной внутренней напряженности, тревоги, мнительности, нерешительности. Особенно плохо чувствуют себя в новой, меняющейся обстановке, для них выглядит настоящим наказанием перспектива возможного важного общественного выступления, перед которым они не спят ночами, а наутро после

мучительной бессонницы и бесплодных раздумий чувствуют себя крайне изнуренными, истощенными, «измочаленными». В специфических ситуациях, требующих ответственного испытания и эмоционального напряжения, они легко дают пассивно-оборонительную реакцию (наподобие так называемого экзаменационного ступора).

Общим качеством астенической психопатии является непереносимость сильных раздражителей с постоянным преобладанием тормозных явлений раздражительной слабости и психической незрелости. В отличие от других вариантов личностных расстройств представители данной группы склонны к глубоким, тонким, сложным душевным переживаниям, однако свои чувства проявляют вовне крайне осмотрительно и скупое, как бы стесняясь своих эмоций. Для них характерны тенденция к кумулированию и усложнению внутренней переработки чувств, медленному и постепенному их изживанию, сочетание чувства собственной непостоянности с болезненным самолюбием, высоким уровнем сенситивности и непереносимости даже незначительных стрессовых ситуаций, тревожным ожиданием каких-либо неприятностей. Наряду с этим они плохо переносят непосредственные физические и средовые раздражители, падают в обморок от вида крови, не выносят сколько-нибудь горячих диспутов и перепалок, до крайности травмируются от неприятных уличных происшествий и сцен, несчастных случаев, драк, скандалов. Толпа и шумные «тусовки» их чрезвычайно утомляют, они старательно ищут спасительной тишины и одиночества. Некоторые из них пытаются скрыть свою нерешительность и застенчивость под маской напускной развязности, однако редко выдерживают эту роль до конца. Пребывание в незнакомой среде развивает у них крайнюю робость и даже неосторожность, иногда они считают, что окружающие следят за ними, насмехаются, говорят о них в оскорбительном тоне, намекают на их «ненужность и неорганизованность». Все это усугубляет их внешнюю тормозимость, неловкость, двигательную скованность, по любому поводу густо краснеют, заикаются, а затем при подходящих условиях ускользают из компании.

Малый запас природной активности и бодрости при столкновении с жизненными препятствиями оборачивается на практике преобладанием пониженного фона настроения, усилением мыслей о своей никчемности, «неприспособленности», бесцельности дальнейшей борьбы за прежние жизненные цели (сродни чувству «духовной демобилизации»). В подобных случаях нередко возникают суицидальные мысли и даже намерения, однако их реализация откладывается из-за опасения «не довести дело до конца и остаться инвалидом на всю жизнь», а также боязни осуждения со стороны родных и сослуживцев, упреков в слабости.

Одним из объектов их постоянного беспокойства является собственное здоровье (физическое и душевное), педантично выискивают неприятные ощущения, тщательно соблюдают все предписания врача, старательно оберегают себя от излишних перегрузок. Отсюда склонность к навязчивым страхам (нозофобиям), поиску любых доказательств правоты своих опасений, использованию «защитных режимов» и скрупулезного поддержания «здорового образа жизни». Пациенты жалуются на болезненные ощущения в разных частях тела, функциональные нарушения со стороны сердца или

желудочно-кишечного тракта (сердцебиения, колющие боли за грудиной, плохой аппетит, поносы, сменяющиеся запорами), чувство тяжести в голове, позывы на мочеиспускание, половую слабость, создающие в своей совокупности картину «невроза органов».

П.Б. Ганнушкин описал личностный тип «конституциональных ипохондриков», с детских лет озабоченных состоянием своего здоровья и на этой основе создающих личностную «концепцию» преодоления якобы имеющегося соматического недуга («ипохондрия здоровья»). Такого рода «трудные больные» составляют предмет внимания многочисленных специалистов, что может послужить источником усугубляющейся ятрогении.

Астенические натуры обнаруживают невыносимость длительного физического и умственного напряжения. Отмечается своеобразная противоречивость между удачным началом выбранной работы и очень малым, незначительным итогом предпринятых усилий. Это является результатом быстрого падения работоспособности, частых перерывов в работе, поиска малейших возможностей отдыха, все это порождает в конечном счете чувство скуки, убежденность в никчемности проделанного труда. Нерегулярность, скачкообразность предпринятых усилий создают у окружающих впечатление о некоторой «лености» и безынициативности таких натур. Стимул со стороны близких людей имеет в жизни астенических личностей огромное значение, направляя и активизируя их деятельность.

Среди особенностей мыслительной деятельности обращает на себя внимание существенный разрыв между способностью к отвлеченной умственной работе и очевидной беспомощностью в решении конкретных задач практической жизни. Отмечаются аморфность мышления, отсутствие конкретной проработки планируемых заданий, увлеченность абстрактными конструкциями. Поэтому в обыденной жизни такие субъекты поражают своим наивным суждением о простых вещах и проблемах, своеобразной нескритичностью в оценке происходящего. Недаром Е. Блейлер указывал, что иногда подобные лица с формально высоким интеллектом ведут себя в обиходе как «тяжелые имбецилы».

Преобладание астенических нарушений в клинической картине тормозимых психопатий, по Э. Кану (1928), вызвано ослаблением интенсивности влечений, слабостью «Я». Они пытаются обезопасить себя от травмирующего влияния непосредственного окружения амбитендентной установкой самоутверждения и достижения признания. Г. Биндер (1967) подчеркивает у них резкое ослабление побуждений с явно выраженной пассивностью, недостаточной энергией, вялостью. Н. Петрилович (1960) отмечает сходство астенических и «неуверенных в себе» психопатов в виде пониженного «порога возбудимости» в отношении психосоматических впечатлений, приводящих этих людей к «астенической установке в жизни».

В качестве компенсаторных образований у астенических личностей формируются новые характерологические качества в виде чрезмерной осторожности, сдержанности, тяготения к отработанным, проверенным образцам поведения. Среди других защитных механизмов можно обнаружить утрированную добросовестность, сознательное ограничение во многих духовных и материальных благах, сужение сферы интересов и привязанно-

стей. Однако, несмотря на столь развитую способность к самоограничению, у них бывают, по меткому замечанию А.Ф. Лазурского, «свои небольшие страстишки, скрашивающие их неприглядную, однообразную жизнь» (модель поведения по типу «синдрома Акакия Акакиевича Башмачкина»). Непритязательность и умение пользоваться «малым» делают этих людей часто довольно симпатичными, хотя вместе с тем и жалкими.

2. *Психастенические личности.* Ведущим признаком данной формы личностных расстройств является сочетание характерологических качеств астенического (тормозимого) спектра с чертами выраженной нерешительности, мнительности («тревожно-мнительный характер», по С.А. Суханову [1907]), со склонностью к повышенной рефлексии (анализу и самоанализу), образованию навязчивостей. Поведение таких натур отличается заметным преобладанием механизмов ригидности над пластичностью, флексибильностью, а интроверсии над экстраверсией, что создает отчетливое представление об отрыве от реального мира.

На врачебном приеме приходится слышать жалобы на мучительную застенчивость, неуверенность, нерешительность, панический страх публичных выступлений, неумение держаться в малознакомом и шумном коллективе. Им присущи пониженное чувство реальности, беспочвенные сомнения, переходящие в бесплодное мудрствование («умственную жвачку»), их нерешительность может достигать карикатурных размеров, когда каждая попытка выбора надолго затягивается и делается почти невозможной.

Заметное место в картине психастенической психопатии занимают навязчивые явления в виде фобий и obsessions (навязчивых состояний), чаще связанные с представлениями о своей неполноценности и возможных унижениях. По П.Б. Ганнушкину (1933), «непосредственное чувство малодоступно психастенику, и беззаботное веселье редко является его уделом». Навязчивые идеи часто представлены болезненными размышлениями, неуверенностью, стремлением проверять себя во всех мелочах повседневной жизни, самокопанием («самоедством»). Любое незнакомое, новое дело, всякая инициатива являющаяся источником «миллионов терзаний», сомнений, колебаний, завершающихся попыткой «ухода от действительности». Бросается в глаза их склонность к самоанализу и размышлениям отвлеченного характера. «Любить, мечтать, чувствовать, учиться и понимать — я могу все, лишь бы меня освободили от необходимости действовать», — говорил один психастеник. Будучи вообще довольно деликатными и чуткими, они тем не менее причиняют окружающим массу неприятностей бесконечными опасениями, запретами, неумением обходиться без посторонней помощи, докучливыми расспросами и обращениями за советами. Благоприятные жизненные ситуации, связанные с моральным поощрением пациента, оказывают благотворное стимулирующее действие. Подобные субъекты легче сходятся с людьми, щадящими их человеческое достоинство и умело руководящими ими, при этом они охотно предпочитают быть на ролях «второй скрипки». Даже в условиях семьи их легко устраивает подчинение более решительной и волевой супруге. С годами иногда происходит видоизменение характерологического облика. На смену природной доброте, мягкости, ранимости и чувствительности приходят нарастающая сухость, формализм, торпидность

в мышлении и поведении, упрямство и поразительная «упертость», выраженный эгоизм и эгоцентризм.

Эмоциональная окраска мировосприятия сопровождается бедной «палитрой» чувств, своеобразным мирозерцанием, часто противоречащем нравственным устоям их жизни. По П.Б. Ганнушкину, им присущ «мир представлений о будущем еще в большей степени, чем мир непосредственных переживаний и воспоминаний». Они отступают не только перед действительной опасностью, но и существующей в их воображении. Всякое ожидание для них становится невыносимо мучительным, поэтому, несмотря на обычную нерешительность, они бывают зачастую настойчивыми и нетерпеливыми. Но даже в этих условиях проявляются стержневые качества их характера; это не люди дела, а мечтатели и фантазеры.

Навязчивые страхи (фобии) политематичны, однако сводятся к опасениям за свое здоровье (нозофобия): за работу сердца (кардиофобия), страху сойти с ума (алиенофобия), заболеть раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), к боязни открытых пространств (агорафобия), закрытых помещений (клаустрофобия) и др. Термин «агорафобия» в последние годы употребляется в более широком смысле (боязнь толпы или невозможности сразу вернуться в безопасное место, домой). Несмотря на то что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения могут быть различными, это личностное расстройство является наиболее дезадаптирующим из всех фобий (доходя до состояния «постельного невроза»). Наряду с подобными навязчивостями для клинической персонологии последнего времени характерны социальные фобии, чаще начинающиеся в подростковом периоде, сконцентрированные на страхе испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малой группе людей (в противоположность толпе), причем они могут быть изолированными (страх публичных выступлений, встреч с противоположным полом, еды на людях) или диффузными, включая почти все социальные ситуации вне семейного окружения. Обычно они сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики (прогрессирующей до панических атак). Крайняя выраженность избегающего поведения может достичь степени полной социальной изоляции.

Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства могут стать основой формирования *реакции на стресс и нарушения адаптации* (риск их растет при физическом истощении и наличии органических факторов, но основную роль играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость). Клиническими проявлениями этих состояний могут быть совокупность депрессивного настроения, тревоги, беспокойства; неспособность справляться, планировать или оставаться в настоящей ситуации; снижение продуктивности в повседневных делах; диалектическая взаимосвязь между стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом. Иногда (особенно в подростковом возрасте) преобладающим расстройством становится нарушение поведения по типу реакции горя, приводя к агрессивному или диссоциальному реагированию.

Повышенная самооценка некоторых психастенических натур используется ими зачастую для акцентирования своих альтруистических побуждений («прощаю все другим, но не прощаю себе»). По Э. Кречмеру, *сенситив-*

ные психастеники – это обостренно чувствующие натуры, которые «особенно тихо и продолжительно перерабатывают жизненные впечатления в себе для того, чтобы они не становились заметными для окружающих». Преобладание компульсивных (от *compulsium* – принуждение) расстройств определяет тенденцию к многократному повторению определенных форм поведения. Эти натуры обостренно сознательны, исполнительны, с высоко-стилизированными и ритуальными манерами поведения. *Компульсивную* личность отличают высокая обсессивная захваченность, стремление к определенному («контрастному») действию, педантизм, болезненно обостренное желание быть ответственным, исполнительным, обязательным.

3. *Шизоидные психопатии* характеризуются богатым сочетанием личностных качеств, наиболее значимыми из числа которых являются аутистическая оторванность от внешнего, реального мира, отсутствие внутреннего «единства и последовательности во всей сумме психики», причудливая парадоксальность эмоциональной жизни и поведения (Ганнушкин П.Б., 1933). Отгороженность этих людей от непосредственного социального окружения создает им репутацию «патологически замкнутых»; направленность на свой внутренний мир оттеняет своеобразную интравертированность их жизни, создавая впечатление «странности и чужаковатости», непонятности, непредсказуемости их поступков. Эрнст Кречмер (1924), который ввел в психиатрический обиход термин «шизоид», дал великолепное описание портрета данного характерологического типа: «Многие шизоидные люди подобны лишенным украшений римским домам, виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца, однако в сумерках их внутренних покоев справляются пиры». Тенденция к самоизоляции приводит к явному отрыву от реальности, сочетаясь с постепенным, но неизменным погружением в мир грез, необоснованных аутистических мечтаний и внутренних переживаний. Несогласие с очевидными фактами не смущает шизоида, он без всякого смущения называет черное белым, если этого требуют его схемы. Для него типична фраза Гегеля, будто бы сказанная им в ответ на указание о несоответствии некоторых его теорий и концепций с действительностью: «Тем хуже для действительности».

Общей чертой моторики шизоидных натур является отсутствие естественности, эластичности, гармоничности, а сами движения и жесты производят впечатление своеобразия. Ходят, не сгибая колен, или же передвигаются, как бы подпрыгивая, волочат ноги при ходьбе и т. п. У некоторых лиц заметны неожиданные, но постоянные гримасы, стереотипные движения, доходящие до настоящих тиков. В речи обращает на себя внимание несоответствие между интонацией и сопровождающей ее мимикой и жестами. В разговоре у одних преобладают витиеватость, напыщенность, изысканность и патетичность монолога, у других – невыразительность, монотонность, стереотипность, отсутствие модуляций. Налицо отсутствие «аффективного резонанса» к чужим переживаниям, малейшей эмпатии и сострадания. У «мимозоподобных» гиперэстетиков чувствительность соединена с известной отчужденностью от людей, а в эмоциональной отчужденности холодных анестетиков почти всегда просматривается некоторый налет ранимости и раздражительности.

Выраженность замкнутости шизоидов определяется степенью осознания своей «неполноценности» как следствие присущей им тормозимости, зависящей от низкого предела работоспособности корковых клеток и слабости раздражительного процесса (А.Ф. Гоцирадзе). Необщительность, склонность к уединению носят парадоксальный характер. Нежные чувства, искание «вечной дружбы» граничат с причудливой обидчивостью, гневливостью, подозрительностью. Дремучий эгоизм может достигать степени «моральной тупости», когда к окружающим предъявляются необоснованные требования (безотносительно к возможности их исполнения).

Многие клиницисты отмечают у шизоидов парадоксальное течение мыслительных процессов; это поразительная власть формул и схем над всей умственной деятельностью (отсюда склонность к неизменным конструкциям, основанным на «игре» слов и отвлеченных понятий); склонность к символике, «кривой логике» высказываний. П.Б. Ганнушкин называет их резонерами «в худшем смысле этого слова»; благодаря отсутствию логического чутья и понимания несоответствия вопиющих противоречий, элементарных логических ошибок они не встречают отзвуков и резонанса у своих собеседников. Отмечаются непоследовательность и недостаточность связи между отдельными импульсами (отсюда проистекают эксцентричность, чуждаемость, нелепость отдельных выходок). «Артистическая» сдержанность, чопорность и сухость нередко служат поводом к отстраненности, дистанцированию от случайных контактов (как психологически оправданная попытка избегать ненужные переживания).

Компенсаторное значение приобретает мечтательность шизоидов, что позволило П.Б. Ганнушкину (1933) выделить подгруппу *мечтателей*. Это тонко чувствующие, легко ранимые субъекты, со слабой волей, плохо переносящие грубое прикосновение жизни, что подводит их к погружению в свои неисполнимые мечты. Вялые, ленивые, бездеятельные натуры, они с отвращением выполняют унылые служебные обязанности, чтобы затем с упоением заниматься фантазированием и грезами, главное содержание которых – исполнение потаенных желаний (о богатстве, почестях, славе, подвигах, любовных наслаждениях и пр.).

Истерические характеры. В основе истерического патохарактерологического облика обнаруживают устойчивое преобладание подкорковой деятельности над корой, первой сигнальной системы над второй. И.П. Павлов (1955) находил при истерии «типичный случай войны эмоций и жизненных впечатлений». Этот феномен приобретает очевидность и устойчивость за счет того, что «аффекты становятся необычайно сильными, чрезмерно динамичными и оказывают болезненно повышенное внимание на двигательную, чувствительную и сенсорную сферы». Э. Крепелин (1913) определял истерию как утрированную форму выражения эмоций; для истерика, говоря словами Фауста, «лишь чувства – все, название – звук и дым». В вопросе о патогенезе истерической болезни удается выделить две полярные точки зрения; взгляд на конституциональную обусловленность патологии (Kretschmer E., 1923, 1946; Lyingberg L., 1957; Slater E., 1965; Mitsuda H., 1967) и на решающее значение социальных факторов (Delgado H., 1952; Tolle R., 1969; Guze S., 1975). По Э. Крепелю, истерия есть следствие

борьбы автоматических механизмов с осознаваемыми, кортикальными. В картине истерического личностного реагирования проявляется тенденция «воли к болезни» (К. Бонгёффер), «дефект в сознании здоровья».

Есть две парадигмы в учении об истерической личности; французы видят в ее облике яркие, демонстративные признаки с акцентом на роли воображения («истерия – не воображаемая болезнь, а болезнь воображения») и детскости реагирования (истерики – это «дети на всю жизнь»). В немецкой литературе преобладает описание сдержанных картин реагирования, без бурных проявлений, но с наличием массы функциональных неврологических симптомов. В отечественной психиатрии имеется точка зрения, как бы примиряющая обе позиции: «истерические механизмы всегда реализуются личностью с ее системой взглядов, мотивов и целей» (В.Н. Мясищев). По мнению Е.К. Сenna (1940), «общественные отношения являются последней инстанцией, формирующей истерию».

Типологическое изучение истерической психопатии к моменту ее окончательного формирования позволяет выделить (Семке В.Я., 1980, 1988) два ряда симптомов, один из них характеризует данную форму психопатии и составляет облигатный симптомокомплекс, второй представлен личностными радикалами, являющимися для нее дополнительным, необязательным (факультативный симптомокомплекс). Применение нами статистического анализа, ориентируясь на данные О.В. Кербикова и В.Я. Гиндикина (1962) в отношении других групп психопатий, позволяет отнести к облигатному истерическому симптомокомплексу сочетание следующих личностных качеств: живость воображения со склонностью к визуализации представлений, избыточному фантазированию и псевдологии; чрезмерная впечатлительность и эмоциональная раздражительность; выраженные вегетативные и вазомоторные реакции; неумное стремление быть в центре внимания окружающих; эгоизм и эгоцентризм; повышенная внушаемость и самовнушаемость; склонность к колебаниям настроения; «художественный тип мышления»; преобладание низших чувств над высшими; определенная беспомощность воли¹¹. Остальные полиморфные психопатические черты относятся к числу факультативных: возбудимость, конфликтность (чаще в кругу семьи, реже – на производстве), позерство, паранойяльная настроенность. Остановимся на данных *семиологического* анализа отдельных наиболее ярких патохарактерологических качеств, составляющих своеобразие истерической личности.

Живое воображение с наклонностью к визуализации представлений, когда «некоторые мысленные образы настолько яркие, что превращаются в ощущения» (П.Б. Ганнушкин), составляет важное свойство истерической личности. При неспособности «держат в узде свое воображение обнару-

¹¹ Следует признать, что каждый отдельный симптом еще не представляет собой специфический истерический признак, а имеет значение лишь в определенной совокупности с другими. Об этом писал П.Б. Ганнушкин (1933), ссылаясь на формулу Хёберлина: «Люди отличаются друг от друга не отдельными чертами характера – они налицо у каждого, а способом их сочетания». Главными особенностями психики истеричных, по Ганнушкину, являются стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих, искаженное отношение к себе и другим, отсутствие реальной правды. К. Ясперс объединяет эти признаки в емкое определение – «стремление казаться больше, чем это на самом деле есть». К. Шнейдер вводит понятие «требующие признания».

живаются разные варианты почти насильственно возникающей тяги к фантазированию и псевдологии» (описанные выше типы Мюнхгаузена, Манилова, Хлестакова). Наклонность к фантазированию в определенной степени является компенсаторной чертой, позволяющей индивиду поддерживать слабые надежды, уйти от унылого существования, серой будничной жизни, дефицита ярких впечатлений, удовлетворить жажду величественного и прекрасного. Закрепление этой тенденции «жить в мечтах» отражает все нарастающую слабость воли, ее «бесплановость».

Патологическая аффективность, ее лабильность составляет центральный симптом истерии. Она определяется стремлением немедленно снять эмоциональное напряжение (отсюда развитая эмотивность, экспрессия чувств, необдуманность реагирования). Дисгармоническое развитие аффекта дает пышную гамму эмоциональных проявлений в виде слезливости, капризности, обидчивости, мелочной ворчливости, требовательности, претенциозности. Они носят на себе отпечаток искусственности, наигранности (восторженная влюбленность или отвращение, безутешное отчаяние).

Внушаемость и самовнушаемость, склонность к подражанию носят односторонний и избирательный характер (по отношению к тому, что соответствует их потребности во внимании), сопровождаясь подкупающей детскостью, устойчивостью, непосредственностью реагирования. Объективный критерий постепенно утрачивается, реальный мир приобретает причудливые, искаженные очертания. Способность истерической личности к подражательному акту довольно быстро превращается в ритуал, который формирует истерические «маски» болезни.

Эгоизм и эгоцентризм представляют личностные качества, сформированные за счет неблагоприятных микросоциальных воздействий, в первую очередь дефектов воспитания. Затруднения в интерперсональных отношениях начинаются в детские годы («домашние психопаты»), затем переходят на школьный период, достигая апогея к моменту выхода в самостоятельную жизнь. «Кумиры семьи» не выказывают эмоциональной привязанности («любят себя в других»), проявляя в супружеской жизни капризность, требовательность, склонность к упрекам в черствости и невнимательности. При склонности эгоистически разрешать жизненные проблемы социальное побуждение «я хочу», сталкиваясь со сниженными конституциональными возможностями, оборачивается на практике псевдокомпенсаторными образованиями по типу «казаться больше, чем есть на самом деле» (К. Ясперс).

Художественный тип мышления проявляется значительной образностью, конкретностью, незрелостью суждений, их субъективизмом и «эмансипацией от фактов» (П.Б. Ганнушкин). Формальное в умозаключениях истерической личности превалирует над внутренним содержанием (по Н. Петриловичу [1960]: «для нее меньше значит, что она говорит, чем как она говорит»). Наблюдается непостоянство оценок объективной действительности, противоречивость высказываний и поступков. Гордый и высокомерный, он подчас «готов на всевозможные унижения»; неустойчивый и упрямый – в иных условиях подчиняется чему угодно; бессильный и слабый – проявляет энергию при достижении эгоистических целей.

«Бесплановость воли» (термин Э. Крепелина) определяет противоречивую линию поведения истерической личности. По клиническим особенностям взаимодействия с окружающей средой нами выделено два варианта типологического склада – экспрессивный и импрессивный.

Экспрессивное истерическое расстройство личности проявляется бурно демонстрируемой инициативностью, предприимчивостью, способностью извлекать максимальную пользу из своей претенциозности, обольстительности, манипулятивного поведения. Во внешнем облике характерны театральность, ходульность, напыщенность, утрированное выражение чувств («любви или отвращения»), стремление к произнесению «зажигательных речей» и страстных призывов, тяга к позерству, самопоказу и самовосхвалению. Они способны совершать акты подлинного самопожертвования, если убеждены, что ими гордятся, любят, «восторгаются» или стремятся к подражанию. Каждый поступок, каждое движение рассчитано на внешний эффект (в том числе и стремления к самоповреждению, вызывание картин «загадочных» болезней и симптомов). Ухудшение социального статуса и напряженные межличностные отношения чреваты декомпенсацией по механизму «психопатического цикла»; готовностью к аффективным и двигательным разрядам («бурным истерикам»), депрессивным переживаниям с демонстрацией суицидальных намерений.

Импрессивное истерическое расстройство по параметру своей поведенческой реактивности является антиподом предыдущего типа личности. Как правило, это люди с внешне преподносимой робостью, ранимостью, демонстрацией подавленности, угнетенности и безнадежности своего состояния. Для импрессивного реагирования свойственны избыточная впечатлительность, мечтательность, легкая подверженность к переоценке жизненных трудностей. В отличие от предыдущего варианта импрессивная форма реагирования развивается при действии подострых и хронических психогений, имеет медленное начало и постепенную обратную динамику с тенденцией к волнообразному ухудшению.

Становление истерического синдрома следует оценивать в единстве эмоциональных и интеллектуальных процессов; эмоции определяют его появление (психогенез) и длительность протекания («фиксация отдельных симптомов за счет кумуляции аффектогенных мотивов»), а уровень мыслительной деятельности – его формообразование. Интеллектуальная недостаточность истерика (на фоне психофизического инфантилизма) проявляется в детскости, непосредственности суждений и решений («патологический апрагматизм» – по Н. Петриловичу), склонности к мистицизму, иррационализму, тяге к суевериям, спиритизму, верованию в экстрасенсорные «чудесные исцеления» и существование нетрадиционной биоэнергии, домовых, барабашек («магическое мышление»). Особенности данного подтипа аутистического мышления (Блейлер Е., 1927) являются массовый характер распространения в эпоху социально-экономических катаклизмов, снижение материального и духовного уровней жизни населения.

Оценка типологической структуры истерической личности возможна на основе ряда осевых патогенетических и клинко-динамических параметров состояния. В шкале истерических характерологических качеств

(с точки зрения мультифакториальной модели исследования) представлена фенотипическая вариабельность клинических проявлений – от малодифференцированных к стойким конституциональным формам патологии. Чем больше генетический вклад, тем ярче патохарактерологические отклонения индивида. При этом факторы социальной среды играют роль механизма, непосредственно вызывающего истерическое реагирование, в то время как форма этого реагирования определяется генотипом.

При *чисто истерическом* типе истерической психопатии (расположенном на верхнем полюсе шкалы истерических расстройств) решающую роль играют конституционально-генетические моменты (наследственная предротованность – своего рода «истерический ген»), психофизический инфантилизм, тесная связь с возрастными кризисами. При сочетанном типе истерической патохарактерологии (в средней, промежуточной части шкалы) имеет место значительная выраженность факультативного симптомокомплекса, иногда перекрывающего на отдельных этапах динамики собственно истерические радикалы и делающего клиническую картину ухудшения состояния «двойственной», коморбидной. При «мозаичном» типе (нижний полюс истерического спектра шкалы) примерно в одинаковой пропорции наблюдается каждый из трех видов патогенного воздействия. В целом на современном этапе наших знаний речь идет о необходимости выявления структуры и определения функций изучаемого объекта, о конструировании концепции их взаимозависимости (Freyberger H., 1996).

Паранойяльная личностная патология может рассматриваться как связующее звено между личностными расстройствами в области пограничной, «малой» психиатрии и деформациями личности при развернутых психозах. В пользу такого вывода говорят выраженность и стойкость девиаций характера, высокая социальная дезадаптированность индивида, сниженная критическая оценка своего субъективного статуса, слабая податливость корригирующим средовым и медико-психологическим воздействиям, склонность к негативной личностной динамике, приводящей к развернутым и стойким патологическим развитиям. Во всяком случае этот раздел клинической психопатологии соприкасается с одним из важнейших вопросов современной психопатологии – проблемой паранойи¹².

Ее нозологическая принадлежность рассматривается в трех направлениях: в рамках концепции самостоятельности (Краепелин Е., 1912; Magaro P., 1981; Kendler K., 1984); в пределах отнесения ее к шизофрении (Шмаонова Л.М., 1968; Bleuler E., 1911; Astrup C., 1969); в рамках патологических развитий, т. е. динамики паранойяльной психопатии (Kretschmer E., 1930; Kobajashi 1960; Binder H., 1967).

В основе *паранойяльной* (греч. *paranoia* – безумие) психопатии лежат патофизиологические механизмы чрезмерной инертности основных нервных процессов и готовность к образованию очагов застойного возбуждения («патодинамических структур»), прежде всего во второй сигнальной системе. Одной из характерных особенностей данной группы личностных

¹² Данный аспект проблемы с различных позиций достаточно полно отражен в монографиях: Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987; Терентьев Е.И. Бред ревности. М., 1991; Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. М., 1999.

расстройств является склонность к сверхценным образованиям. П.Б. Ганнушкин (1914, 1933) различал параноическое симптомообразование у психопатических личностей (параноическое развитие) и в рамках процессуальной (эндогенной) патологии. В МКБ-10 параноидное расстройство личности (F60.0) рассматривается в кластере специфических личностных отклонений, представляющих собой тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума с выраженной социальной дезинтеграцией.

П.Б. Ганнушкин (1933) выделяет группу «параноиков» в силу историко-клинических соображений. Эта личностная патология часто оказывается той преморбидной почвой, на которой развивается паранойя – «заболевание, далекое от границ нормальной жизни». Характерным свойством этих натур следует признать облегченную способность к формированию так называемых сверхценных идей. По В.Я. Гиндикину и В.А. Гурьевой (1999), этот синдром относится к нозологически нейтральным расстройствам личностного регистра, имеет возрастную окраску, часто сопряжен с общественно опасными действиями. Для сверхценных идей (термин введен в 1892 году С. Wernicke) свойственна аффективная насыщенность выражаемых суждений, занимающих большое место в сознании и в силу своей стойкости, фиксированности медленно поддающихся разубеждению. Отправной точкой их формирования служит та или иная идея, глубоко затрагивающая личность, в силу развития по механизму «снежного кома» достигающая апогея, когда с трудом подвергается коррекции (занимают промежуточное положение между навязчивыми и бредовыми идеями).

Исходной позицией к появлению сверхценной идеи служит объективно малозначимый факт, который в силу отчетливой дисгармоничности психики субъекта превращается в крайне важную и значимую моноидею, за которую ведется упорная (иногда изматывающая) борьба. Тесная зависимость от исходного аффективного напряжения, внешняя «понятность» и объяснимость, связь с реактивными моментами, отсутствие дополнительных психопатологических признаков делают данные феномены затруднительными для дифференциации от нормальных психологических явлений.

Существование сверхценных идей в человеческой психике опирается на конституциональное предрасположение и психотравмирующее микросоциальное воздействие. Психологическая логичность и связанность внешних реальных событий черпает свою силу в своеобразии личности, имеющей способность к гиперболизации происходящего в ее жизни.

В качестве аргумента приведем пространную, но очень интересную точку зрения на данную тему, высказанную Н.В. Гоголем¹³. «Много свершалось в мире заблуждений, которых бы, казалось, теперь не сделал и ребенок. Какие искривленные, глухие, узкие, непроходимые, заносящие далеко в сторону дороги избирало человечество, стремясь достичь вечной истины, тогда как перед ним весь был открыт прямой путь, подобно пути, ведущему к великолепной храмине, назначенной царю в чертоги! Всех других путей роскошнее он, озаренный солнцем и освещенный всю ночь огнями, но мимо него

¹³ Гоголь Н. Повести. Пьесы. Мёртвые души. М. – 1975. – С. 481.

в глухой темноте текли люди. И сколько раз уже, наведенные нисходящим с неба смыслом, они и тут умели среди бела дня попасть вновь в непроходимые захолустья, умели напустить вновь слепой туман друг другу в очи и, влачась вслед за болотными огнями, умели-таки добраться до пропасти, чтобы потом с ужасом спросить друг друга: где выход, где дорога?» Обратим внимание на глобальный, общечеловеческий характер «заблуждений», легко вступающих в подходящих условиях «слепого тумана» на извилистый путь оценки происходящего, когда в силу «кривой логики» суждений мышление и восприятие происходящего приобретают явно болезненный характер.

Часто сверхценные идеи формируются у паранойяльных личностей (на почве так называемой гипопаранойяльной конституции К. Клейста), однако иногда возникают на гетерогенной основе (у истерических, психастенических, возбудимых, эпилептоидных психопатов), в ходе неблагоприятной динамики. Их клиническое содержание многообразно: речь идет об идеях социальной несправедливости и общественного реформаторства (сутяги, кверулянты), переживании соматического неблагополучия (конституциональные ипохондрики), увлеченности техническими проблемами или рецептами борьбы с человеческими недугами (патологические изобретатели и реформаторы), подозрениях о неверности супруга (патологические ревнивцы), религиозном фанатизме и многом другом. Склонность к сверхценным образованиям часто проходит через всю жизнь, чему способствует личностный склад (ригидность, застреванность, узость интересов, стеничность, переоценка своих возможностей и сил). Особая подверженность к становлению сверхценных комплексов отмечена в подростковом периоде (сверхценное фантазирование, привязанности и увлечения, стремление к самоутверждению, переживание физической ущербности, идеи «чужих родителей» и др.) и в инволюционном (по типу «инволюционной паранойи») возрастах. Э. Крепелин (1912, 1915), определивший вначале паранойю как самостоятельную нозологическую единицу, в последующем сузил ее рамки, выделив психогенное кверулянтское бредообразование.

Некоторые клиницисты склонны к выделению «паранойи борьбы» (по типу фанатичной активности в защите мнимо попираемых прав), «паранойи желаний» (для обозначения эротоманической охваченности, убежденности в скором помиловании), «паранойи совести» (с идеями виновности, самообвинения у депрессивных больных), «экспансивной паранойи» (в остром периоде которой преобладают мегаломанические идеи величия, изобретательства, религиозного содержания).

Основными чертами людей с паранойяльной психопатией, по П.Б. Ганнушкину, являются: большой эгоизм, постоянное самодовольство, чрезмерное сомнение, узость и односторонность интересов. Свои отношения с другими членами коллектива они строят с учетом их согласия (или несогласия) со своими предложениями и планами. Кто не согласен с параноиком, кто думает не так, как он, тот в лучшем случае просто глупец, в худшем — заклятый враг. Любая сфера деятельности (наука, искусство, политика) имеет для него смысл лишь в контексте его непосредственного участия в том или ином проекте. Даже мелкий вопрос при условии его конкретной заинтересованности может приобрести в его глазах «глобальный характер».

Они крайне упорны в отстаивании выбранной позиции, оказываются решительными, «идейными борцами» за дело, которое их интересует. Недостаток в критической способности носит односторонний оттенок. Об этом писал психиатр В.Ф. Чиж: «Обо всем, что не относится до его личности, параноик может судить правильно, но не может иметь правильных суждений о собственной личности в ее отношении к другим людям; все то, что не имеет непосредственного отношения к его личности, им усваивается и обсуждается правильно; все то, что затрагивает его отношение к людям, понимается не только ложно, но и в определенном смысле». В целом же их мышление незрелое, неглубокое, «по целому ряду особенностей приближается к детскому». Оно не только субъективно, но и чрезмерно окрашено в соответствующие аффективные тона (вызывает восторг и одобрение только тем, что нравится их натуре). Другую особенность мышления составляет склонность к резонерству; речь идет о своеобразной мыслительной конструкции, в основе которой лежит односторонняя идея, доведенная до гротеска (не сочетающаяся с указаниями на ее несообразность). Она содержит в своих истоках конкретную ошибку суждения, не понимаемую самим субъектом в силу ослепленности аффектом или же слабости критического отношения.

Крайний эгоцентризм и переоценка своих возможностей приводят паранойальную личность к жестокому и неизбежному столкновению с окружающими, не оставляя шансов на компромисс или примирение. Это накаляет социальную обстановку; неуживчивые и агрессивные, такие натуры даже получают удовлетворенность от атмосферой борьбы, дразг, затяжных конфликтов (чувствуя себя в ней «как рыба в воде»). На этой основе создается ситуация «преследуемого – преследователя». Обороняясь, они сами переходят в нападение, в ответ на воображаемые обиды причиняют своим «обидчикам» тяжкие оскорбления, готовы идти «по трупам». На протяжении жизни они зарабатывают целый сонм врагов – настоящих и мнимых, в борьбе с которыми получают моральное удовлетворение. Страсть отмщения нередко составляет весь смысл их жизненных устремлений; «параноик считает необходимым долгом своей совести мстить; он злопамятен, не прощает, не забывает ни одной мелочи» (П.Б. Ганнушкин).

Сутяги и кверулянты составляют основной костяк борцов за мнимую социальную несправедливость. Встав на этот путь, они ни на шаг не отступают от попыток наказать своих обидчиков. Отсюда проистекают бесконечные жалобы к «власть имущим», обличительные петиции и обращения «вмешаться и наказать» своих обидчиков (вариант упорного кверулянтства, в которое вовлекаются, как круги по воде, все лица из ближайшего окружения). Другой разновидностью их поведения является их обращение в судебные инстанции (отсюда и понятие «сутяги»).

Мотивом может служить даже кухонный конфликт (например, поставленный соседями по коммуналке кухонный шкаф в коридоре, причиняющий психопату «крайние неудобства»), невольный причиненный ущерб (материальный, реже – моральный), пропажа мелких вещей. Благодаря своему упорству, стеничности, волевой мобилизации они могут добиться победы даже в, казалось бы, безнадежном деле, что, естественно, их окрыляет и по-

двигает на новые поиски «несправедливости», «ущемления прав». Особого ожесточения сутяжничество достигает при столкновении интересов двух одинаковых по своей личностной типологии субъектов (ход такой изматывающей борьбы очень живописно отразил Н.В. Гоголь в «Повести о том, как поссорился Иван Иванович с Иваном Никифоровичем»). Даже потерпев частичное поражение на конкретном этапе своей «борьбы», психопат не отчаивается, проявляет поразительную находчивость, с новой силой вербует себе сторонников, убеждает их в правоте предпринятых действий, бескорыстности и справедливости своих установок. В определенной мере из своих неудач он черпает новые стимулы и уверенность в достижении правоты. Иногда такого рода сверхценное устремление начинает приобретать совершенно некорректируемый характер, а идеи достигают бредоподобного уровня (без критического отношения к ним).

Проведенное нами многолетнее клинико-катамнестическое обследование лиц данной подгруппы паранойяльной психопатии показало, что сутяжные проявления в зрелом возрасте несколько умерялись. Это благоприятствовало хорошей адаптации к среде (выполняли работу по основной специальности, а выраженная стеничность помогала завершить микросоциальные конфликты в свою пользу), чему способствовало положительное воздействие со стороны других членов семьи, смягчавших их непомерные притязания. В инволюционном периоде личность как бы «сенситизировалась» к паранойяльному реагированию, усиливались кверулянтские тенденции, «правдоискательство» и конфликтность, приводившие к длительным и изнуряющим тяжбам (паранойяльные реакции и развития). Привнесенный старческим возрастом налет ущербности еще более обострял сутяжнические и кверулянтские тенденции психопатов. Болезненные проявления становились крайне монотонными, однообразными, преобладала повышенная забота о собственном благополучии, не покидало чувство тревожности, неуверенности, беспокойства, появлялись сутяжные притязания по типу рентных установок (в рамках ипохондрического развития личности).

Патологические изобретатели и реформаторы отличаются большей альтруистической направленностью своего сверхценного увлечения. Речь идет об упорном воплощении в жизнь какого-то технически не решаемого проекта (изготовление «вечного двигателя», создание «эликсира молодости») или же о приготовлении «чудодейственного лекарства» (как правило, пригодного от множества различных по своей этиологии страданий; чаще всего от трудно излечимых болезней в виде рака, шизофрении, тяжелых физических уродств). Для осуществления такого рода замыслов у паранойяльной личности не хватает должного образования и навыков, однако такие личностные предпосылки, как неистребимая жажда принести «пользу человечеству», старательность, настойчивость в претворении своих намерений в жизнь, позволяют достичь успехов на выбранном «поприще». Получив косвенное одобрение у специалистов и «светил», они еще больше воодушевляются достигнутым, жертвуют всем своим материальным благополучием во имя воплощения в жизнь своего проекта.

Отличаясь от других вариантов параноических личностей своим «альтруизмом», данные лица в целом имеют множество общих качеств: выра-

женное упрямство, педантизм, непреклонность и целеустремленность, переоценка своих способностей в сочетании с недоверчивостью и подозрительностью, эгоизм и эгоцентризм, склонность к застреванию, резонерство и паралогичность. Практическая приспособляемость паранойяльных психопатов в зрелом возрасте остается достаточно высокой.

В период инволюции прежние сверхценные идеи изобретательства и переустройства перерастают в бредоподобные построения. Теряются контроль и корригирование со стороны близких, чему способствует усиливающееся гипертрофированное самомнение индивидов. На этот возрастной отрезок приходится сутяжное развитие личности с некритичным отстаиванием своих позиций (по типу «не хлебом единым жив человек»), неприкрытой жесткой борьбой за реализацию своих проектов и притязаний. Характерны не вполне адекватное создающейся ситуации эмоциональное состояние, беспечное экзальтированное настроение, благодушие, убежденность в скором благополучном завершении своих изысканий, которые оцениваются субъектом крайне высоко (как «основополагающие», «революционные», «пионерские»). Течение такой декомпенсации обычно длительное, лишь с годами на фоне прогрессирующего сосудистого процесса постепенно происходит дезорганизация ранее «стройных» идей, теряются их последовательность и гибкость.

Паранойяльные ипохондрики основной жизненной целью считают утрированную заботу о своем здоровье, выискивание малейших отклонений в функционировании внутренних органов, тщательное соблюдение системы оздоровительных процедур («закаливание», «бег трусцой», причудливые диеты). Знаменитый Мольер, высмеивавший медицину своего времени, дал рельефный портрет такого «мнимого больного», сделав его известным во всем мире типом патологической личности. Она «вырастает» на основе астенической конституции с ее частыми соматическими и вегетативными дисфункциями. Малейшее отклонение в работе внутренних органов вызывает серьезную заботу, настороженность, опасение в развитии «неизлечимой болезни», требование «всестороннего обследования» и неотложного лечения.

Подобная позиция подогревается специфической реакцией на любую соматическую погрешность; возникает убеждение, что «врачи не так лечат», скрывают «правду», проявляют «преступную небрежность». Это приводит к уверенности, что болезнь вызвана чьим-то «злым умыслом». Отсюда осторожность в приеме назначенных процедур или препаратов, поиск и требование наказания «злоумышленников». Мысль о тяжелой болезни полностью овладевает ипохондриком, определяя стиль и образ жизни: постоянное консультирование, отслеживание уклонений в физиологических отправлениях, скитания по поликлиникам и экстрасенсам, неизбывная маска «трудного, тяжелого больного». На отдаленных этапах личностной динамики (в инволюционном возрасте) формируется паранойяльно-ипохондрический синдром с отчетливой сутяжной деятельностью (состояние, близкое к «кверулянтной форме паранойи» – F22.8). Для него свойственна малая обратимость возникшей симптоматики, подтверждающая постулат К. Ясперса о том, что «болезнь проходит, развитие никогда».

Патологические ревнивыцы принадлежат к группе паранойяльных психопатов, привлекающих внимание бурной эмоциональностью, одержимостью в отстаивании роковых страстей, убежденностью в «неверности» и измене близкого человека (одно из признанных названий этого состояния – «синдром Отелло»). Многие исследователи утверждают, что ревность составляет характерологическое качество, общее у нас с животными, но у человека феномен обнаруживает такую изменчивость и подверженность социальным и культуральным влияниям, что всякие поспешные аналогии отпадают. У паранойяльных личностей с их повышенной эгоистичностью и подозрительностью неоправданная ревность находит свою благодатную «почву». Основываясь на случайных, но реальных событиях, мысли о возможной измене супруги (супруга) становятся преобладающими, подавляя остальные переживания. Медленно, но неуклонно развивается болезненная линия поведения: оскорбительные слезки, контрольные проверки у судебных медиков «изъятого» нижнего белья с попыткой обнаружения «следов прелюбодеяния», допросы по вечерам и в ночное время, угрозы физической расправой, требования «признания вины» и раскаяния. Выбранная позиция «изобличения неверности» делает супружескую жизнь тягостной и невыносимой.

Для феномена болезненной ревности характерна связь ее динамики с возрастными изменениями (Семке В.Я., 1964, 1965). В периоде полового увядания обостряются прежние компенсированные (и даже латентные) черты и обнажается «паранойяльное ядро» личности; нарастают недоверчивость, мнительность, аффективная неустойчивость, взрывчатость, подавленное настроение с оттенком озлобленности и агрессивности. На этом фоне оживают прежние подозрения об измене и представления, имеющие склонность к прогрессированию и расширению. Формируясь постепенно, идеи ревности по клинической структуре на первом этапе развития представлены сверхценными и бреподобными образованиями. На передний план выходят накапливаемые исподволь смутные догадки, «отдельные намеки», предубежденная оценка сексуального партнера, воспоминания и события прошлого, столкновываемые в новом свете. Возрастают «кривая логика» мышления, настояженность и подозрительность, убежденность в реальной измене, чрезмерная активность в попытках уличить супруга «в измене». В силу нарастающих личностных расстройств и усиления сексуальных притязаний (при все большем ослаблении потенции) взаимоотношения в семье ухудшаются и приводят к конфликтной ситуации.

Применение клинко-динамического метода в сочетании с тестовыми обследованиями облегчает дифференциацию идей сверхценной и нормальной (физиологической) ревности. Достоверным признаком такого разграничения считается большее влияние феномена ревности на аномальные устои личности (Терентьев Е.И., 1991). При нормальной ревности внимание не имеет столь явной «сексуальной» направленности (как при сверхценных идеях ревности); эмоции характеризуются многообразием, в котором проявляются индивидуальные особенности личности; ревность постепенно изживает себя, ситуация разрешается, а факт измены теряет актуальность. При сверхценных идеях ревности считается необязательным чувство люб-

ви к объекту ревности, налицо неприятие ущемления «достоинства и чести», относительная «мотивированность» поведения, вытекающего из карикатурной гиперболизации своих личностных качеств, проявление феномена «хроногенного растормаживания» по типу ретроспективного обнаружения «фактов» развратного поведения партнера. Характерен признак, обнаруженный О.В. Кербиковым, когда разлука с объектом ревности содействует смягчению значимости предполагаемой «неверности» и уменьшению эмоциональной напряженности.

Патологические фанатики являются объектом изучения медиков и представителей ряда иных специальностей (прежде всего из правоохранительных органов). Под этим понятием группируются личности, отличающиеся страстностью, слепым следованием одной идее, одной цели, безоглядному посвящению себя одному делу, не оставляющему места для иных интересов и чувств. Как и другие параноики, они односторонни, субъективны, их аффекты не отличаются разнообразием и богатством; «это люди не только одной идеи, но и одной страсти» (Ганнушкин П.Б., 1933). Будучи лишены грубой корысти, тем не менее они не способны к душевной теплоте и сопереживаниям, человеческое горе их не трогает, для них важен принцип «соблюдения законности и порядка». Главная пружина их поведения таится в их несокрушимой воле, позволяющей без колебания проводить в жизнь свои догмы. Они глухи к доводам рассудка, их несложная, но страстная аффективность обслуживает их веру в свою «правоту и непогрешимость». История прошлых эпох подтверждает их важную роль в судьбе общества, прежде всего в качестве вождей различных экстремистских течений, религиозных сект. Именно при их активном участии вершились жестокие расправы, чудовищные преступления (изуверства, пытки, убийства, подстрекания к массовым суицидам и т. д.). Отсутствие гибкости и приспособляемости зачастую приводит к непримиримому столкновению с законом и общественным порядком.

В последние годы (в связи с усложнением социально-политической обстановки, с общественными преобразованиями, кризисными явлениями) «чистых» типов данной личностной аберрации становится меньше. Имеет место смещение различных патохарактерологических радикалов. К примеру, комбинация паранойяльных и эпилептоидных черт, а также шизоидных, истерических и фанатических качеств. Подобное богатство личностных оттенков позволяет выделить варианты «мягких» фанатиков, «пассивных», «вялых» правдоискателей, адептов «восточных верований», находящихся под воздействием более сильных, энергичных лидеров. Изучение «амальгамной» структуры личности и ее общественной функции является важной задачей превентивного раздела клинической персонологии.

Перверсные, «мозаичные», психосоматические и иные девиации. Описанные выше формы патологии по удельному весу занимают в клинической практике врачей и психологов более 80 % от всей пограничной патохарактерологии. Однако оставшиеся и приводимые в этой главе варианты личностных отклонений все же имеют существенную значимость. Так, сексуальные перверсии представляют объект исследований для судебных психопатологов и криминологов (в последние годы в аспекте серийных убийц или

сексуальных маньяков). Группы смешанных (мозаичных) и малодифференцированных психопатий интересны в плане их патогенетической оценки и типологической характеристики. Характеристика «психосоматической личности» имеет важное значение для врачей-соматологов, лишь в последние годы обративших внимание на эту форму патологии. К «иным» личностным нарушениям относятся разнообразные «специфические» нарушения, не соответствующие ни одной из рубрик «расстройств зрелой личности» в МКБ-10 (это так называемые эксцентричные, безудержные, инфантильные, пассивно-агрессивные, психоневротические девиации, объединенные в разделе F60.8).

При *неустойчивых психопатиях* характерны неустойчивость, быстрая сменяемость интересов, привязанностей, желаний. Они лишены инициативы и самостоятельности, а стиль жизни и основную линию поведения меняют в своей биографии многократно, заимствуя из наиболее уклоняющихся моделей социального окружения. Это своего рода негативные «общественные флюгеры», легко соблазняющиеся яркими красками модного порока и безоглядно следующие за любыми отклонениями от утвержденных законом форм. Они легко втягиваются в групповую алкоголизацию, рано приобщаются к наркотикам, слепо следуют за ближайшим криминальным окружением.

Группа *перверсных психопатий* вызывает споры в плане оценки ее нозологической принадлежности и терминологического определения. П.Б. Ганнушкин (1933) считал «неправильным» использование понятия «половая психопатия», вошедшего в обиход с момента опубликования скандальной монографии Р. Крафта-Эбинга (1886) с одноименным названием и имевшей характерный подзаголовок – «с обращением особого внимания на извращения полового чувства». Справедливости ради стоит признать, что именно немецкий психиатр Рихард фон Крафт-Эбинг (1840–1902) был первым, кто отважился представить подробные описания половых девиаций (садизм, мазохизм, гомосексуализм, фетишизм), рассмотрев их медико-психологические и правовые аспекты в единой концептуальной гипотезе, положив начало формированию сексологии. Ее значимость в современных условиях диктуется не только распространённостью агрессивного сексуального поведения в обществе, но и неясностью механизмов его формирования, взаимоотношений с другими клинко-психопатологическими состояниями, его местом и значимостью в системе клинической персонологии. Основной интерес представляют те формы отклоняющегося поведения, которые определяются аномальным сексуальным влечением. В МКБ-10, DSM-IV для них выделяют специальные рубрики, рассматривающие парафилии как самостоятельные расстройства.

По П.Б. Ганнушкину (1933), механизм половых извращений заключается в закреплении «недостаточной дифференцированности» сексуального влечения (задержка на стадии психосексуального инфантилизма) тех аномальных форм его удовлетворения, в которые «вылились ранние, детские сексуальные переживания» индивида. Половые извращения легко возникают у психопатических личностей с асоциальными и антисоциальными установками. Однако, как пишет П.Б. Ганнушкин, даже люди с высоко развитой моралью и с «большой совестью» (особенно из числа астеников) именно

в этой области отдают «богатую дань» примитивной «животной» стороне своей натуры. Правда, перверсии у них нередко являются источником «тяжелых и неразрешимых душевных конфликтов». При этом тип психопатии как общего уклада психики может отодвигаться «на задний план», уступая место соответствующим внешним впечатлениям.

Клинические проявления расстройств *сексуального предпочтения* (F65) разнообразны, включая многие формы парафилий. Их феноменологическая типология допускает широкий спектр девиантного поведения, нередко сосуществующих друг с другом. Особое место в этом ряду занимает раптофилия. При ней сексуальное удовлетворение стереотипно достигается изнасилованием партнера, хотя и при отсутствии классических признаков садизма. В основе патогенетического механизма формирования парафилий рассматривается психический дизонтогенез как следствие нарушения созревания структур и функциональных систем головного мозга (Васильченко Г.С., 1983).

В исследованиях Ю.Е. Куниковского (1999) выявлена высокая значимость в жизни пациентов с парафилиями кататимического криза (Wertham, 1973) как трансформации направления идеаторной сферы, как результат комплексов аффективно нагруженных идей часто в виде «желания, страсти или амбивалентного стремления». Такого рода криз возникает в результате конфликтных отношений с другой личностью и ведет к формированию депрессивного состояния. Они компенсируются за счёт появления агрессивно-садистических фантазий, часто с мотивами мести. На этом фоне создается портрет личности садиста (Brittain R., 1970) в виде замкнутого, тревожного, социально отгороженного индивида, склонного к дисфорическим и дистимическим состояниям. Помимо фантазирования (как результат психической незрелости) с мотивами сексуального садизма им присуще увлечение анатомией, повышенный интерес к строению тела (особенно женских гениталий). Сам девиантный акт служит попыткой снять усиливающийся дистресс. В целом для появления парафилий характерны высокая психопатологическиотягощенная наследственность, экзогенно-органические вредности онтогенетического периода, психическая депривация и сексуальные притязания в детстве, широкий спектр дизонтогенетических и аффективных расстройств (прежде всего дистимий, тревожных, обсессивно-компульсивных состояний, ангедонии и личностных особенностей по типу эмоциональной холодности, уплощенности).

Фетишизм (F65.0). Имеется в виду использование какого-либо неодушевленного предмета как стимул для сексуального возбуждения и удовлетворения. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу (одежда или обувь) или связаны с физиологическими отправлениями. Диагноз фетишизма оправдан лишь в случаях, когда выбранный предмет является необходимым и значительным источником сексуальной стимуляции. Имеющиеся при этом фантазии не являются непреодолимыми и неприемлемыми, что препятствует осуществлению полового акта и вызывает страдания у индивида. Существует *фетишистский трансвестизм*. При нем надевание одежды противоположного пола происходит с целью достижения сексуального возбуждения, после удовлетворения возникает стремление сразу же снять одежду.

В психологической и психопатологической литературе последнего времени вновь оживился интерес к проблеме *нарциссизма*¹⁴; указывается на всеобъемлющий характер данного термина, охватывающего одновременно сексуальную перверсию, помещение либидинозной энергии в селф и тип межличностных отношений, стадию развития и клинический синдром.

В рамках *нарциссического расстройства личности* описывается вариант патологического нарциссизма, сопряженный с особенностями самосознания и самоидентичности. В рамках классического психоанализа он ассоциируется с самовлюбленностью, в неофрейдистском трактовании есть самоненависть и самодеструктивность. По О. Фениchel (1945), нарциссизм связан с уретральным характером, отличающимся чертами амбициозности и состязательности – как защита от стыда за энурез (или за энкопрез). Для нарциссической личности, по мнению О. Кернберга (1967), характерно необычайно «раздутое» представление о себе, потребность в восхищении, эксплуататорски-паразитический характер межличностных отношений, уверенность в своих «особых правах», эмоциональная поверхностность, холодность, безжалостность, интенсивный «оральный гнев». Дифференциация между шизоидным, пограничным и нарциссическим расстройством проводится по 8 категориям с обоснованием адекватной терапевтической установки (Кохут Г., 1971).

Среди других нарушений сексуального предпочтения и активности часто встречается *экспозиционизм*. Речь идет о периодической или постоянной склонности к демонстрации своих половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола), в общественных местах (предпочтение отдается родильным домам, больничным палатам, так как вид беспомощных женщин, особенно в момент родовых схваток, усиливает половое возбуждение, завершающееся мощным мастурбационным актом). Подобная склонность проявляется в основном в периоды эмоционального стресса или кризиса, чередуясь с фазами длительного затишья. *Вуайеризм* протекает по типу склонности (периодической или более постоянной) к подглядыванию за людьми, занимающимися «интимными делами», а также за раздеванием выбранного объекта наблюдения. Параллельно с процессом высматривания интимных моментов осуществляется интенсивное онанирование.

Для *садомазохизма* (F65.5) свойственно предпочтение сексуальной активности в виде трудно преодолимого желания причинить боль или унижение. Если это стремление направлено на собственную персону, речь идет о *мазохизме*. Если же субъект предпочитает сам быть источником такого воздействия – о *садизме*. Часто индивидуум получает сексуальное удовольствие как от садистической, так и мазохистической деятельности. На практике приходится оценивать степень внешнего вмешательства. В нормальной сексуальной активности иногда существуют слабые проявления садомазохистской стимуляции, включенной в привычную систему сексуальных отношений. Множественные расстройства сексуального предпочтения (F65.6) отмечаются у лиц с несколькими видами половых уклонений (без четкого преобладания одного из них).

¹⁴ Обзор на эту тему опубликован в «Клинической психологии и психиатрии»: Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма // Журнал практического психолога (тематический выпуск). – 1999. – № 5–6. – С. 43–84.

Наиболее часто встречаются комбинации фетишизма, трансвестизма и садомазохизма. Могут наблюдаться и более редкие, относительно изолированные половые девиации, такие как непристойные телефонные звонки, прикосновение к людям в общественных местах и трение о них для сексуальной стимуляции (*фроттеризм*), сексуальные действия с животными, сдавливание кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения, выбор в качестве партнера лиц с анатомическими дефектами (например, с ампутированной конечностью).

Ищут свое терминологическое определение и такие отдельные виды из эротической практики, как глотание мочи, пачкание испражнениями, уколы и прижигание кожи или сосков у партнера, мастурбационные ритуалы по типу введения предметов в мочеиспускательный канал полового члена или прямую кишку и т. п. Существуют и другие формы сексуальных перверсий (гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, некрофилия, зоофилия и многое др.), поэтому интересующихся этими вопросами можно отправить к переизданному труду Р. Крафта-Эбинга¹⁵, не утратившему клинической и казуистической ценности.

Группа «*мозаичных*» психопатий (смешанных, амальгамных по МКБ-10) входит в классификацию личностных расстройств О.В. Кербикова (1971). Речь идет о психопатических натурах, имеющих сложную патохарактерологическую картину, в которой не удастся выделить доминирующий синдром. Приходится говорить о сочетании, комбинации аномальных черт, свойственных нескольким типологическим вариантам психопатий. Рассмотрение данного варианта патохарактерологических девиаций имеет для клинической персонологии двоякое значение, так как позволяет оценить степень их тяжести, уродливости (поскольку клинический опыт свидетельствует, что существование ряда синдромов ухудшает динамику и прогноз психопатии, особенно в направлении ее криминогенного поведения). С другой стороны, мозаичная личностная структура говорит о незавершенности формирования аномального развития (именно на начальном этапе становления психопатии складывается неустойчивая, противоречивая линия поведения и лишь по мере «кристаллизации» аномального склада вырисовывается стержневой психопатический синдром). На протяжении последующей динамики отмечается смена ведущих качеств личности. В зависимости от преобладающей роли соматогенных или психогенных вредностей происходит изменение линии поведения. Материал структурно-динамического анализа истерической психопатии позволил выделить два варианта возможного «мозаичного» характерологического облика с возбудимым и шизоидным радикалами.

При комбинации возбудимых и демонстративных черт наблюдается сложная психологическая позиция индивида на средовые или соматические вредности в рамках истеро-возбудимого варианта. Помимо «чисто истерических» механизмов достижения желаемого и тем самым возможности «снять» эмоциональное напряжение (экспрессивность, фантазирование, лживость) отмечаются взрывчатость, брутальность, конфликтность, препятствующие формированию компенсаторных образований. При варианте

¹⁵ Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. М., 1996.

истероэпилептоидной психопатии в структуре личности усиливаются вязкость, тормозимость, ригидность возбудительного процесса, готовность к аффективным и двигательным разрядам, психогенным дисфориям. О неблагоприятной динамике такого смешанного варианта истерической психопатии свидетельствует усиление именно в этой подгруппе тяжелых общественно опасных действий. При «чистой» истерической структуре личности субъекты являются скорее жертвами, чем инициаторами насильственных поступков. Преобладают специфические противоправные действия в виде клеветы, мошенничества, похищения чужих детей, ложные обвинения в изнасиловании, «брызганье кислотой» и т. п.

Подвидом истерической мозаичной психопатии является *шизоидная истерия*. С детских лет такие натуры характеризуются мечтательностью, экзальтированностью, потребностью в новых впечатлениях, стремлением к «жертвенности и постоянному исканию подвига», любознательностью, готовностью поделиться своими переживаниями «с первым встречным», но с некоторой аутистической окраской эмоциональных переживаний, обидчивостью и капризностью. На позднем этапе клинической динамики обнаруживаются трудности социальной адаптации; робкие, ранимые, с узким диапазоном приспособительных реакций, они не выдерживают эмоциональных встрясок, перенапряжений, легко отвечают на ситуационные трудности избыточным фантазированием и псевдологией.

Окружающие характеризуют их как тонко чувствующих натур, крайне сенситивных и легко тормозимых (обнаруживается большее проявление дезадаптационных механизмов, чем компенсаторных), однако зачастую проявляющих поразительную для окружающих «душевную черствость» и равнодушие к происходящим вокруг них событиям. Другой личностной особенностью служит избирательная, труднообъяснимая привязанность (к вещам, людям), парадоксальные увлечения, склонность к иррациональному, мистическому. «Мозаичная» манера реагирования становится заметной в наблюдениях, где обнаруживается еще и третья «составляющая» часть конституциональной основы личности – психофизический инфантилизм (незрелость психики, ювенильная структура интересов, несамостоятельность в повседневной жизни). При «репрессировании» эмоциональной жизни функция фантазирования меняется, становится неподконтрольной воле, размывая грань между воображаемым и реальным миром.

Важен структурно-типологический анализ «мозаичной» психопатической личности; констатация смешения нескольких личностных расстройств целесообразна, если аномальные патологические качества каждого «составляющего» типа достигают психопатического регистра. В соответствии с представлениями о единстве социального и биологического в человеке многие рассматриваемые феномены обладают универсальными конституционально-биологическими механизмами реагирования (смешение астенических, циклоидных и инфантильных проявлений). Применительно к истерической патологии можно считать, что чем больше генетический вклад, тем ярче патохарактерологические отклонения, а чем он меньше, тем вариативнее формы ее выражения. Проблема «смешанных психопатий» с этих позиций затронута П.Б. Ганнушкиным: «В психике каждого человека есть

зародыш ... психопатических черт», поэтому «чистые» формы психопатий редки. В мозаичных формах «есть мозаика, но нет рисунка», здесь (как в юном возрасте) связи между отдельными частями не прочны; в результате интенсивной травмы они нарушаются и «вырисовывается новая комбинация, новая психика, не похожая на старую».

Особое место в клинической и этиопатогенетической систематике личностных расстройств О.В. Кербикова занимают *малодифференцированные формы психопатий* – клинические проявления аномального поведения, в которых отсутствует «системообразующее» клиническое «начало»; т. е. при наличии всех трех критериев, характеризующих по П.Б. Ганнушкину психопатии, нельзя выделить патохарактерологические качества того или иного круга аномалий. Речь идет об общеспецифических расстройствах поведения, не укладывающихся в рамки клинических вариантов психопатий. Этот тип личностного расстройства характеризуется сочетанием диссоциативного, вызывающего или агрессивного поведения (F91.0 по МКБ-10) с неблагоприятным психосоциальным окружением. Тяжесть состояния должна быть достаточной для того, чтобы диагностировать отклонения в поведении на всех этапах становления дезорганизованной личности (вне зависимости от возраста и социального статуса).

Соматопсихическая личность. Данный раздел клинической персонологии представляет собой экстранозологическую область личностных расстройств в виде соматических функциональных эквивалентов психической патологии – *соматоформных расстройств*. В современных классификациях они выделены впервые (F45), хотя и в литературе прошлого имеются указания на сложные взаимоотношения психического и соматического. Так, W. Stokes (1855) описал «аномальные сердечные сокращения вследствие истерии», И. Дежерин и Е. Гоклер (1912) – «ложных гастропатов-энтеропатов» с их психопатической и неврастенической основой формирования. Особенностью этих личностных расстройств являются психологические свойства индивида и его способность переработки интерперсональных (микросоциальных) конфликтов.

Психосоматические нарушения связаны с индивидуально-психологическими особенностями индивида и стереотипами его поведения, личностными реакциями на стресс и способами переработки интерперсоналогическими конфликтами (Менделевич В.Д., 1998). К группе психосоматических заболеваний (называемых «святой семеркой» – holy seven) относят эссенциальную гипертонию, язвенную болезнь 12-перстной кишки, бронхиальную астму, сахарный диабет, нейродермиты, ревматоидный артрит, язвенный колит, гипертиреоз, ишемическую болезнь сердца, миому матки и др. В их основе лежит конфликтная ситуация, определяющая, по Александру, «специфичность клинических проявлений»; в соответствии с пониманием «болезни готовности» (Uexkuell) осуществляется переход эмоций в телесную реакцию с тенденцией к хронизированию и последующей нарастающей активацией органных функций. В отличие от невротических пациентов психосоматическая личность не способна «выговорить» свои проблемы, страдает алекситимией (невозможностью эмоционального резонанса, обеднением словарного запаса и неумением вербализовать конфликты), испытывает затруднение в адекватной переработке своих переживаний потери объекта.

Выделяют четыре группы психосоматических расстройств: 1) *конверсионные* симптомы¹⁶ (как результат вторичного соматического ответа и переработки невротического конфликта), к их числу относят болевые ощущения, рвоту, истерические параличи; 2) психосоматические *функциональные* синдромы (системные неврозы, «неврозы органов», вегетоневрозы), затрагивающие разные органы и системы (желудочно-кишечную, сердечно-сосудистую, двигательную, дыхательную, мочеполовую); 3) психосоматические заболевания, или *психосоматозы*, в происхождении которых роль психического фактора существенна (в основе первично лежит телесная реакция на конфликтные переживания, личностная predisposition, облегчающая выбор способов переработки конфликтов и характерологического стиля поведения в напряженных эмоциогенных обстоятельствах), однако в дальнейшем функциональные сдвиги во внутренних органах сменяются явлениями деструкции и болезнь переходит в традиционное русло физического страдания (уже упомянутая «чикагская семерка», по Александеру, 1968); 4) особенности *эмоционально-личностного реагирования и поведения* психосоматического регистра, определяющие склонность к травмам и другим формам саморазрушающего поведения (наркомания, алкоголизм, курение, переедание и т. д.).

Основной признак соматоформных расстройств – повторяющееся возникновение физических симптомов в сочетании с требованиями врачебных обследований. Даже при появлении и сохранении симптоматики в связи с жизненными трудностями и конфликтами пациент сопротивляется стремлениям обсуждать возможности ее психологической обусловленности. «Достижимая степень» понимания природы болезни нередко оказывается «разочаровывающей и фрустрирующей» (отсюда истерические проявления со стремлением привлечь к себе внимание). Развитие соматоформных расстройств больше коррелирует с типом личностного склада, чем с проявлениями личностной дисгармонии (Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999). Наиболее существенны две разновидности конституционального предрасположения – по истерическому типу поведения (эмотивная лабильность, впечатлительность, склонность к драматизму, тревожность) и склонность к застойным аффектам (с обстоятельностью, застреваемостью, детализацией, монотонностью, сверхценными переживаниями).

К данному типологическому ряду примыкают описанные К. Шнейдером *соматопатические* личности; речь идет о разновидности астенических натур, которым присущи явления соматовегетативной и симптоматической лабильности. В зрелом возрасте (после 30 лет) у них возникают аутохтонные или спровоцированные незначительной патологией и повторяющиеся приступы «ипохондрического раптуса» (с выявлением личностных свойств тревожной мнительности) с психосенсорными, дисфорическими, фобическими нарушениями, сенестопатиями, головокружениями и вегетативно-сосудистыми кризами. При хронической психосоматической патологии возможно *психосоматическое развитие* (Коркина М.В., Марилов В.В., 1995);

¹⁶ По П.И. Сидорову, А.В. Парнякову («Введение в клиническую психологию». Т. II, М., 2000), они являются первичными психическими феноменами «без тканевого участия организма», «тело здесь служит как бы сценой символического выражения противоречивых чувств больного, которые подавлены и вытеснены в бессознательное» (с. 227).

имеет место усиление таких преморбидных характерологических качеств, как тревожность, ранимость, сенситивность, появление новых черт (раздражительность, конфликтность, озлобленность, враждебность). В основе такого развития личности следует учитывать невротическую predisposition, темп соматизации аффекта, снижение устойчивости к стрессу и явления «послестрессовой психосоматической беззащитности».

Болезненные состояния и психосоматическое рассмотрение антропологических проблем ведут к пониманию человека в целом (Брайтигам В. и др., 1999), к признанию за определенным типом личности склонности к определенным заболеваниям. Концепция «личностных профилей» Фландерс Данбар (1943) предусматривает связь между соматическими типами реакций и постоянными личностными признаками. Так, у лиц, имевших повторные несчастные случаи, обнаруживается своеобразный личностный профиль («личность, склонная к несчастьям»). Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, склонные к приключениям натуры, живущие одним моментом, а не для будущего, порывистые, не контролирующие свою агрессивность, однако проявляющие тенденцию к самонаказанию (проистекающую из неосознанного чувства вины). Описан ряд других «профилей», прежде всего «язвенная личность», «артистическая личность», «коронарная личность», а также склонные к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда (выдержанные, способные к деятельности с большим самообладанием, которые в состоянии отказаться «от удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели»).

В современной клинической персонологии понимание психосоматических расстройств связано с определениями типологии «личностей риска». Наиболее разработаны психологические профили для лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (поведение типа А) и противоположного ему типа личности В (в группе которых стенокардия и инфаркт миокарда встречается в 2 раза реже). Для *коронарного* типа А свойственны высокий уровень притязаний, стремление к конкурентной борьбе и достижению поставленной цели, одержимое желание «сделать все лучше и быстрее других», чувство напряжения, пребывание в состоянии «вечного цейтнота», упорное преодоление усталости (если активность не ведет к успеху, индивид дает соматический «срыв» и реакцию капитуляции). Для *язвенной личности* в связи с особенностями воспитания в детстве свойственна потребность в поддержке, защите и опеке; при столкновении этих устремлений с внутренней тягой к самостоятельности, независимости, силе наступает трудно преодолимый душевный конфликт и развитие язвенной болезни. Для *бронхиальной астмы* предпочтителен тип личности, формирующийся под влиянием двух противоречивых стремлений – «желанием нежности» и «страхом перед нежностью» (конфликт по типу «владеть-отдать»); ей присущи истерические и ипохондрические черты (они не способны «выпустить гнев на воздух», что определяет приступы удушья), сверхчувствительность (особенно к запахам), пониженная аккуратность. При эссенциальной гипертонии отмечено интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами и чувством зависимости (по Александру, гипертония вызвана желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном поведении). Налицо конфликт между нацеленностью на прямооту, честностью,

откровенностью с избеганием столкновений, вежливостью, учтивостью. При *нейродермитах* соматогенной природы (экзема, псориаз) личность отличается пассивностью, слабой настроенностью на самоутверждение. При *язвенном колите* наблюдается обострение болезни по типу «катастрофы переживания» или «потери объекта»; характерны низкая самооценка, сверхчувствительность к неудачам, стремление к зависимости и опеке. При *ревматоидном артрите* обнаруживается «застывшая и преувеличенная позиция» субъекта с демонстрацией высокого самоконтроля, готовностью к самопожертвованию (на фоне агрессивной окраски помощи).

Естественно, рассмотренные «портреты» психосоматических личностей представлены эскизно-схематически, однако они несут в себе отчетливую клинко-психологическую информацию, облегчающую диагностическую работу, прогностическую оценку и ведение данных пациентов в специфических условиях лечебных учреждений. При этом совокупная оценка самой клинической картины психосоматического заболевания должна учитывать неспецифическую наследственную отягощенность и предрасположенность, особенности психотравмирующего конфликта, структуру личности пациента (прежде всего таких качеств, как алекситимия, тревожность, сенситивность, отгороженность, недоверчивость и т. д.), исходный социально-психологический и нейрофизиологический фон, динамику психологических процессов, прежде всего способности к кумуляции аффективного напряжения, тревоги, беспокойства, вегетативной лабильности и т. п.

С клинко-динамических позиций представляет интерес *хроническое соматоформное болевое расстройство* (F.45.4), определяемое постоянной, тяжелой, психически угнетающей болью, возникающей в сочетании с эмоциональным конфликтом и психосоциальными проблемами. Итогом такой динамики может быть отчетливое усиление потребности во внимании и поддержке со стороны окружающих. Соматоформная *вегетативная дисфункция* (F45.3) характеризуется жалобами на расстройство той или иной системы или органа, которые находятся в ведении вегетативной нервной системы: психогенная одышка, тремор, сердцебиение, покраснение, а также ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, ощущения раздувания или растяжения. Симптомы вегетативного возбуждения имеют хронический характер и причиняют заметное беспокойство, причем все объяснения и разуждения по поводу озабоченности здоровьем остаются бесплодными.

Современная медицина стремится к тому, чтобы быть наукой доказательной, основанной на стандартах диагностики, реабилитации и превенции. Для успешного продвижения такого рода профессиональной деятельности нужна отчетливая позиция по раскрытию психосоматических взаимоотношений и уяснению роли личностного фактора (как пациента, так и врача). Забвение этих моментов создает парадоксальную ситуацию, о которой писал Д.Д. Плетнев (1928): «Благодаря неумению и нередко нежеланию врачей заняться психологией больных, их переживаниями, последние отходят от них и идут к чародеям ... тем самым культивируют знахарство». Постановка вопроса об эффективном психологическом консультировании, психотерапии и психокоррекции психосоматической личности – актуальнейшая задача практических психологов, персонологов и клиницистов.

ГЛАВА 4. ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

В главе 4 использованы материалы из двух монографий В.Я. Семке. Раздел 4.1 подготовлен с привлечением «Транскультуральной наркологии и психотерапии (Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В.), где теоретические и прикладные представления в области этнонаркологии и этнопсихотерапии изложены на примере клинико-эпидемиологических и терапевтических результатов исследований аддиктивных и пограничных состояний в России и Монголии. Разделы 4.2 и 4.3 выполнены по материалам «Транскультуральной аддиктологии» (Семке В.Я., Бохан Н.А.), описывающей влияние кросскультуральных факторов на психическое здоровье при сопоставлении результатов исследований в странах Евразийского континента (Россия, Казахстан, Монголия, Китай, Германия, Венгрия) с позиций биопсихосоциального подхода (*Примечание научного редактора*).

4.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В МОНГОЛИИ

Невозможно понять поведение народа,
не уяснив своеобразие его мышления.

Японская пословица

Тому, кто не испытывал горечь жизни,
никогда не придется оценить её сладость.

Китайская пословица

Приводимый в данном разделе тезаурус облегчает, на наш взгляд, достижение определенной договоренности по сложным, дискуссионным аспектам этнопсихиатрии и этнопсихотерапии¹⁷.

Атрибуция – предписание индивидом причин и мотивов поведения, личностных качеств и характеристик другим людям на основе общественного, житейского анализа их действий и поступков.

Аффилиация – потребность в общении, эмоциональных контактах.

Обычай – система норм и предписаний определенного общества, являющихся частью культуры, общественного и индивидуального сознания.

Потребность отражает состояние нужды в объективных условиях, предметах, объектах, без которых невозможно развитие и существование индивида.

Привычки – установленные, отработанные способы поведения личности в определенных ситуациях, типичные для данной этнической группы.

Ритуалы – одна из форм поведения, часть культуры общества, тесно связанная с традициями и обычаями, образует вместе с ними нормативную систему поведения, принятую в данном обществе.

¹⁷ При составлении тезауруса использован перечень социально-психологических и педагогических понятий из книги: Саракуев Э.А., Крысько В.Г. Введение в этнопсихологию. М., 1996. 344 с.

Склонность – любое положительное, внутренне мотивированное отношение (влечение, интерес) к какому-либо занятию.

Традиции – элементы социального и культурного наследия, передающиеся от поколения к поколению и сохраняющиеся в обществе, социальных общностях в течение длительного времени.

Этикет – формализованный и установленный предписаниями образец поведения отдельных этнических групп.

Этнический стереотип – обобщенный, устойчивый, эмоционально насыщенный, сложившийся в исторической практике межэтнических отношений образ этнической группы, регулирующий восприятие и поведение людей.

Ряд понятий имеет отношение к сфере социальной психологии, тесно соприкасающейся с этнопсихологией и этнографией.

Аттракция – процесс взаимного тяготения людей друг к другу, механизм формирования привязанностей, дружеских чувств, симпатий и любви.

Диспозиционная концепция – представление о социальном поведении личности в зависимости от её готовности к определенному способу действия.

Культура поведения – поступки и формы общения людей, основанные на принципах нравственности, эстетического вкуса и соблюдения норм, правил человеческого общежития.

Национальное сознание – форма группового сознания, система взглядов, идей, представлений этнической группы, возникающих на основе взаимодействия с другими группами.

Национальный характер – совокупность специфических психологических черт, ставших свойственными этнической общности в конкретных исторических, культурных и природных условиях её развития.

Нормы групповые – принятые в данной общности стандарты поведения, регламентирующие отношения людей.

Нормы социальные – совокупность кодифицированных и неформальных требований, предъявляемых социальной группой к своим членам.

Общность – термин, используемый для обозначения сходства или единства элементов, составляющих целое.

Психический склад нации – субъективный психологический опыт нации в виде совокупности относительно устойчивых свойств национальной психологии (детерминирован становлением и развитием нации).

Самосознание – осознанное отношение индивида к своим потребностям, способностям, влечениям и мотивам поведения.

Социализация – процесс усвоения и активного воспроизводства личностью социального опыта, системы социальных связей и отношений в его опыте.

Социальный стереотип – упрощение, схематизированное, характерное для сферы обыденного сознания представление о социальном объекте.

Ценностные ориентации – субъективное отражение в психике человека социальных ценностей общества и природы на данном историческом этапе.

Особенности некоторых культур часто затрудняют выявление и оценку аддиктивной патологии, а иногда значительно влияют на процесс формирования аддикции. В силу этого историко-этнографический анализ обы-

чаев и традиций, связанных с потреблением этанола в изучаемом этносе, представляет научный интерес и значимость (тем более, если это исследование не ставит целью «вселенские» обобщения и систематизации, памятуя высказывание аргентинского писателя Х.Л. Борхеса: «Любая попытка систематизации мира невозможна, так как мы не знаем, что такое мир»). Приводимая далее историко-этнопсихологическая характеристика потребления алкоголя в монгольском этносе осуществлена в рамках многолетней научной программы изучения психического здоровья на сибирских и монгольских территориях. Транскультуральное сопоставление облегчается культурной близостью бурятского (на востоке РФ) и монгольского народов. Настоящий этюд следует рассматривать как экскурс в область нормативной наркологии, требующий дальнейших исследований.

Монгольская нация сложилась в результате сложных процессов миграции и консолидации тюрков, собственно монголоязычных племен (протомонголов), прототунгусов. В настоящее время в Монголии проживают халха-монголы (около 80 % населения), ряд монголоязычных народностей (дюрбэты, буряты, баяты, захчины, олеты, торжуты), немонгольские группы (урянхайцы, тувинцы, хотоны) и тюркоязычные казахи. Не рассматривая здесь сложной истории Монголии, отметим лишь, что в течение многих веков культура монголов была шаманистской. С XVI-XVII вв. в Монголию проникает буддизм в виде ламаизма, хотя отдельные проповедники буддизма были в Монголии и ранее. Известна, например, веротерпимость монголов – в войске Чингисхана были шаманисты, буддисты, христиане, мусульмане (Гумилев Л.Н., 1989). Буддисты привнесли блестящую медицину, основанную на трехтысячелетнем опыте Индии, Китая, Тибета; индотибетская медицина изучается и в настоящее время¹⁸. В тибетской медицине всегда был принцип, который в конце XX в. в Европе стал называться неогиппократизмом – единое рассмотрение человека, изучение болезни в контексте как локального поражения, так и всего организма и личности.

Здесь нет необходимости описывать воззрения тибетской медицины, укажем лишь, что дифференциации психических расстройств в ней не было. Так, в «Онцар гадон дэр дзод» (раздел «гдон-чий-цхэ-бас-смиос») сумасшествие от вредных воздействий характеризуется телесным расстройством, искажением речи, беспокойством души, ухудшением запоминания и бредом. В разделе III («гриб-гдон-ргагс») дается описание злых духов и способов их устранения. В трактате «Вайдурья-онбо» имеется описание эпилептического припадка: «...боли в области сердца, головокружение, потливость, слабость, а на высоте приступа – ощущение провала в темноту, затем потеря сознания, сжимание челюстей, судорога конечностей, пена изо рта».

Провизорное рассмотрение гипотезы ритуализированного потребления алкоголя позволяет утверждать, что его наличие уменьшает алкогольные проблемы в популяции (и наоборот). Естественно, необходимо учитывать множество переменных, влияющих на алкоголизацию населения, однако одним из главных в понимании является ритуал. Обряд и ритуал закрепля-

¹⁸ Аспект этого вопроса представлен в монографии: Миневич В.Б., Дымчиков А.А. Болезни психики в контексте тибетской медицины. Улан Удэ; Томск, 1995. 36 с. В ней содержатся извлечения из сокровищницы тибетской медицины «Чжуд-ши»).

ются юридически или конвенционально, находя свое отражение в обычаях, эпосе, песнях, пословицах. Напрямую выводить из «народной памяти» наркологические проблемы наивно, однако любопытно проследить отношение к спиртным напиткам у этноса в веках.

Многолетнее знакомство с историей и этнологией Монголии и Бурятии позволило собрать большое число упоминаний об алкоголе, хотя единого свода подобных данных нет. Наше исследование обнаруживает непрерывную гамму переходов от незначительных особенностей поведения к сложным, сознательно выполняемым и воспринимаемым в качестве символов социальных норм и ритуалов, которые связывают крупные социальные сообщества науки, культуры, религии и политические идеологии. Жесткость традиционного ритуала существенна для выполнения его функции. Отражение ритуала в народном творчестве многое дает для изучения вопросов этно- и социогенеза. Употребление спиртного ассоциируется с «шаблонами отклонения» – правилами поведения во время сакральных или секулярных праздников, фестивалей, танцев и развлечений, где бы они ни происходили (Jordon, 1878). Когда «шаблон отклонения», включая потребление алкоголя и поведение в пьяном виде, рассматривается в контексте праздников и фестивалей, то опьянение оценивается членами коллектива как «норма». Если «шаблоны» рассматриваются вне контекста, то они расцениваются как девиация и осуждаются.

У прамонголов и бурят одним из основных продуктов питания было молоко и молочные продукты. В глубокой древности из кобыльего молока изготавливали спиртные напитки (кстати, прекрасный образец экологической адаптации: о виноградарстве не могло быть и речи; хлебопашество пришло позднее, да и не нужно оно было; медосбором, насколько нам известно, буряты и монголы не занимались)¹⁹. В XII в. путешественники Гмелин, Паллас, Георги описали обряды потребления спиртного. Например, Гмелин (1736) (цит. по: Гиргенко, 1939, с. 88–89) присутствовал на тайлагане кудинских бурят: «Чтобы справить праздник как следует, было выпито много молочной водки и кумыса. Но это не представляло ничего особенного – ни среди мужчин, ни среди женщин не было пьяных. Женщины пели и плясали. Мужчины попарно состязались в борьбе и прыжках».

Сравнительный анализ изготовления и потребления спиртных напитков у тюрков и бурят провела К.В. Вяткина (1969): аппарат для изготовления молочной водки однотипен у бурят, ойратов и алтайцев. Сходными являются и отдельные названия частей аппарата: колесообразная трубка называется у бурят сорго, у ойратов – цорго, у алтайцев – чорго. Крышка, закрывавшая котел с молоком для перегонки, именуется у халха, монголов и ойратов бурхэр, у алтайцев – бурку. Ассортимент алкогольных напитков на современном этапе в Монголии разнообразен. Но можно выделить ряд напитков, имеющих традиционно национальный характер: тарасун (шимийн архи), вино (даре), водка (хар архи), пиво (шар айраг), самогон (хурдан цагаан).

¹⁹ О кумысе и вине упоминают Рашид-ад-дин, Рубрук, армянские источники XIII–XIV вв. (цит. по: Уланов, 1963, с. 53): «Перед тем, как пить кумыс или вино, кто-нибудь из них (монголов) берет большой сосуд, а другой малой чашей черпает из него и брызгает сначала к небу, а потом к востоку, западу, северу и югу».

Считается, что самая крепкая водка получается из кобыльего молока, но она плохо переносится организмом и вызывает похмелье. Водка из верблюжьего молока «мягкая», но быстро пьянит человека, так что он сам этого не успевает заметить. Такими же свойствами обладает и водка из козьего молока. Наиболее благоприятно влияет водка из коровьего молока. Монголы с древних времен употребляли ее в небольших количествах в лечебных целях. При этом напиток подогревали и добавляли в него топленое масло. Кроме того, молочную водку давали скоту в зимне-весенний период в целях предотвращения падежа и заболеваний. По сообщению Хангалова, унгинские буряты верили, что архи впервые изготовили восточные тэнгэри назло людям, дабы они в опьянении убивали друг друга, ссорились и были несчастными. Миф о происхождении арами (архи) является идеализацией её сущности как дара, фетишизацией как напитка, имеющего сверхъестественное магическое свойство (поэтому архи и является обязательной принадлежностью шаманского ритуала). По шаманской мифологии, употребляя спиртной напиток, человек забывает о своих недугах и приобретает силу: слепой воображает себя зрячим, безрукий способен ударить недруга, безногий – растоптать негодяя.

У бурят и монголов предания и притчи занимали большое место в культуре и фольклоре. Монгольский эпос «Жангар» повествует о множестве битв, причем архи упоминается неодобрительно. Каждый раздел начинается с восхваления архи, но в конце главы сообщается, какой ущерб причиняет этот напиток. Вот эпизод, где богатыри – сторонники Жангара устроили пир с обильными возлияниями и поссорились. Пользуясь этим, враги внезапно напали и взяли их в плен. В другой главе говорится о том, как, поклявшись отомстить врагу Шилганхану и взять его в плен, богатырь Хонгор выступил в поход. Так как он был пьяным, враги здорово потрепали его войско. Вернувшись и протрезвев, Хонгор сказал: «Нужно думать, что говоришь и обещаешь в нетрезвом виде».

Вот другая поэтическая монгольская легенда «Почему выбрали напев «Эртний цагаан» песней-гимном на официальном торжестве (перевод на русский язык Л. Эрдэнэбаяра). Как-то мать Чингисхана Оэлун (в других транскрипциях Оелен-еке, Улун Ужий) заявила, что причину гибели предков трех поколений она видит в пьянках, поэтому необходим запрет на употребление спиртных напитков. Чингисхан решил устроить испытание – является ли архи продуктом или отравой. К нему доставили трех калек: слепого, безрукого и безногого. Всем им дали выпить архи, перепившись, они ввязались в драку. Слепой кричал: «Кто издевается надо мной? Я вам покажу!» Безрукий вопил, что изобьет всех кулаками, а безногий грозил всех растоптать. Чингисхан воочию убедился, что архи одурманивает людей и установил строгий запрет: «Не брать в рот спиртное, не подчиняющимся рубить головы». После введения сухого закона в государстве прекратились торжества и перестали произносить благие пожелания, слагать стихи: у людей не стало того, что восстанавливает душевную бодрость, невозможно воздавать духам, посылающим людям благодеяния. Духам стало невесело, из-за этого перестали идти дожди, земля пересохла и начались великие беды. Хану стало ясно, что он ошибся, запретив архи. Он велел вновь изготавливать молочную водку и воздавать духам, людям же разрешил пить не более трех чашек.

Письменные источники свидетельствуют об отношении Чингисхана к алкоголю. Все они удостоверяют, что сам хан пил умеренно. «Алтаншаа» сообщает: в 1203 г. Алхуш Тихитхорин из Ончату прислал к Чингисхану посла, который преподнес великому хану шесть чаш архи. Он попробовал из трех чаш, остальное повелел раздать воинам со словами: «Чем меньше вы будете угощаться этим напитком, тем более сладким он станет. Злоупотребление же приводит к тяжелым последствиям. При угощении можно выпить не более трех чаш, куда лучше удовольствоваться двумя. Похвально, если вы выпьете одну чашу, а замечательно совсем не пить».

Говоря о большом месте спиртного в культуре бурят и монголов, мы можем подтвердить это анализом народного творчества. Немногие народы имеют легенды о происхождении алкоголя, а у бурят и монголов они восходят к глубокой древности. Вот «Трактат о вреде архи»; по преданиям, его написал в 457 г. Бадмаасамбуу (Ловон Ринбучи Гэцэл)²⁰, проживавший в одном из княжеств Индии. Бадмаасамбуу – историческое лицо, однако монголы чтили его как бога Бурхана. Время перевода на монгольский язык неизвестно (перевод на русский язык Л. Эрдэнэбаяра).

Один из тибетских королей обратился с вопросом к великому хану Бадмаасамбуу: «Что послужило причиной возникновения архи?» Бадмаасамбуу ответил так: «Давным-давно, 4386 ледниковых периодов назад²¹ Бурхан-Гирим явился на ту землю, куда его прибыли слушать представители восьми небесных стран и великий хан Загарвад. Присутствовал здесь и хан грешных демонов Маш-Эрхт. Он раздраженно заявил: «К Бурхану приходит уйма людей, а ко мне ни одна душа...» С этими словами он с горя упал на землю. Жена обрызгала его водой и сказала: «Нужно не горевать, а придумать выход из положения». Придворные хана демонов, посовещавшись, предложили сделать напиток перегонкой десяти нечистых частей: менструальной крови, мяса из нечистой матки, волчьего глаза, костного мозга демона, слюны бешеной собаки, мёда бешеной пчелы, языка гадюки, пены самца-верблюда, крови палача, крови из щеки женщины рода демонов. Соединив эти компоненты, перегнали и получили напиток, которым угостили поклонников Бурхана. Нашлись такие, которые, попробовав напиток, перестали слушать доброго Бурхана. Земля пропиталась этим напитком, и это считается началом архи. Хан демонов был недоволен тем, что его попробовали только 500 человек. Жена одобряла его: «Не спеши, придёт время, когда люди станут в очередь, только бы выпить архи. Иные перестанут кормиться нормальной пищей, день и ночь требуя архи; полюбят его и бедные, и богатые, и повелители, и придворные, и священнослужители. Вследствие этого государственные служащие отложат важные дела, лекари допустят недочёт и дадут людям не то лекарство, которое нужно; люди будут одурманиваться, в людском общежитии начнутся беспорядки. Таким образом свершится твоё желание – люди будут страдать». Тогда Бурхан повелел: «Не берите в рот напиток, именуемый «архи», он приведёт вас в ад. Я вижу 36 пороков,

²⁰ Бадма (санскрит.) – лотос в метафорически-символическом смысле; самбуу (тибет.) – хороший, добрый, красивый.

²¹ Не имея возможности обсуждать индийскую и тибетскую космологию, упомянем, что она оперирует невообразимыми временными интервалами.

вызванных архи, которые причинят вам зло, обездоленность, несчастье. Тот, кто идет ко мне, пусть сторонится архи. Этот напиток действует на язык и тело и как бы успокаивает. Слегка опьяневший человек многословен, говорит слова, которые ему кажутся умными. Действуя на лёгкие, архи заставляет плакать; добравшись до сердца, он делает человека жестоким, а при попадании в аорту пьяный выходит из себя. Когда человек пьян, становится ясным, из какого он рода: если выпивший наслаждается, он принадлежит к небесному роду; если говорит о законности – роду человеческому. Если ... пускается в драку, то он из рода недоброжелателей; потерявший самообладание являет собой животное. Когда, обхватив голову, бесстыже валяется, то он существо из адских животных».

Далее Бурхан продолжал: «Пьяный, который кричит без умолку, лишается души. Пьяный, принадлежащий к небесному роду, не теряет самообладания, спокоен и честен, мудро рассуждает. Пьяный из рода недоброжелателей нагло смотрит в глаза, у него оскалены зубы. Он не боится самого Бурхана, у него чешутся кулаки, он вступает в драку с кем угодно. Пьяные, уподобленные животным, глупы, путают слова, врут, плачут и наконец засыпают. Пьяные, род которых идет из ада, мучаются, плачут без причины, речь их безрассудна, они скверно пахнут. Те пьяные, которые от рода принадлежат к мифическим существам, не держатся на ногах, шатаются, говорят сами с собой, плачут, валяются полуголыми».

«Теперь повествуем о дурных действиях десяти компонентов – первоисточников архи, побуждающих к преступным действиям. Первый из них – менструальная кровь, действуя на человека, творит грешное, нечистое, вследствие чего человек склонен к дурным поступкам, совершает недозволенное; дух его попадает в ад, где перерождается и мучается. Второй компонент – мясо из нечистой матки, вселяет дурные мысли, ослабляет духовную мощь. Третья часть – волчий глаз, он действует на зрение, и человек видит плохо, а потому злоумышляет. Четвертый компонент – костный мозг демона, именно он вселяет в тело невыносимый жар, который заставляет бегать, кричать, ломать вещи, бить людей, хвататься за оружие, мчаться на коне без цели. Такой человек часто получает повреждения. Пятая составляющая – слюна бешеной собаки, которая делает пьяного злым, драчливым, и это приводит к дурным последствиям. Шестой – мёд бешеной пчелы: придаёт водке тот вкус, который притягивает пьяного к архи. Седьмой – язык гадюки: вселяет ненависть к людям, стремление к дурным поступкам; в результате человек перерождается в аду, где его ждут муки. Восьмой – пена самца-верблюда: делает пьяного агрессивным, побуждает к преступным действиям. Девятый – кровь палача: делает хвастливым, чванливым, обезумевшим; такой пьяный нападает даже на своего благодетеля, за что и получает по заслугам. Десятый компонент – кровь из щеки женщины рода демонов: вселяет в пьяного страсть, ярость и хамство. Неисчислимы дурные последствия потребления архи. Если священнослужители возлюбят архи, то священные дела обесславятся».

«Джасак», или «Великий Джасак», «Ясак-Яса» и «Билик» (документы, приписываемые авторству Чингисхана) также содержат многочисленные

сведения по интересующей нас теме²². «Человек, пьющий вино и водку, когда опьянеет, не может ничего видеть и становится слеп. Когда его зовут, он не слышит и становится нем; когда с ним говорят, он не может отвечать. Когда становится пьян, то бывает подобен человеку, находящемуся в положении умершего: если хочет сесть прямо, – не может; и словно человек, которому нанесли рану в голову, делается бесчувственным и ошеломлённым. В вине и водке нет пользы для ума и искусства, нет также добрых качеств и нравов; они располагают к дурным делам, убийствам и распрям; лишают человека вещей, которые он имеет, и искусств, которые он знает, и становятся постыдны путь и дела его, так что он утрачивает свой путь. Государь, жадный к вину, не может произвести великих дел, мыслей и великих учреждений. Бек, жадный к вину и водке, не может держать в порядке дела тысячи, сотни и десятка. Простой воин, который будет жаден в питье вина, подвергается большому испытанию, т. е. его постигнет великая беда. Человек из черни, если будет жаден к питью вина, потеряет лошадь, стадо и всё своё имущество и станет нищим. Слуга, жадный к питью вина, будет проводить жизнь непрерывно в смущении и страдании. Эти вино и водка не смотрят на лицо и сердце опьянённых, опьяняют и хороших, и дурных, и не считаются с тем, дурен он или хорош. Руку делают слабой, так что она отказывается брать и от ремесла своего; ногу делают нетвёрдой, так что отказывается от движения; сердце и мозг делают слабыми, так что они не могут рассуждать здраво; все органы разума и чувства делают непригодными. Если нет уже средства от питья, то должно в месяц напиваться три раза; если перейдёт за три – это проступок; если в месяц два раза напиваться – это лучше, а если один раз, то ещё похвальнее, а если не пить совсем, то что может быть лучше того? Но где найдут такого человека, чтобы не напивался? Если найдут, то он достоин всякого почтения».

Плано Карпини, посол Папы Римского, побывавший в Монголии в XIII в., писал (сведения относятся к 1246 г.): «Между монголами не бывает ссор, драк и убийств; друг к другу они относятся по-приятельски, тяжбы редки; жены их целомудренны; грабежи и воровство неизвестны... Монголы сами способом перегонки изготавливают молочную водку. Пьют они много. Но я не видел, чтобы пьяные пускались в драку и ссорились. Вообще этот народ умеет пить и наслаждаться».

Ритуал выпивки был очень строгим (он описывается ниже), нарушения могли привести к недоразумениям – вплоть до кровавых битв. Так, в «Сокровенном сказании монголов» упоминается о нескольких эпизодах: «...затем кравчий стал наливать чарку, начиная с молодой жены...», а не с хозяина дома, что привело к смертельному кровопролитию.

В числе ритуалов, связанных с архи, было и обязательное угощение сородичей. Вот аларнская легенда о нарушении древнего закона. Богач Донэ-баян по обычаю должен оказывать гостеприимство сородичам, каждый охотник мог выпить у него тарасун. Семь родичей стариков, представители родовых сословий, повадились ежедневно ходить к нему на тарасун. Одна-

²² Цит.: Рашид-ад-дин. Сборник летописей. История монголов. Ч. 4. История Чингисхана от восшествия его на престол до кончины / перевод И.Н. Березина. СПб., 1988. Ясак-закон устанавливал и налогообложение, в русском языке это слово обозначало «оброк».

жды его жена обругала стариков «бесстыжими пьяницами» и другими позорными словами, выволокла за косы из юрты на улицу, а хурунгу вылила. Родовые боги не стерпели такого неслыханного нарушения древних законов и лишили людей прежнего изобилия молочных продуктов, а из вылитой хурунги образовалось озеро Саган-Нур в Аларнской степи.

Боги наказали Донэ-баяна, когда он на свадьбе дочери из жадности для угощения заколол всего одну овцу. Боги превратили его коз в диких, а лошадей – в сохатых, эту легенду приводит А.П. Окладников [1937, с. 293–294]. Между прочим, у русских, как и монголов и бурят, существовал строгий ритуал застолья. Можно привести бессчётное количество примеров, далее представлен один из них – относящийся к Сибири.

В Берёзове в 1624 г. один из гостей обвинялся в том, что хотел поднять чашу за здоровье патриарха через стол, тогда как ему полагалось выйти из-за стола. Это нарушение этикета вылилось в историю с разбирательством в Сибирском приказе (Люцидарская А.А., 1992, с. 1 65). Кстати, в этой монографии сообщается, что драки во время пьянок у русских сибиряков были обычным делом. Возвращаясь к средневековым бурятам и монголам, упомянем сборник законов «Халха джирум», а именно одно из положений: «Тот, кто обнаружил пьяного, получает от него в качестве штрафа осёдланного коня. Пьяного священнослужителя оштрафовывают тремя конями, опьяневшего обывателя – одним конём. Того, кто организовал пьянку, – пятью конями».

Ритуал выпивки. Отличается у пред- и забайкальских бурят и представителей монгольских этнографических групп. Он мало изменялся с веками, и описания, например, Г.Н. Потанина (1883), практически не отличаются от того, что наблюдается в настоящее время. По монгольскому поверью, архи содержит пять видов яда. Поэтому ею брызгали, во-первых, в направлении дымового отверстия юрты; во-вторых, буддистским божествам; в-третьих, в огонь; в-четвертых, за дверь юрты; остаток выпивали сами (принимая остаток яда на себя); потом подавали гостям. При этом каждый берет предложенную ему пиалу и в знак уважения к хозяину прикасается безымянным пальцем к правому, а затем к левому плечу. Такой ритуал наблюдается у монголов центральных, западных и восточных районов. Буряты Монголии и узэмчины (этнографическая группа монголов востока страны) перед выпивкой «преподносят» дар домашнему очагу (капают архи в огонь). Водку наливают в пиалу, подносят старшему, а затем каждому по очереди по часовой стрелке. У пред- и забайкальских современных бурят обряд выпивки сопровождается рядом ритуалов (частично совпадающих, отчасти рознящихся).

Традиционный тарасун (архи) сейчас изготавливают редко, практически все буряты пьют рафинированные фабричные напитки. Хозяин дома, самый старший или наиболее уважаемый гость наливает (непременно правой рукой²³) рюмку и выплескивает содержимое за дверь дома (юрты). Во время этой процедуры человек должен быть в головном уборе (как правило, сейчас вместо этого он символически прикрывает голову ладонью левой руки).

²³ Левая сторона и рука считались неблагоприятными. «Правое» значилось как правильное, чистое и благоприятное. Во многих культурах «левое» оценивалось отрицательно, возможно, это связано с преобладанием праворукости.

У бурят Прибайкалья водку раньше капали «через руку» или «через палец» (имеется в виду не ротаторное движение кисти, а супинация, сейчас капают при ротации кисти). Так как обычно празднество происходит в современных домах, ритуальное возлияние «за дверь» производится в окно. Не разрешается разливать водку в бокал «на весу» – он должен стоять на столе. У современных монголов считается обязательным выпить три чашки, а затем спеть традиционную застольную песню либо сказать приветственное благожелание. Бурятская традиция требует, чтобы каждый гость высказал пожелание хозяину, дому, присутствующим. Умение произнести красивый тост, выдержанный в традиционном стиле, высоко ценится.

Обряд свадьбы сопровождался множеством ритуалов и церемоний, в большинстве из них значимое место принадлежит алкоголю. При выезде свадебного кортежа почтенный старик рода совершал моление с жертвоприношением тарасуном. У ламаистов во время остановок у священных мест совершалось жертвоприношение молоком и вином «хозяевам» четырех сторон для благополучного прибытия в дом жениха. Повсеместно при въезде к улусу свадебный поезд встречали послы («угтамжа» – встречающие) со спиртным, молоком, закусками. Все угощались, побрызгав духам – покровителям рода и местности жениха. У предбайкальских бурят впереди свадебного поезда ехал «турушэ (турушин)» – передовой, ведущий с ритуальной стрелой. После ряда ритуалов, в том числе вонзания стрелы, турушин выпивал большую чашку вина в один прием, а затем пел приветственную песню. «Турушином» мог быть далеко не каждый, например, он должен был демонстрировать высокую толерантность: выпить в один прием чашу объемом 1–1,5 литра тарасуна и не опьянеть. У балаганских бурят в день свадьбы все собирались в дом родителей жениха и приносили продукты и тарасун. Последний сливался в общую посуду и потом шел на угощение. У балаганских, унгинских, аларнских бурят практиковался обычай приглашать свадебных гостей близкими родственниками. Таким образом пир продолжался не один день.

Интересен брачный ритуал у монголов. У. Наранбат (1992) приводит описание свадебного обряда монгольских уратов²⁴. При выборе невесты сват везет подарки и кувшины с архи и вином, употребившиеся при договоре о калыме. Свадьба начинается с пиршества со стороны невесты. Недалеко от дома невесты на войлок ставят кувшин вина, подъехавшие гости сходят с лошадей, совершают жертвоприношение вином хозяевам местности, далее следует умеренная выпивка. Затем все едут к юрте невесты, где после чая угощают архи со стороны жениха. Подается баранина, после каждого блюда поют песни и пьют архи. Далее следует пиршество, которое проводит жених. Невеста с помощниками разливают архи, начиная с туруу (распорядителя свадьбы со стороны жениха), произносятся тосты-благожелания и исполняются песни. В послесвадебных церемониях был ряд обрядов, в том числе «объединение кумыса» – родственники со стороны мужа и жены сливали архи в общий котел, и пиршество продолжалось до утра.

У монголов всех субэтнических групп в старину разрешалось употребление спиртного лишь лицам старше 40 лет, впрочем, символическое при-

²⁴ Ураты – древняя этническая группа. Народная этимология этническое наименование связывает с «урат» – искусными мастерами из окрестности Чингисхана.

губление допускалось и раньше, но молодым людям, не женатым или не успевшим завести детей, распивать алкогольные напитки запрещалось. Это касалось и женщин любого возраста, хотя от них требовалось хорошее умение приготовить молочную водку. Последнее еще раз доказывает, как сильно был развит инстинкт самосохранения у монголов. В пору, когда понятие о генетике вообще отсутствовало, монголы хорошо знали об отрицательном влиянии алкоголя на потомство. Обязательным было совместное распивание чая, затем угощение мясными блюдами и лишь после этого архи. Ритуал распития спиртных напитков был строгим, нарушения его могли привести к недоразумениям.

До недавнего времени женщины не потребляли спиртного ни при каких обстоятельствах, лишь во время свадьбы невесте подавали пиалу с архи, к которой она едва прикасалась губами и возвращала. Сейчас этот обычай соблюдается нестрого, но до сих пор пьяная женщина вызывает резкое неприятие. В связи с этим женский алкоголизм в Монголии крайне редок (Эрдэнэбаяр Л., 1991). Если молодой человек злоупотреблял спиртным, то его называли «поганым», а родителей укоряли за неправильное воспитание. Пить и курить в присутствии родителей и стариков считалось дурным тоном, невоспитанностью. Вообще угощение молочной водкой у монголов было проявлением почтительного отношения и уважения; архи употреблялась лишь при соответствующих церемониях.

Вышеописанные обряды с употреблением архи в абсолютном большинстве проводились шаманами. Поэтому мы затронем лишь «тайлаган». «Тайлаган» – это молебен, жертвоприношение духам – хозяевам местных гор, рек, озер, ключей. Его устраивали обществом в масштабе улуса или улусов одного рода. И.А. Манжигеев (1961) утверждает, что тайлаган – дошаманистский обряд, на который шаманы не допускались. Т.М. Михайлов (1992) считает тайлаган шаманским обрядом. В монографии подробно описываются подготовка и проведение тайлагана, причем тарасун непрерывно разливается, освящается, брызгается и т. д. Упоминается, что в финальной части обряда шаман и его помощники проводят моление, а затем начинается веселье. Молодежь плясала, пела, но не пила.

Нам удалось присутствовать при тайлагане эхиритов в Улан-Удэ (лето 1992 г.). В нашу задачу не входит описание тайлагана, хотя отметим, что это яркое, красочное, впечатляющее действо, по поведению присутствующих ясно, что этот праздник в настоящее время больше традиционный, чем религиозный. Отметим лишь, что спиртных напитков было много, это, впрочем, не привело ни к единому конфликту. Водка занимала столь особое место в сознании шаманистов, что некоторые события у них оценивались иначе, чем в обычном праве.

Так, существовало понятие «архиин зэмэ» (вина из-за водки) – это шаманская моральная категория, оправдывающая человека, совершившего преступление в опьянении вследствие фатальной предопределенности. Всегда сохранялся и свято соблюдается по настоящее время «сэржэмдэлгэ» – обряд окропления, обрызгивания, опрыскивания объекта религиозного культа, включенного в шаманизированный ламаистский обряд.

В специальной и научно-популярной литературе об истории алкоголя в какой-либо стране или этнической группе в редких случаях информа-

ция правдива (в качестве примера сошлемся на монографию И.Г. Прыжова «Объективная картина пьянства на Руси»). В подавляющем большинстве прошлое и настоящее тщательно ретушируется, народ в этих описаниях предстает непьющим ангелом. Буряты и монголы не представляют исключения. В популярной книге «Монголия: 200 вопросов и ответов» (1989) сообщается: «Традиционные нравственные устои монголов допускали употребление спиртных напитков лишь мужчинам, достигшим 40 лет. Молодым людям разрешалось символически поддержать тост лишь после 25 лет. Монголы практически не употребляли крепких спиртных напитков, отдавая предпочтение молочной водке, крепость которой не превышала 10–12°...» Разговоры же о чрезвычайно умеренном потреблении спиртных напитков не выдерживают никакого испытания при анализе приведенных выше исторических и эпических данных. Вспомним горестное восклицание Чингисхана: «Но где найти такого, кто не пил бы вообще!» Известный монгольский ученый Гун-гаажалцан в «Субаашид» пишет: «Обильное угощение спиртным воображается как мнимое счастье, на деле же его сопровождает беда. Пьют архи, утоляя жажду и получая удовольствие, но многие впадают в несчастье из-за злоупотребления».

Полное отсутствие пьянства у монгольских женщин также под вопросом: как удалось Гэсэру напоить (причем спиртом, по нашей терминологии) небесную бабушку, почему напиваются гости в «Сокровенном сказании...» и т. п. Факт — монгольские женщины в абсолютном большинстве пили и пьют умеренно, но о полной трезвости речь не идет. Мы имеем статистические данные (Л. Эрдэнэбаяр), отражающие истинную картину отношения бурят к алкоголю. Ситуация далека от идиллии, но равным образом и от катастрофы. Вне сомнения, все обряды и традиции, связанные в том числе с алкоголем, зависят от многих факторов, в частности профессиональных. Выше мы упоминали о шаманизме, на духовную жизнь байкальских бурят огромное влияние оказал буддизм. Чжуд-ши избегает морализаторства при рассмотрении алкоголя, вместе с тем в «Тантре объяснений» (глава 13) содержатся слова о том, что «пьянство силы губит, горе и напряжение истощают», а в главе 17 есть небольшой отрывок о вреде пьянства (перевод Б. Дашиевой):

Если выпить много, теряется стыд и осторожность.
В первой степени опьянения меняется настроение,
Исчезает рассудительность, все кажется легким.
Во второй — человек становится, как пьяный слон,
И неосознанно может нарушить обеты и клятвы.
В последней стадии — лежит как труп,
Ничего не знает, переходит к полному неведению.

Э.Г. Базарон (1992) переводит этот текст так: «Вина бывают сладкого, кислого и горького вкусов, а после переваривания в желудке приобретают кислый вкус. В малых количествах вино расслабляет, развивает теплоту, возбуждает отважность, способствует увеличению сна и целебно для системы длунг и бад-кан. В больших количествах вино извращает духовные способности, приводит к неосмотрительности и потере стыдливости (скром-

ности). При лёгком опьянении человек водворяется в область легкомысленных поступков и, игнорируя принятые миром обычаи, приличия, чувствует себя счастливым. При средней степени опьянения он становится, как бешеный слон, совершает непотребные грехи, переступает свои (моральные) границы. При сильной степени опьянения он лежит без души, как мёртвый, ничего не понимающий, и уходит в область мрака».

Представления об алкоголизме как болезни в тибетской медицине не существовало, о злоупотреблении алкоголем как этиологии болезней нигде не упоминается; считается лишь, что спиртные напитки относятся к «способствующим факторам» развития «истощающих болезней» (Тантра наставлений, раздел 2-й), болезней верхней части тела (раздел 4-й, глава 2).

Э.Г. Базарон детально рассматривает болезни печени в представлении тибетской медицины. Касаясь этиологии алкогольных циррозов, он пишет: «Хроническое употребление алкоголя вызывает разрушение многих органов и систем организма, в особенности печени. В главе о болезнях печени токсическое действие алкоголя тибетские врачи относят не к этиологическому, а способствующему фактору. В современной патофизиологии алкогольная интоксикация как самостоятельный этиологический фактор, например, при циррозах печени, считается редким влиянием. В большей степени она создает условия для алиментарной недостаточности и переходе острых инфекционных гепатитов в тяжелые формы цирроза».

Учитывая сложность становления культуры бурятского (дошаманистские культы, шаманизм, буддизм, православие, привнесенные элементы традиционной культуры русского народа, коммунистическая субкультура, современная вестернизация) и монгольского народов, весьма неожиданна необыкновенная устойчивость многих ритуалов, связанных с традиционными ценностями. В интересующем нас аспекте речь идет о ритуале потребления спиртного, по этому поводу можно с уверенностью констатировать, что спиртные напитки у бурят и монголов выполняли сакральную функцию (сакральный – священный, освященный – от лат. *sacer*).

В настоящее время сакральная функция (в строгом смысле) в народном обиходе исчезает и существует как ритуал. В заключение данного раздела хотелось бы выразить надежду, что настоящий обзор этнографических сведений внесет должную лепту не только в нормативную наркологию и этнонаркологию, но и в современную этнопсихологию. Вторжение в мало-разработанное поле научных исследований, вполне естественно, сопряжено с известной долей риска вызвать упреки и нарекания в отсутствии четких трактовок, однако, начав дискуссию по затронутым проблемам, авторы будут искренне признательны за дополнения и возможное сотрудничество в обозначенных областях научных знаний.

В целом с позиций социокультурального анализа путей преодоления неблагоприятных последствий алкогольной зависимости в конкретном этносе следует оптимистично оценить перспективы их искоренения²⁵. Традиционные нравственные устои монголов допускают употребление спиртных напитков лишь мужчинами, достигшими 40 лет. Однако национальный запрет

²⁵ Монголия: 100 вопросов и ответов. Справочник. М.: Изд-во политической литературы, 1989. 206 с.

на употребление алкоголя молодыми людьми в современных условиях подвергся известной ревизии: «Не секрет, что проблема пьянства и алкоголизма имела в последние десятилетия тенденцию к нарастанию и, что особенно тревожно, в молодежной среде» (с. 149). Новое антиалкогольное законодательство и комплекс принятых медико-социальных мероприятий по созданию централизованных и децентрализованных служб создали объективные предпосылки для коренного изменения ситуации в стране. По инициативе сельских жителей введены ограничения на производство традиционной молочной водки в семьях аратов, в городах созданы клубы борьбы за трезвость, расширилась общественная просветительская работа, успешно действуют наркологические кабинеты и республиканский Центр психического здоровья. Всенародный характер принимает борьба за пресечение такого социального зла, как токсикомания и наркомания, она является составной частью многогранной работы по утверждению в монгольском обществе здорового образа жизни.

4.2. ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫХ АДДИКЦИЙ

К порывам юные сердца зову,
Я человечность ставлю во главу.
Кто корыстолюбив и бессердечен,
Тот мелкий человек по существу.

Абай Кунанбаев

В последние годы изменились детерминанты алкогольной аддикции, трансформировались патогенетические (спонтанные и индуцированные) механизмы, отвечающие за формирование болезни (Хохлов Л.К., 1991). Описан патоморфоз прогрессивности алкоголизма в зависимости от биологических, конституционально-морфологических, социокультуральных и личностных факторов (Бохан Н.А., Мандель А.И., Эрдэнэбаяр Л., 2000–2002). В контексте гипотезы аддикции интерпретируются как эквивалент аффективной патологии с аутодеструктивными тенденциями (Короленко Ц.П., 1991; Farber N.L., 1980 и др.), обнаруживающий большую распространенность сочетанного возникновения этих расстройств.

Закономерности их формирования включают клинико-динамические и социально-психологические симптомокомплексы, дискриминирующий тип течения заболевания и терапевтический прогноз (Мандель А.И., 2000). Наркологическая ситуация в Сибири и Томской области за последнее десятилетие (1990–2000) отражает общие тенденции напряженности в мире и в Российской Федерации, но значительно превосходит их по темпу нарастания уровня заболеваемости и количеству учтенных больных.

В динамике потребления алкоголя и наркотиков в исследуемый период с 1987 по 1999 г. выявляется ряд этапов. Год 1987 – «пик борьбы с пьянством и алкоголизмом», максимальное число учтенных больных алкоголизмом – 30 603 человека, данные по числу наркоманов в официальной статистике

замалчиваются. Год 1992 – отмена принудительных мер регистрации и лечения алкоголизма, сокращение сроков диспансерного наблюдения, заболеваемость алкоголизмом среди населения Томска сокращается в 2 раза (10,2 на 10 тыс. населения против 21,9 в 1987 г.), общая доля зарегистрированных больных уменьшается наполовину (7 623 больных алкоголизмом зарегистрировано по городу в 1992 г. против 15 869 в 1987 г.).

В дальнейшем, с 1993 по 1997 г., динамика распространенности алкоголизма в Томской области с небольшими колебаниями отражает тенденцию к стабилизации процесса на уровне умеренной напряженности. В последующие два года (1998–1999) показатели распространенности алкоголизма среди населения Томской области демонстрируют незначительную тенденцию к снижению (в 1,1 раза). Эта тенденция подтверждается показателем темпа прироста заболеваемости – с 1996 г. он носит стабильно отрицательный характер. Практически ситуация возвращается к состоянию 1992 г. Возможно, устанавливается искомая константа, некое завершение цикла с экстремальными флуктуациями, обусловленными различными, диаметрально противоположными, административными методами.

Прошедшее десятилетие характеризуется ухудшением ситуации с потреблением наркотиков – с единичных случаев в начале 90-х годов до 12,6 на 10 тыс. населения Томской области в 1997 г. Этот год стал самым заметным по заболеваемости наркоманиями в Томской области: количество впервые взятых под наблюдение больных и показатели вновь выявленных потребителей наркотиков – взрослых и подростков – достигли максимальных величин, превышая аналогичные показатели 1993 г. в 10 раз (в среднем по стране число зарегистрированных больных наркоманией за этот же период увеличилось в 6 раз). Однако показателем напряженности наркологической ситуации является не 1997 г. с максимальным числом больных с впервые установленным диагнозом и не 1995 г. с максимальным приростом заболеваемости, а 1994 г. с максимальным приростом числа потребителей наркотических средств в Томской области (102 % по отношению к предыдущему году). Этот год можно считать этапным в отношении массового распространения потребления наркотиков в Томской области, а уже следующий год, 1995, – началом массовой заболеваемости наркоманией в Томске и Томской области.

Несмотря на то что эпидемиологические показатели по Томской области в настоящее время превышают аналогичные среднереспубликанские в 2–3 раза, анализ динамики темпов прироста болезненности и заболеваемости наркоманиями с 1996 по 1999 г. позволяет утверждать намечающуюся тенденцию стабилизации ситуации. С 1998 г. темп прироста больных взрослых и подростков с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании приобретает отрицательный характер (–18,4 % среди всего населения и –43 % среди подростков в 1999 г. по отношению к предыдущему году). Впервые за истекший период было зафиксировано снижение числа потребителей психоактивных веществ, в 1999 г. темп прироста приобретает отрицательный характер (–5,5 %) по отношению к предыдущему году.

В подростковом наркотизме произошли значительные изменения – заболеваемость подростков среди городского населения в 1999 г. по сравнению с 1997 г. сократилась в 3 раза, среди жителей всей области – в 2,5 раза, а доля

подростков среди всех учтенных наркоманов и потребителей психоактивных веществ Томской области – в 3,8 раза. Темп прироста заболеваемости наркоманией среди населения Томской области в 1998 и 1999 гг. составил 13 и 52,6 %. Следовательно, один из основных показателей прогрессивности ситуации – подростковый наркотизм – подвергается редукции, что косвенно свидетельствует об адекватности проводимых в Томской области профилактических мероприятий, а также их результативности.

В отношении алкоголизма можно прогнозировать при относительно постоянном числе больных этой патологией в городе намечающуюся в последние два года тенденцию роста числа зарегистрированных больных и числа злоупотребляющих алкоголем взрослых и подростков в сельской местности. При этом среди сельской субпопуляции в целом прослеживается тенденция роста числа потребителей ПАВ и заболеваемости наркоманией. Очевидно, что «асинхронность» в структуре потребления ПАВ в городе и районах области обусловлена не только запаздыванием в формировании новых стереотипов аддиктивного поведения, но и низким уровнем профилактики употребления психоактивных веществ в сельской местности.

Таким образом, в последнее десятилетие прошлого века наркологическая ситуация в Сибири ознаменовалась преобладанием наркотической аддикции. Несмотря на положительные тенденции, формирующиеся в наркологической ситуации по Томской области в целом, редукции одного из основных показателей прогрессивности ситуации – городского подросткового наркотизма, оснований для благоприятного прогноза недостаточно.

Для анализа клинико-динамических закономерностей формирования алкоголизма, выявления социальных и психологических факторов, способствующих развитию зависимости в субпопуляции мужчин небольшого города северной Сибири, нами была обследована репрезентативная группа больных алкоголизмом (73,2 % от всех учтенных наркологической службой города – из анализа были исключены все женщины и мужчины монголоидной расы в силу присущих им особенностей патогенеза и клиники алкоголизма).

С применением статистического анализа выявлены корреляционные связи между 30 клинико-социальными и 13 психологическими характеристиками 312 больных. В последующем методом главных компонент для интерпретации были отобраны три комплексных показателя, объясняющие 44,9 % общей изменчивости признаков у обследованной когорты больных.

Первый клинико-динамический комплекс признаков (23,5 % общей изменчивости) образован показателями синдромкинеза алкоголизма (возрастом начала систематического употребления алкоголя, возрастом начала заболевания, возрастом формирования амнестических форм опьянения, возрастом формирования алкогольного абстинентного синдрома, давностью заболевания и длительностью терапевтических ремиссий), а также медико-социальными характеристиками (возрастом на момент обследования, возрастом вступления в брак и продолжительностью рабочего стажа). Отдифференцированная этим показателем группа сформирована больными зрелого возраста (36 лет и старше) с поздним началом систематического употребления алкоголя (23 года и более) и поздним (после 30 лет) формированием

основных симптомов алкоголизма. У 80 % больных этой группы терапевтические ремиссии составляли год и более, в трети случаев – не менее 2 лет.

Второй интегральный показатель клинико-социальной алкогольной зависимости, определяющий 11,2 % общей изменчивости признаков, обозначил взаимосвязь между выраженностью клинических проявлений алкоголизма (длительность абстинентного синдрома и запойных форм опьянения, давность заболевания) и социальным статусом больного. Больные, отдифференцированные этим показателем, отличались выраженной давностью заболевания (10 лет и более), тяжелым абстинентным синдромом и длительными запоями. Ремиссии у 70 % больных этой группы отсутствовали или были неустойчивы, у остальных длительность ремиссии не превышала 1 год. Характерным для больных этой группы было расторжение брака и неустойчивый профессиональный статус.

Анализ взаимосвязей показателей длительности ремиссии с другими клиническими симптомами позволил выделить значимые положительные корреляции: с возрастом начала заболевания ($r=0,41$, $p<0,01$), возрастом формирования абстинентного синдрома ($r=0,39$, $p<0,01$), возрастом первого лечения ($r=0,48$, $p<0,01$), возрастом на момент обследования ($r=0,37$, $p<0,01$) для больных с поздним началом систематического употребления алкоголя. Из социальных факторов, характеризующих степень адаптации больного в обществе, значимая роль принадлежит семейной и профессиональной стабильности.

Комплекс признаков третьего интегрального показателя (7,9 % общей вариативности признаков) сгруппировал больных по принципу социальной адаптации и длительности терапевтической ремиссии. Анализ сроков формирования абстинентного синдрома показал, что у лиц, начавших употреблять спиртные напитки после приезда на Север, заболевание имеет большую прогрессивность, чем у «старожилов», средняя длительность формирования физической зависимости составила 5,4 года и 6,1 года. Ускоренное развитие стержневого симптома алкоголизма подтверждается рядом исследователей (Короленко Ц.П., Бочкарева Н.А., 1982; Найденова Н.Г., 1988) о том, что сроки становления симптомов алкоголизма у начавших употреблять спиртные напитки с приездом в северный регион, укорачиваются по сравнению с таковыми в средней полосе России.

Компонентный анализ результатов психологического тестирования ММРІ выявил варианты индивидуально-личностных особенностей при алкоголизме I–II стадий (средний возраст больных $35,8\pm 8,0$ года, средняя длительность заболевания $8,5\pm 5,3$ года). Сочетание характерологических признаков сформировало 4 интегральных показателя: личностной дисгармонии, психоэмоциональной лабильности, девиантности и социальной интроверсии, каждый из них отдифференцировал группы больных с альтернативными эмоционально-личностными характеристиками: дисгармоничных и личностно-адекватных, эмоционально-лабильных с колебаниями аффекта и тревожно-депрессивных, девиантных, социально дезадаптированных и конформных, пассивно подчиняемых, социально незащищенных.

С помощью выделенных клинико-психологических комплексов были отдифференцированы группы больных с альтернативными вариантами кли-

нической картины алкоголизма: социально *компенсированного* – с поздним формированием основных симптомов, замедленным темпом прогрессивности у лиц с незначительными колебаниями психоэмоционального фона и адекватными адаптационными возможностями, и *декомпенсированного* – с выраженной прогрессивностью и тяжестью симптоматики у лиц с хроническим эмоциональным дискомфортом и социально-психологической дезадаптацией.

Диагностика альтернативных вариантов дает возможность аргументированно подойти к противоалкогольной терапии, прогнозировать эффективность лечения, опираясь на достоверно значимые клинико-динамические и социально-психологические критерии течения алкоголизма в условиях Сибирского региона.

С целью углубленного изучения патокинетических закономерностей заболевания, выявления клинического, социального и психологического паттернов в многофакторной динамической модели алкоголизма полученные клинико-социальные и психологические интегральные показатели (Семке В.Я. и др., 1987, 1988), рассматриваемые как отдельные признаки, были подвергнуты дальнейшему статистическому анализу (табл. 1).

Таблица 1. Главные компоненты второго порядка интегральных клинических и психологических показателей алкоголизма

Показатель	р
Главные компоненты клинических количественных признаков	
Компонента «клинической динамики»	-0,509*
Компонента «клинико-социальной зависимости»	0,663*
Компонента «социальной адаптации и светлых промежутков»	-0,183
Главные компоненты психологических признаков	
Компонента «личностной дисгармонии»	0,355*
Компонента «психоэмоциональной лабильности»	-0,251*
Компонента «асоциальности»	0,139
Компонента «интроверсии»	0,030
Собственные значения векторов	1,8
Доля вариабельности, %	21,9

Примечание. * – Достоверно значимые веса признаков в дисперсию главных компонент ($p < 0,05$, $p < 0,01$).

Полученные интегральные характеристики второго порядка выявили значимую взаимосвязь ($r = -0,24$; $p < 0,01$) двух разнонаправленных пар признаков – «клинико-социальной алкогольной зависимости» и «личностной дисгармонии», с одной стороны ($r = 0,45$; $p < 0,01$), и альтернативной к ним «клинической динамики» и «психоэмоциональной лабильности» ($r = 0,30$; $p < 0,01$), с другой стороны.

Первая пара обобщенных характеристик образована 5 клиническими, 4 социальными и 7 психологическими признаками. Совокупно они отражают прогрессивность и выраженность заболевания у лиц с эмоциональным дискомфортом и социально-психологической дезадаптацией. Выявленная совокупность признаков может быть интерпретирована как симптомокомплекс асоциальной алкогольной зависимости, который дифференцировал группу из 50 человек с единой формой течения заболевания.

В этой группе сосредоточились больные среднего возраста ($35,7 \pm 0,43$ года) с давностью заболевания от 10 до 20 лет (средняя давность заболевания – $8,5 \pm 0,18$ года), долгое время избегавшие контактов с наркологической службой. Об этом свидетельствует выраженная длительность додиагностического периода, подчас равная давности заболевания ($6,3 \pm 0,3$ года). Все больные, образовавшие эту группу, рано начали систематически употреблять алкоголь (20–23 года). К моменту обследования они характеризовались псевдозапойной формой пьянства (10–15 дней), длительным абстинентным синдромом (2–7 дней), проявлявшимся соматоневрологическими и психопатологическими (депрессивными, дисфорическими, тревожно-фобическими) нарушениями.

Общим для эмоционального состояния всех больных является высокий уровень тревожности, аутизации и социальной интроверсии с ипохондричной, субдепрессивной или асоциальной окраской. Постоянная внутренняя напряженность, тревога, ощущение собственной неудовлетворенности и ранимости легко провоцируют снижение настроения, создают трудности адаптации. В ряде случаев это сочетается с беспокойством о состоянии своего физического здоровья, особенно при объективном подкреплении тяжелым абстинентным синдромом. У других больных преобладают депрессивные тенденции, подавленность, утомляемость, апатия, снижение продуктивности, инициативы. Разногласия с окружающей средой и существующими правилами, неспособность воспринять нормы, которыми руководствуется большинство, создают устойчивый стереотип отклоняющегося поведения. В результате социальная ситуация является источником напряженности, длительных и интенсивных отрицательных эмоций. Нарушение межличностных связей дополнительно дезадаптирует больного. Затруднения социализации, неудовлетворенность в социальных контактах обуславливают беспокойство по поводу места и значимости своей личности в обществе и поддерживают хронически установившееся ощущение дискомфорта.

Реализация асоциального поведения и гетероагрессивных тенденций в семейном окружении, стремление переложить вину за свои неудачи на близких приводят к тому, что почти все больные (за редким исключением) расторгли первый брак (обычно бездетный). Социальная дезадаптация проявляется и в профессиональной сфере частой сменой места работы, коротким стажем работы на одном предприятии, низким уровнем заработной платы. Отклоняющееся поведение в опьянении способствует неоднократному помещению в медвытрезвитель. Подобная социальная и личностная «отягощенность» алкоголизма приводят к безремиссионному течению заболевания или к коротким (менее 1 года) ремиссиям.

Другая альтернативная пара интегральных характеристик представлена 8 клиническими признаками, 6 психологическими, возрастом обследуемого и свидетельствует о значимой взаимосвязи показателей клинической динамики и психоэмоциональной лабильности. С этими признаками отдифференцировалась группа из 37 больных с начальной формой заболевания, коротким додиагностическим периодом и небольшой давностью процесса (2–7 лет). Абстинентный синдром проявлялся в основном вегетоастеническими расстройствами с неврастеническими и депрессивными оттенками и длился 1–3 дня.

Преимущественно все больные имели длительный стаж работы на одном предприятии, значительный уровень заработной платы и высокую квалификацию. Расторжения брачных связей у больных этой группы не наблюдалось.

Аффективное состояние больных характеризуется повышенным контролем за своим поведением, декларацией общепринятых этических норм, стремлением производить благоприятное впечатление. «Поведенческая мимикрия» свидетельствует о сохраненных адаптивных способностях, незначительных проблемах в межличностных контактах. При доминировании шкалы ипохондрии поведение индивидуумов ориентировано на социально значимые ценности, соблюдение конвенциальных норм, подавление неприемлемого. При преобладании шкалы депрессии пониженная самооценка, естественный скептицизм сопровождаются легкими тревожными реакциями, склонностью к волнениям. Если преобладает шкала демонстративности, то поведение окрашивается альтруистическими тенденциями, конформностью, мягкостью, стремлением быть приемлемым.

Описанная группа индивидуумов психоэмоциональной «нормы» и «компенсированными» клинко-социальными проявлениями отличается малой прогрессиентностью процесса, благоприятным прогнозом и образует симптомокомплекс «клинко-социальной стабильности». Отсутствие эмоциональной напряженности и повышенная идентификация со своим социальным статусом обеспечивают в соответствующей микросоциальной среде длительные терапевтические ремиссии – от 18 до 48 месяцев.

Другим аспектом исследования явилось выделение комбинаций клинко-социальных, психологических и конституционально-морфологических признаков. Полученные интегральные показатели, с помощью которых были сгруппированы больные с общей клиникой и динамикой заболевания, схожими социальными и психологическими особенностями, позволили обнаружить в каждой отифференцированной группе определенное соматотипическое единство.

Данные соматоскопического исследования по трехмерной классификации конституционально-морфологических типов показали, что доля пикников среди всей когорты больных составила 30 %, нормостеников – 50 %, астеников – 20 %. Далее был проанализирован морфофенотип конституции у больных, сформировавших группы с альтернативными вариантами течения алкоголизма. Оказалось, что больные с симптомокомплексом «асоциальной алкогольной зависимости» по соматотипу распределились следующим образом: 15 % составили лица пикнического телосложения, 54 % – нормостенического, 31 % – астенического.

В группе больных с симптомокомплексом «компенсированных» клинко-социальных проявлений алкоголизма это соотношение получилось иным: 48 % составили больные астенического телосложения, 36 % – нормостенического и 16 % – пикнического.

Таким образом, для больных пикнического соматотипа характерна благоприятная клиническая картина заболевания, хорошие адаптационные возможности с ориентацией на социально одобряемое поведение и соблюдением общепринятых норм. Больные астенического соматотипа отличаются

ся прогредиентностью заболевания, тяжелым проявлением симптоматики алкоголизма. Психологически эта группа характеризуется личностной дисгармонией. Общим для эмоционального состояния этих больных является внутренняя напряженность, высокий уровень тревоги, ощущение неудовлетворенности.

Полученные нами результаты подтверждаются данными клинико-антропометрических исследований алкоголизма (Корнетов Н.А., Губерник В.Я., 1983) о том, что наличие пикнического соматотипа указывает на повышенную вероятность замедленного формирования алкоголизма при длительном сохранении хороших адаптационных возможностей к условиям северного города, тогда как астенический соматотип имеет противоположный прогноз (Семке В.Я. и др., 1988).

В дальнейшем анализе были подвергнуты социально-психологические факторы, действующие на этапе систематического употребления алкоголя и сформировавшейся алкогольной зависимости в обеих группах больных. На этапе систематического пьянства в обеих группах употреблению алкоголя способствовали идентичные социально-психологические факторы – стремление расслабиться и повеселиться в компании. Социальные же факторы на этом этапе были различны. Для больных с симптомокомплексом «асоциальной алкогольной зависимости» начало систематического употребления алкоголя совпало с началом трудовой деятельности, окончанием учебы в ПТУ. На этапе сформировавшегося алкоголизма актуализации первичного патологического влечения к алкоголю способствовали выпивки по месту жительства, работы, в выходные дни.

У больных с симптомокомплексом клинико-социальной «стабильности» систематическое употребление алкоголя совпадало с демобилизацией из армии, первичное патологическое влечение к алкоголю актуализировалось в дальнейшем при смене производственно-бытового стереотипа – поездки в командировки, отпуска. Психологическим мотивом алкоголизации, вербализуемым больными этой группы, явилось «желание отвлечься от обыденности, отдохнуть от семейных забот и развлечься».

Больные с «асоциальной алкогольной зависимостью» причиной, вызвавшей употребление алкоголя, считали напряженность, тревогу, пониженное настроение. Это указывает на доминирование у больных признаков психической зависимости от алкоголя в отличие от группы больных, где влечение к алкоголю носит психологический характер.

При терапевтическом вмешательстве это предполагает в первом случае возможность ограничиться психотерапией и рекомендациями разнообразить досуг. Вариант социально-декомпенсированного алкоголизма с выраженной психической зависимостью от алкоголя требует медикаментозной коррекции влечения с применением психотропных препаратов.

Комплексный подход позволил дифференцировать два альтернативных симптомокомплекса – «клинико-социальной стабильности» и «асоциальной алкогольной зависимости», которым соответствует два вида течения заболевания. Один из них – *социально компенсированный* – характеризуется поздним формированием основных симптомов, замедленным темпом прогредиентности у лиц пикнического телосложения с хорошими адаптацион-

ными возможностями и умеренными колебаниями психоэмоционального фона. *Социально декомпенсированный* симптомокомплекс предусматривает выраженную прогрессиентность и тяжесть заболевания у лиц астенического соматотипа с хроническим эмоциональным дискомфортом и социально-психологической дезадаптацией.

Абстрагируясь от частных параметров, полученных в ходе комплексного обследования, исходя из концепции единого биопсихосоциального генеза алкоголизма и опираясь на результаты многомерного статистического анализа, была получена мультифакториальная диагностическая модель заболевания. Варианты социально компенсированного и декомпенсированного алкоголизма соответствуют пятигранной модели, которая учитывает конституционально-морфологические, социальные и психологические признаки, клиническую симптоматику и прогрессиентность заболевания.

Диагностика альтернативных вариантов с разной динамикой, интенсивностью симптоматики и терапевтическим исходом у больных с определенной морфотипической конституцией и психоэмоциональными особенностями дает возможность аргументированно подойти к противоалкогольной терапии и социально-трудовой реабилитации больных, регулировать этапы вторичной и третичной профилактики, прогнозировать эффективность лечения, опираясь на достоверно значимые клинико-динамические, конституционально-морфологические и социально-психологические критерии течения алкоголизма в условиях Сибирского региона.

Этнокультуральное формирование сибирского этноса, имеющее непосредственное отношение к проблеме транскультуральной аддиктологии, наиболее убедительно может быть показано на примере алтайского народа. Алтайцы, алтай-кижи (самоназвание, «человек Алтая»), народ в России, коренное население Республики Алтай, Алтайского края, Кемеровской области. Численность в России 69,4 тыс. человек, в том числе в Республике Алтай 59,1 тыс. человек. Живут также в Казахстане, Узбекистане и др. Общая численность 70,8 тыс. человек.

Территория 92,6 тыс. кв. км. Столица Горно-Алтайск, 40 тыс. жителей. Образована 1 июня 1922 г. как Ойротская автономная область, 7 января 1948 г. переименована в Горно-Алтайскую, в 1991 г. получила современное название. Население 202 тыс. человек, из них городского – 24 %. Национальный состав: русские (60,4 %), казахи (5,6 %), алтайцы (31 %), к которым относится группа родственных народов (тубалары, челканцы, кумандинцы, алтай-кижи, теленгиты, телесы, телеуты), лишь за последние десятилетия сложившаяся в единую народность. Республика одна – из самых отсталых среди субъектов РФ. В промышленности занято всего 9 % экономически активного населения. Главенствует пищевая индустрия (45,5 % всей продукции; республика славится своими сырами); развита цветная металлургия (12,2 %, в основном добыча ртутных руд); 12 % дает легкая промышленность, 10,6 % – производство стройматериалов. Все предприятия расположены в столице. В сельском хозяйстве доминирует животноводство; развиты пчеловодство, сбор лекарственных трав; особая отрасль Алтая – разведение маралов. В последние годы республика нашла свою «нишу» на мировом рынке, поставляя сырье для нужд фармацевтической промышленности (в основном в Южную

Корею). Транспорт развит очень слабо, железных дорог нет. Крупнейшая автотрасса Алтай – Чуйский тракт, идущий от Бийска в Монголию.

Этнические и этнокультурные процессы в Горном Алтае интересующего периода в той или иной степени рассматривались в работах Г.Н. Потанина, Н.М. Ядринцева, С.П. Швецова, С. Патканова, В.Н. Владимирова, Л.И. Шерстовой, Н.В. Екеева и других исследователей. Попытаемся кратко охарактеризовать основные тенденции в этническом и этнокультуральном развитии коренного населения Горного Алтая после его присоединения к России. Процесс присоединения территории Горного Алтая к Российскому государству занял длительный исторический период. В XVII в. первыми были освоены земли североалтайских племен в бассейне реки Бии. В середине XVIII в. присоединяется основная территория Горного Алтая и, наконец, в 1864 г. окончательно вошли земли чуйских теленгитов.

В прошлом алтайцы – собирательное название тюркоязычных племён, живших в Горном Алтае и частично в Кузнецком Алатау. Существуют этнографические группы северных и южных алтайцев. Северные (в дореволюционной литературе иногда назывались «черневыми татарами») включают следующие группы, восходящие к племенному делению: тубалары (лево-бережье реки Бия и северо-западное побережье Телецкого озера), челканцы, или лебединцы (бассейн реки Лебедь), кумандинцы (среднее течение реки Бия); южные алтайцы (именовались калмыками белыми, алтайскими, горными, порубежными, бийскими), алтай-кижи, теленгиты (бассейн реки Катунь и её притоки). Язык алтайский (тюркской группы алтайской семьи). Дialectы: южный (алтай-кижи, теленгит) и северный (туба, кумандинский, челканский). Широко распространён русский язык. Письменность с XIX в. на основе русской графики. С 1923 г. литературный язык на основе диалекта алтай-кижи. Большая часть верующих – православные, есть баптисты и др.

Традиционная религия алтайцев – шаманизм. Подвергались христианизации с 50–70-х годов 18-го века, особенно активно со 2-й половины 19-го века после открытия Алтайской духовной миссии. В начале 20-го века начал распространяться бурханизм – разновидность ламаизма с элементами шаманизма. Существовали развитая мифология, фольклор, эпос.

В 1990-е годы достоверность показателя уровня бедности в республике вызывала большие сомнения – до дефолта он был одним из самых низких среди сибирских регионов. Искажения связаны с малой выборкой домохозяйств при проведении бюджетных обследований в небольших регионах. Это подтверждается и огромным скачком показателя бедности после дефолта – до 60 % населения в 1999 г. В 2003 г. республика оставалась в группе аутсайдеров в Сибирском округе, худшие показатели имели только Тыва и слаборазвитые автономные округа (рис. 1).

Самая острая социальная проблема республики связана со здоровьем населения. Это низкая ожидаемая продолжительность жизни, особенно среди коренного (титульного) населения. Как и в других регионах страны, некоторое увеличение продолжительности жизни за 1995–1998 гг. вновь сменилось падением в начале 2000-х годов (рис. 2), поэтому сократить разрыв не удастся. По сравнению с соседним Алтайским краем показатели республики хуже на 4 года. В сельской местности, где доля алтайского населения

намного выше, продолжительность жизни мужчин и женщин на 1,5–2 года меньше, чем в преимущественно русском Горно-Алтайске. Основная причина таких различий – широко распространенный среди коренного населения алкоголизм.

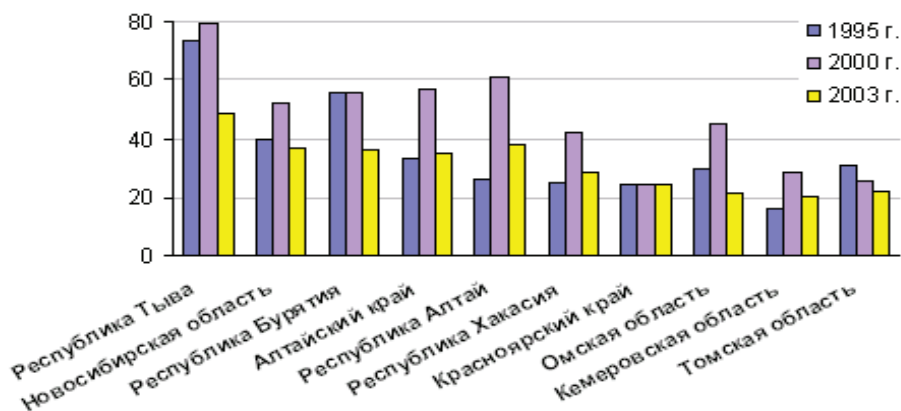


Рис. 1. Уровень бедности (доля населения с доходами ниже прожиточного минимума) по некоторым субъектам Сибирского ФО, %

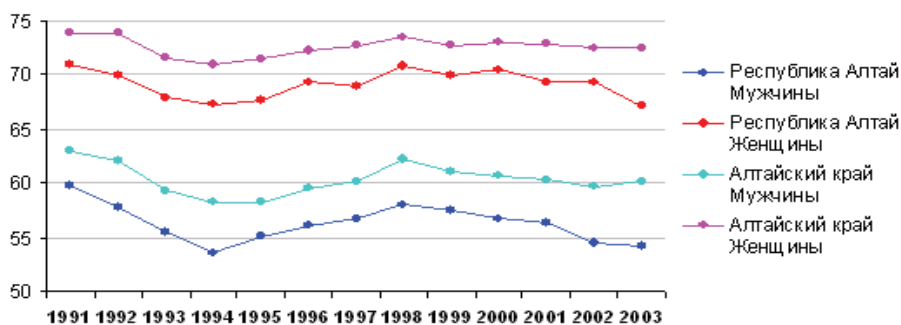


Рис. 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни

Проблемы здравоохранения связаны не только со слаборазвитостью республики и асоциальным образом жизни части населения, но и обусловлены труднодоступностью медицинских услуг в горных территориях. Как следствие, остается высоким уровень младенческой смертности. Несмотря на общую тенденцию снижения, он все еще высокий). По этому показателю Алтай входит в число наиболее проблемных регионов страны, отставая от большинства сибирских и дальневосточных республик и автономных округов.

Высокий уровень заболеваемости туберкулезом (в 1,7 раза выше среднероссийского) обусловлен тяжелыми условиями труда и низкими доходами населения. Особенно серьезное положение складывается в отдаленных районах республики: в Кош-Агачском районе среди причин смертности 2–3-е место делят болезни органов дыхания и самоубийства.

Состояние здравоохранения не способствует снижению заболеваемости. Хотя сеть основных объектов социальной сферы сохранилась, но при от-

носителем высокой душевой обеспеченности больничными и амбулаторными учреждениями ощущается нехватка врачей (обеспеченность на 1/3 ниже средней по стране) и оборудования, поэтому многие жители республики вынуждены отправляться за качественными медицинскими услугами в Алтайский край. Кроме того, существуют общие для горных территорий проблемы – неравномерное размещение и ограниченная доступность медицинских услуг, особенно экстренной помощи.

Общая численность населения горного края за 1763–1797 гг. возросла в 1,6 раза, а за первую треть XIX в. (с 1797 по 1832 г.) – почти в 3 раза. Наиболее ощутимым был прирост населения семи дючин – в 3,4 раза. За последующие полвека (1832–1880) продолжился рост населения – с 12,8 до 27,3 тыс. человек. В 1897 г. общая численность населения края составила около 46 тыс. человек, в том числе дючин – 21,6, чуйских – 4,2, черневых – 5,0, Кондомо-Шелкальской – 0,8, Верхне-Кумандинской – 1,4, управ – 4,6 и крестьянских волостей (с Уймонской управой) – 8,2 тыс. человек. Увеличение численности коренного населения происходило на основе естественного прироста, а на рост русского населения заметное влияние оказывал постоянный приток населения из соседних районов Сибири. За 15 лет (1897–1912 гг.) население горного края увеличилось в 1,5 раза. Данные за 1912 и 1916 гг. можно сопоставить только по всему населению региона, ибо дючины, управы и кочевые волости были уже упразднены. За 4 года численность населения горного края, несмотря на мировую войну, возросла от 69,3 до 78,9 тыс. К сожалению, пока не установлена точная численность населения Горного Алтая на 1917 г. В литературе 1920–1930-х годов приводятся данные о 85–85,3 тыс. человек.

Данные о национальном составе населения Горного Алтая свидетельствуют о неуклонном росте всех основных национальностей Горного Алтая. За 100 лет (1797–1897 гг.) численность коренных жителей возросла в 8 раз (с 4,4 до 35,2 тыс. чел.), а русского населения (1816–1897 гг.) – в 16 раз (с 0,6 до 9,7 тыс. человек). За указанный период наблюдается процесс постепенного уменьшения удельного веса коренного населения при одновременном увеличении доли русского населения. За 1816–1897 гг. удельный вес первой группы в общей массе населения региона снизился с 92,7 до 76,4 %, а второй группы возрос с 7,3 до 21 %. Это объясняется большими темпами естественного и механического прироста русского населения. Обращаясь к данным начала XX в., видим, что при общем увеличении численности населения всех национальностей доля коренных жителей продолжала снижаться, а удельный вес русских, наоборот, увеличился. С 1897 по 1912 г. численность первых возросла на 16 % (с 35,2 до 40,8 тыс. человек), а вторых – в 2,7 раза (с 9,7 до 26,5 тыс. человек). К 1912 г. удельный вес коренных жителей в общей массе населения горного края снизился до 58,9 %, а русских – возрос до 38,2 %. Пока нет возможности привести сведения о национальном составе населения Горного Алтая на 1916 и 1917 гг. в силу отсутствия обработанных материалов.

В рассматриваемое время коренное население Горного Алтая состояло из 6 этнотерриториальных групп: кумандинцев, телеутов, чалканцев, тубаларов, теленгитов и собственно алтайцев (алтай-улус). Причем населе-

ние последних 4 групп было полностью сосредоточено в Горном Алтае, а значительная часть населения двух первых групп проживала в предгорных районах Бийского округа, а также в Кузнецком округе. В официальных документах и исторической литературе рассматриваемого времени собственно алтайцы назывались «алтайскими (бийскими, горными) калмыками»; теленгиты сначала – «калмыками-двоеданцами» (изредка – «урянхайцами»), а после 1865 г. – чуйскими теленгитами. Тубалары и чалканцы (вместе с шорцами) именовались «черневыми татарами», а телеуты и кумандинцы – без изменения их названия.

В структуре этнотерриториальных групп коренного населения наблюдаются значительные изменения. Данные источников показывают, что основная масса коренного населения относилась к собственно алтайцам (населению семи дючин). Хотя их численность, как и других этнических групп, постоянно росла, но удельный вес в общей массе постепенно снижался. Связано это, главным образом, с ростом населения двух групп – телеутов и теленгитов. По переписи 1897 г. собственно алтайцы составляли 50,6 %, теленгиты – 12,7 %, телеуты – 14,1 %, тубалары – 10,9 %, кумандинцы – 9,5 % и чалканцы – 2,2 % всего коренного населения Бийского уезда. Указанные этнотерриториальные группы делились на множество родов – сёоков.

Изучение конкретно-исторических материалов показало, что численность населения Горного Алтая, его основных этнических и национальных групп на протяжении второй половины XVIII – начала XX в. неуклонно росла. Горный Алтай представлял собой малонаселенную и слабо осваиваемую окраину России. Поэтому на этнодемографический процесс оказывал влияние приток населения из соседних сибирских и других районов России. За 150-летний период развития в составе России численность коренного населения Горного Алтая возросла в 15 раз (от 2,7–3 до 42–43 тыс. человек).

Для конца XIX – начала XX в. характерно усиление хозяйственных и этнокультурных связей между коренными этнотерриториальными группами. В начале XX столетия алтайцы (алтай-улус) сформировались в народность. Но в силу особенностей исторического развития горного края сохранились самобытные этнотерриториальные группы теленгитов, тубаларов (йыш-улус), чалканцев и кумандинцев. Миграционные процессы (приток русских крестьян), аграрные и административные преобразования, торговля и другие факторы усиливают межэтнические (русско-алтайские) взаимодействия. Это нередко приводило к культурной (языковой) ассимиляции части коренного населения.

На протяжении XIX – начала XX в. две основные национальные группы Горного Алтая – алтайцы и русские – существенно отличались по формам хозяйствования, культурно-бытовому укладу и образу жизни. Местные русские крестьяне, являясь носителями оседлой земледельческой культуры, влияли на развитие скотоводческого хозяйства и быта алтайцев. В основе этого процесса лежали длительное соседство и постоянно усиливающиеся хозяйственные и культурные связи алтайского и русского населения. Одним из позитивных последствий совместного проживания двух народов стал переход большинства коренного алтайского населения в конце XIX – начале XX в. от кочевничества к оседлости. Подтверждением тому служат

позитивные сдвиги в развитии земледелия, сенокошения, форм жилища и поселений алтайцев. Непосредственное отношение к природе и зависимости алтайцев от продукта производства и сбыта араки определяет высокую частоту алкоголизации.

Арака (арька) – молочная (кумысная) водка, традиционно изготавливаемая коренными народностями Алтая, Бурятии, Калмыкии путем перегонки заквашенного молока. После однократной перегонки плотность достигает 5–11 %. Пьется только горячей, поскольку в холодном виде имеет неприятный запах.

Для русских и неславянских народов европейской части России в настоящее время распространено употребление алкоголя. Однако традиционно оно не является доминирующей формой этнокультурального бытия, а последствием этнической маргинализации общества XIX–XX вв. В традиционной культуре до середины 20-го столетия сельское население народов европейской части России потребляло спиртные напитки сравнительно мало, и по фиксированным традицией правилам варили пиво на праздники урожая, на свадьбы и пр. Девушки и неженатые парни 30-х годов XX в. вообще не имели права употреблять спиртное. Для карелов, вепсов, коми, удмуртов, мари и марийцев во многих местах до сих пор считается неприличным начинать трапезу с выпивки, пить рюмку залпом. Захмелеть за столом служит поводом для насмешек. У поволжских татар, башкир и чувашей потребление алкоголя носило ритуальный характер, а опьянение являлось признаком не только нарушения нравственных правил, но и признаком недостойной мужчины слабости, что наблюдается и поныне.

Алкобольные напитки до прихода русских были известны не всем народам Сибири, Крайнего Севера и Дальнего Востока. Их заменителем для населения тайги и тундры являлись (а в некоторых местах и являются до сих пор) мухоморы, к которым как к средству достижения измененных состояний сознания в ритуальных целях прибегали шаманы. Кочевники степей – скотоводы (алтайцы, буряты, калмыки, тувинцы, хакасы, шорцы) – производили алкоголь из молока, употребляли его исключительно в ритуальных целях. В результате этнической маргинализации и слишком сильного воздействия европейских культур большая часть народов Сибири, Крайнего Севера и Дальнего Востока подвержена риску возникновения алкогольной зависимости. К степнякам-скотоводам это относится в меньшей степени. Дело в том, что жители тундры и тайги часто, по своим физиологическим особенностям, относительно менее защищены от разрушительного действия алкоголя.

Народы Северного Кавказа до середины XX в. традиционно потребляли алкоголь для ритуальных целей. С распространением в Кавказском регионе мистического мусульманского течения суфизма (с 18-го столетия) здесь появилось ритуальное курение гашиша, ведь мусульманство запрещает употребление алкоголя. В настоящее время неритуальное потребление алкоголя и наркотиков распространено среди представителей северо-кавказских народов, находящихся за пределами мест их традиционного и компактного проживания. Для христианских народов характерна регламентированная традиция употребления спиртных напитков (вино – «кровь Христа»), опре-

деляющая кому, когда и сколько их можно употребить. Для христиан в целом нежелательно употребление табака (есть русская поговорка: «Курить – бесам кадить, т. е. приносить жертву бесам»), а также совершенно исключено употребление опия и других наркотических веществ. Для мусульманских народов, напротив, употребление алкоголя нежелательно, тогда как курение допустимо. В отдельных случаях для некоторых народов традицией допустимо употребление в пищу или в виде курения опия-сырца.

Этнокультуральное изучение закономерностей клинической динамики у жителей Монголии (Семке В.Я., Бохан Н.А., Эрдэнэбаяр Л., 2001–2006) осуществлено на материале реализации интернациональной межцентровой программы. При проведении исследования мы базировались на клинических критериях российской школы наркологии, чьи диагностические и клинико-динамические подходы вошли в практику наркологов Монголии. Проведенное нами изучение клинических проявлений алкоголизма у жителей Монголии предполагало клинико-динамическую оценку заболевания, позволяющую выделить его этапы и определенный стереотип развития. Подавляющее число выявленных больных по диагностическим критериям были отнесены нами к лицам, страдающим II стадией алкоголизма (70,2 %), что свидетельствует о максимальных возможностях выявления заболевания именно на данном этапе его развития. Этому способствует клиническая манифестация основных синдромов заболевания на этом этапе, осознание алкоголизма как заболевания ближайшими родственниками и окружающими больного, появление алкогольно-обусловленного социального и профессионального неблагополучия.

Начальная стадия алкоголизма выявляется реже (19,5 % всех больных), так как в большинстве случаев это состояние ни самими больными, ни их близкими и сослуживцами не квалифицируется как болезнь. Количество выявленных больных III стадией алкоголизма составляло 10,3 %. Клиническое обследование данных больных не выявило достоверных различий клинических характеристик заболевания по сравнению с контрольными данными. По-видимому, это отражает неспецифичность конечных состояний при алкоголизме как общепсихиатрической категории, что выражается в сглаживании личностно-когнитивных проявлений алкогольной деградации с клинической манифестацией выраженной соматоневрологической органопатологии, обусловленной алкогольной интоксикацией.

Анализ клинической симптоматики I стадии алкоголизма выявил ее основные особенности у жителей Монголии: быстрая утрата борьбы мотивов, типичных сомнений («пить или не пить»). Эта особенность является довольно специфичной для первичного патологического влечения к алкоголю в условиях Монголии. Следующим важным клиническим симптомом на этой стадии является интенсивный рост толерантности к спиртному – в среднем в течение $2,7 \pm 0,17$ года и достигает 1–2 литров водки (которая является основным алкогольным напитком в Монголии). Столь же быстро развивается и утрата контроля за количеством выпитого с эксцессивным характером алкоголизации уже на I стадии заболевания. Другой особенностью I стадии алкоголизма у жителей Монголии, отражающей состояние реактивности организма, является отсутствие (в большинстве случаев) сим-

птома утраты аппетита и рвотного рефлекса, которые сохраняются длительное время (включая переход во II стадию заболевания). Дисмнестические нарушения на этой стадии алкоголизма выявляются у 80,4 % больных и характеризуются парциальными расстройствами ее функций типа палимпсестов. Особенностью I стадии алкоголизма является высокий удельный вес амнезий финала опьянения в связи с эксцессивным характером алкоголизации при утрате количественного контроля.

Таким образом, I стадия алкоголизма у жителей Монголии характеризуется общеизвестными базисными клиническими принципами этого этапа заболевания. Но имеются некоторые специфические особенности: высокий удельный вес эксцессивного характера алкоголизации с амнестическими формами финала опьянения: ускоренное формирование первичного патологического влечения к алкоголю с быстрой утратой борьбы мотивов; интенсивный рост толерантности к этанолу и быстрая утрата количественного контроля; долгая сохранность аппетита и рвотного рефлекса.

Комплексное изучение социально-психологических и клинических характеристик больных II стадией алкоголизма установило наличие хронической дезадаптации внутрисемейных отношений больных алкоголизмом. Помимо семейной дезадаптации на выраженность и тотальность нарушений социального функционирования больных (с наличием стойкого психопатоподобного поведения) указывает высокий удельный вес пациентов (35,8 %), совершивших правонарушения, причем наибольшую группу среди таких больных составили лица, которые уже преморбидно отличались эксплозивными (59,4 %) и истерическими (19,2 %) проявлениями.

При изучении острой алкогольной интоксикации определена клиническая типология алкогольного опьянения у больных, которая представлена дисфорической трансформацией опьянения – в 62,9 % случаев (в контроле – у 18,3 % пациентов; $p < 0,05$), а также вариантом опьянения с параноидной настроенностью (27,9 %; $p < 0,05$). Характерным явилось наличие психомоторного возбуждения с агрессивным поведением экстрапунитивной направленности – у 39,1 % пациентов (в контроле – 10,0 %; $p < 0,05$). Облигатность дисфорической трансформации алкогольного опьянения следует отнести к характерным изменениям алкогольного опьянения у больных алкоголизмом среди населения Монголии.

Более чем у половины пациентов (51,4 %) оказалась типичной форма злоупотребления алкоголем по типу псевдозапоев. На втором месте по частоте выявлено постоянное пьянство с высокой толерантностью к алкоголю (37,6 %), что несколько превышает контрольные показатели (23,3 %, $p < 0,05$). Наконец, частоты перемежающейся формы и постоянной с низкой толерантностью к этанолу составили соответственно 2,3 и 8,7 %. Наиболее характерным для формы алкоголизации среди больных в условиях Монголии явился эксцессивный тип приема алкоголя с употреблением массивных доз спиртного, вызывающих при острой алкогольной интоксикации расстройства поведения (дисфорический аффект с параноидной установкой, оглушение) и амнестические формы опьянения.

В работах, посвященных взаимосвязи основных проявлений алкоголизма, измененные и амнестические формы опьянения относят к факультатив-

ным проявлениям алкогольной зависимости (Минутко В.Л., 1995). Результаты нашего исследования показали, что с момента клинической манифестации развернутых форм алкогольного абстинентного синдрома амнезии опьянения становились тотальными (амнезия большей части событий алкогольного эксцесса) и сопровождали почти каждую алкогольную интоксикацию. В дальнейшем при установлении плато максимальной толерантности и эксцессивного стереотипа алкоголизации алкогольные амнезии у больных рано утрачивают линейный характер своей выраженности от дозы принятого алкоголя.

Развитие амнестических форм опьянения коррелирует с возрастом установления эксцессивного типа алкоголизации ($r=0,69$), плато максимальной толерантности к этанолу ($r=0,72$), наличие которых определяет усложнение физикальной картины состояния острой алкогольной интоксикации. С клинических позиций внимания заслуживает тот факт, что интенсивный рост толерантности к алкоголю с высокой степенью достоверности ($p<0,01$) коррелирует с развитием измененных форм опьянения ($r=0,792$), употреблением суррогатов алкоголя ($r=0,783$), алкогольной деградацией с асоциальным поведением ($r=0,717$), клинической манифестацией амнестических форм опьянения ($r=0,675$) и возникновением алкогольных психозов ($r=0,701$).

При анализе клинических вариантов изменений личности при II стадии алкоголизма выявлен высокий удельный вес алкогольной деградации (68,1 %), которая в большинстве случаев (79,5 %) проявляется психопатоподобным вариантом по эксплозивному типу с ранним формированием дефицитарных когнитивных расстройств (80,4 %). У больных с алкогольной деградацией еще не выявлялись такие основополагающие критерии перехода заболевания в III стадию, как истинные запои и интолерантность. Это свидетельствует о парциальном характере преждевременного (ускоренного) развития клинических проявлений психопатоподобных вариантов алкогольной деградации с облигатным когнитивно-дефицитарным компонентом. Последнее обстоятельство определяет целесообразность разработки эффективных оздоровительных мероприятий по модернизации профилактических программ наркологической помощи населению.

Учитывая возросшее внимание специалистов к этнопсихологическому аспекту аддиктологии малочисленных народов, есть необходимость на основе эпидемиологического и комплексного обследования разработать новую концептуальную модель медицинской помощи, адаптированную к географически отдаленным районам, не располагающим квалифицированными врачами. Как показали многочисленные исследования и наши собственные многолетние наблюдения, аборигенам по тем или иным причинам не свойственно обращаться в стационары по поводу лечения алкоголизма. Пьянство, начальные стадии заболевания и болезнь проходят в семье без критики со стороны родственников, что усугубляет негативную картину наркологической ситуации популяции. Базис концепции должен опираться на иерархическую структуру этноса (совет старейшин, авторитетных профессионалов, отвечающих за промысловые ресурсы и пищевые ценности) и его этнопсихологическое прошлое, подчиняющееся в разных культурах единым законам и их эволюции. Ценность концепции видна из ее содержания и историческо-

го прошлого этноса – материальной и духовной культуры. Именно совет старейшин в прошлом принимал участие в классификации предков собственного рода и не допускал кровного родства (прообраз клинициста-генетика, медико-генетической консультации) в малых этнических циркумполярных популяциях. Ведущая роль старейшинам отводилась в нормативном, ритуальном употреблении наркотических веществ растительного происхождения (вид гриба из породы мухоморов) у чукчей и коряков Северной Камчатки. Больных наркоманиями в этих архаичных популяциях не было. Приведенные примеры затрагивают лишь незначительную часть этнокультурального фактора, входящего в систему эволюционной психиатрии.

В малочисленных северных монголоидных этносах можно выделить следующие особенности: картина наркологической патологии, заболевания и смертности более благоприятна у представителей североазиатской расы южной группы (нанайцы, удэгейцы), чем у арктических монголоидов (нганасаны, чукчи, эскимосы). В исследуемых популяциях прослеживается трансмиссия наркологических, суицидальных и агрессивных проявлений по семейному (родовому) типу. Процесс отбора в архаичных популяциях определен действием токсических (хроническая алкоголизация) и стрессогенных (аккультурация, индустриализация) факторов и направлен на индивидов с определенной морфофенотипической конституцией (полигенные детерминированные признаки), уязвимой к широкому спектру психических расстройств. С позиции первичной профилактики по выявленным предпосылкам, детерминантам, предикторам (клинико-динамическим, клинико-генеалогическим, биохимическим, психологическим, морфометрическим) можно предположить «сценарный» характер изучаемой патологии и прогнозировать ее в семейном и индивидуальном лечебно-реабилитационном контексте.

Феномен аккультурации, утраты традиционных профессиональных навыков у монголоидов Севера ведет к психическим расстройствам и злоупотреблению алкоголем. Особенно это касается мужского населения, у которых последствия форсированной алкоголизации чаще всего необратимы. Поэтому следует разработать профилактическую стратегию, основанную на многоэтапном и многолетнем обследовании и лечении, оказании психологической и психокоррекционной помощи в местах проживания аборигенов выездными комплексными медицинскими бригадами. Это условие обязательное, но недостаточное – необходимы целевое финансирование, творческий контакт и понимание со стороны администрации региона, являющихся своеобразной моделью бюрократических нравов и поступков столичных министерств и ведомств. Но даже в этом случае работа будет эффективна только после выявления вариабельности психопатологии, ее зависимости от этнокультуральной принадлежности с учетом региональных и экономических особенностей. Пролонгация эффекта будет достигнута, если выработанная методика предикции (интегральные показатели идентификации) алкоголизма будет сфокусирована на «алкогольную» семью, её потомство, членов семьи.

Приверженцев только стационарных подходов лечения взрослого населения естественных (реальных) популяций, по нашему мнению, ждут неизбежные разочарования в решении патокинеза психопатологических

и аддиктивных проблем, оставляя психиатрическую и наркологическую службы на многие десятилетия в трясине неопределенности. Поэтому такие комплексные работы следует проводить в контексте психологической антропологии, рассматривающей нормативные и патологические вариации поведения с позиции интегрирующих дисциплин. Актуальность и сложность подобного подхода заключаются в единстве болезненности и клинических проявлений психических расстройств, аддиктивного поведения индивида, семьи, рода и популяции с учетом социокультуральных паттернов, этнографических и эпидемиологических данных.

Первоочередную задачу мы видим в создании новых пластичных прогностических моделей и эффективных профилактических программ. Они должны быть применимы к конкретным контингентам лиц (с учетом религиозно-культурно-экологических основ, этнических и индивидуально-биологических факторов) с последующим внедрением в практику специализированной коррекционно-психиатрической и психологической помощи. Проведенные нами исследования в области транскультуральной психиатрии архаичных популяций обуславливают разработку новых методов профилактики, приемлемых в отдаленных поселках Центральной Азии, Западной Сибири и в экстремально-климатических зонах Арктики и Субарктики. Реабилитационные и психокоррекционные программы должны учитывать права коренных народов, стоять на защите от стереотипизации и дискриминации традиционных культур малочисленных этносов. В настоящее время непозволительно принимать абсурдные решения, не учитывающие опыт самореализации этносов.

Даже при соблюдении перечисленных условий успех реабилитационных программ будет достигнут нескоро. При возможности заглянуть за горизонт человеческого фактора хочется видеть будущее сибирских этносов защищенным от современных кризисных условий, с сохраненными этнокультуральными этносами и их эколого-хозяйственной автономией. Сегодняшний бюрократизм и равнодушие чиновников делают первое неприемлемым, второе – неразрешимым. Тогда как большинство этнографов и генетиков считают, что процессы метисации, урбанизации, потеря уникальных культур и языков на территории Сибири и Арктики практически необратимы, данное положение архаичных монголоидных этносов выглядит катастрофичным. Дискриминация коренного населения Севера и малочисленных народов Азии делает наше государство по меркам цивилизованных демократических стран негуманным и бесчеловечным.

Характерной особенностью северных монголоидов (СМ), выработанной веками и сохранившейся в рудиментарной форме и по настоящее время, являлась традиционная религиозно-мифологическая система, в которой основой мировоззрения была идеология шамана. Ритуал шаманизма и его психотехника были необходимы и всегда оказывались востребованными архаичным обществом. СМ не свойственно обращаться к врачам по поводу лечения психопатологических отклонений и алкоголизма. Вероятно, архаическое мышление СМ, уходящее своими корнями в далекое прошлое, является анозогнозической детерминантой к имеющейся психопатологии в популяции в общем. В частности психиатрам-клиницистам, если они не знакомы с этнокультуральными особенностями, трудно разобраться в пси-

хических отклонениях в рамках нозологии. Историогенез, архаическое мышление и синкретическое обрядовое действо СМ еще живы, что необходимо учитывать в клинике психических заболеваний и методологии профилактических программ (Семке В.Я., 1998).

Проблемы, связанные с потреблением алкогольных напитков, профилактикой и лечением алкоголизма, сохраняют актуальность, так как алкоголизм является важной медико-социальной проблемой современности, что обусловлено его высокой распространенностью среди населения и негативным влиянием на индивида и популяцию в целом. По данным ВОЗ, алкоголизм как причина смерти в мире занимает по частоте третье место, уступая злокачественным новообразованиям и сердечно-сосудистым заболеваниям. Во многих европейских странах люди с выраженным синдромом алкогольной зависимости в основном представлены лицами среднего и старшего возрастов. С другой стороны, результаты исследований ВОЗ, связанных с потреблением алкоголя среди населения в целом, проведенных в некоторых странах, например в США и Великобритании, указывают на то, что чаще всего эти проблемы встречаются в возрасте от 16 до 25 лет (Киселев А.С. и др., 1995). В любом случае речь идет о лицах работоспособного возраста, занимающих стержневое положение в социально-экономической и общественно-политической структуре общества.

Наркомания и алкоголизм опасны для здоровья последующих поколений, при этом их опасность усугубляется еще и тем, что помимо генетической угрозы оказывается мощное невротизирующее и психопатизирующее влияние в период формирования и становления личности ребенка. Кроме характерологических особенностей важную роль играет ряд других факторов, одним из них является расовая, этническая принадлежность, учитывающая влияние географических, культурных, общественных условий, в которых живет народ, его психологии, обычаев, что накладывает отпечаток на клиническую картину, течение, исход алкоголизма.

Несмотря на большое количество литературных данных о наркологических проблемах, этнонаркологические аспекты остаются еще недостаточно изученными. В настоящее время этой стороне аддиктологии уделяется большое внимание. За последние годы в литературе появились научные материалы этого направления, на базе научно-исследовательских институтов формируются лаборатории, подразделения по этнопсихиатрии, этнонаркологии и этнопсихологии, что говорит о новом, значительно более глубоком уровне изучения данного вопроса, разноплановости охвата ряда аспектов. Исходя из определения Ц.П. Короленко (1994), транскультуральная психиатрия, изучая роль социокультуральных факторов в этиологии психических нарушений и их взаимодействие со средовыми, психологическими и биологическими переменными при различных психотических и невротических состояниях, направлена на понимание человека, его психологии, религии, обычаев, мифологии культуры в целом. В настоящее время формируется принцип многопрофильного транскультурального исследования, рассматривающий этнопсихиатрию и этнонаркологию с позиции научной дисциплины, находящейся на стыке медицины с экологией и биологией человека (Семке В.Я. и др., 1994).

Культуральный подход в психиатрии, сравнительный анализ психопатологических феноменов в разных культурах, сопоставление их с особенностями самих культур представляют возможности, отсутствующие при изучении психических расстройств в рамках одной культуры. Современная культура, существующая парадигма психических расстройств нуждаются в отстраненном культурологическом анализе (Миневич В.Б., 1995). Транскультуральная психиатрия не должна замыкаться на исследованиях «горизонтального» типа (сравнения различных культур), а включать в сферу своих интересов и «вертикальные» подходы, содержащие изучение одной популяции в изменяющихся социокультуральных условиях (Короленко Ц. П., 1995). Не только в различных культурах, но и в рамках одной культуры в разное время или даже одновременно одни и те же психические феномены могут быть оценены с различных позиций: нормативные и отклоняющиеся, которые могут получить медицинскую, морально-этическую, религиозную интерпретацию.

Регионы Сибири и Крайнего Севера характеризуются жесткими климатогеографическими условиями: большой размах уровня температур, скудность животного и растительного мира, перепады атмосферного давления, шквальные ветры, ураганы, бури. Несмотря на сложившийся жизненный опыт, член архаического общества, ведущий кочевой и полукочевой образ жизни, основным источником существования которого являлись охота, рыболовство, собирательство, ощущал слабость и неуверенность по отношению к окружающему миру. Стремление утвердиться на земле заставляет его одушевлять силы природы, тем самым приближая себя к ней.

Считается, что поведение, связанное с употреблением алкоголя, в наибольшей степени скоррелировано с культуральными особенностями представителей этносов. К подобному заключению пришли специалисты, изучающие народонаселение в Америке. Индейцы и жители Аляски существенно отличаются от других представителей сельского населения по ряду культурных, исторических и социально-экономических факторов. По сравнению со «средним» американцем среди индейцев и жителей Аляски повышена распространенность потребления алкоголя и наркотиков. Поскольку у индейцев и жителей Аляски отмечается ряд общих культурных характеристик, выдвинуто предположение, что в основе алкоголизма и наркомании у них лежат культурологические особенности (Beauvais F., Segal B., 1992). При этом среди некоренных жителей Аляски также отмечается распространенность алкоголизма и наркомании, что свидетельствует о том, что данные явления имеют общие социальные корни: неопределенное экономическое положение, семейная нестабильность, недоступность культурных ценностей и др. Проживание в сельской местности, географическая отдаленность и неразвитость служб здравоохранения и соцобеспечения представляют собой факторы, затрудняющие профилактику наркологических заболеваний.

Одинаковый уровень заболеваемости алкоголизмом среди лиц одной национальности определяется главным образом общностью наследуемой генетической информации. С 1990 г. наблюдались лица с 15-летнего возраста четырех основных коренных групп Тайваня (Atayal, AMI, Bunun и Paiwan) с использованием клинического интервьюирования и диагностических кри-

териев DSM-III-R с целью выявления алкоголизма. Установлено, что ежегодно заболеваемость составляла от 2,8 до 4,9 % среди представителей этих коренных групп, что не противоречило имеющимся средним данным для выбранного этноса. Самая высокая частота встречаемости неумеренного приема спиртных напитков выявлена среди подростков и лиц молодого возраста, а также среди женщин среднего возраста. Высокий процентный уровень алкоголизма среди аборигенов Тайваня обусловлен взаимодействием социокультурного и биологического факторов и не отличался от такового среди обследованных групп аборигенов (Chen W.J., Cheng T., 1997).

При исследовании связи между наследственно обусловленной индивидуальной чувствительностью к спирту и социально-психологическими факторами в приеме спиртного среди студентов Японии (Sobue I. et al., 1997) установлено, что лица, не имеющие реакции в виде покраснения лица после приема спиртного и положительной накожной пробы с этиловым спиртом, употребляли большее количество спирта и имели более высокую кратность приема, чем реагирующие положительно. Часто их поведение не соответствовало социально приемлемым нормам. Неумеренный прием спиртного и нарушение поведения среди лиц, имеющих реакцию в виде покраснения лица, были значительно ниже, чем в сравниваемой группе. Особенности ферментативной системы оказывают влияние не только на кратность приема алкогольных напитков, индивидуальную чувствительность, клинику и течение алкоголизма, но и на некоторые моменты физиологических процессов, приводя порой к неожиданным результатам анализа соматической патологии.

Чем тяжелее врожденные аномалии, тем меньше их влияние на генофонд. Главным фактором ухудшения генофонда являются различные заболевания, но выраженные не настолько резко, чтобы повлиять на возможность иметь потомство и тем самым передать генетические дефекты. Таким образом, наиболее опасны для генофонда так называемые пограничные расстройства. Но именно они, как свидетельствуют материалы ВОЗ, возросли в десятки раз. За счет пограничных расстройств число пользующихся психиатрической помощью выросло до 15–20 % населения. Если большая часть этих расстройств определяется условиями внешней и внутренней среды – стрессами, условиями жизни, качеством пищи, воздуха, воды, степенью загрязнения окружающей среды и т. п., то от экономических возможностей государства, от социальных приоритетов зависит возможность управления генофондом (Киселев А.С. и др., 1995).

Разработка диагностических критериев для идентификации алкоголизма и чрезмерного потребления алкоголя – залог успеха в профилактике развития алкоголизма как среди индивидуумов, так и общества в целом. Многонациональное изучение позволит разработать биологические маркеры, с их помощью с высокой степенью достоверности и специфичности можно будет идентифицировать проблемы, связанные с приемом спиртного. Эти критерии должны быть разработаны с учетом исторической информации о приеме спиртного индивидуумами, привычек и традиций.

Мультифакториальная концепция алкоголизма предполагает участие в его формировании, наряду со специфическим действием этанола, трех ос-

новых групп факторов: индивидуально-биологических (конституционально-морфологических, нейрофизиологических, биохимических), средовых (микросоциальных) и психологических (личностных особенностей). Удельный вес и значимость составляющих данной генетической триады алкоголизма кондиционально связаны с характеристикой популяции. Однако не только этим определяется актуальность изучения региональных аспектов наркологических заболеваний. Региональные модели изучения алкоголизма, наркоманий и токсикоманий создают условия для прикладной реализации банка эмпирических данных в локальные и глобальные реабилитационно-профилактические наркологические программы.

Для полного анализа проблемы психического здоровья населения, прогноза ее тенденций, научно обоснованного планирования эффективных лечебно-профилактических мероприятий в области наркологии необходимы масштабные клинико-эпидемиологические исследования. Их последовательная реализация позволяет провести сопоставление динамики заболеваемости и болезненности населения, оценить эффективность научных программ в зависимости от ресурсов специализированной медицинской помощи, климатогеографических, демографических, этнокультуральных, социально-экономических факторов, влияющих на здоровье популяции.

Аналитические эпидемиологические исследования отдельных территорий выявляют факторы риска алкоголизма с учетом региональных особенностей. И.Г. Ураков, М.А. Хотиняну (1986), А.К. Качаев и др. (1982) выделяют для Прибалтийского и Среднеазиатского регионов угрожаемые категории населения в плане формирования бытового пьянства и алкоголизма. К первой группе отнесены мужской пол, «некоренные жители», лица с начальным и неполным средним образованием, невысоким уровнем профессиональной квалификации, нейтральной или негативной установкой на труд, а также ранний возраст знакомства с алкоголем, наличие алкогольных традиций в условиях производственных микрогрупп; ко второй группе – воспитание в семье, не соблюдающей или формально соблюдающей национальные традиции и уклад жизни, проживание в смешанном национальном окружении, либеральное отношение семьи к употреблению алкоголя.

По И.Г. Уракову и др. (1986), имеются регионы с низкими (республики Закавказья) и высокими (Россия, Украина, Белоруссия, Молдавия, Латвия) показателями алкоголизма, что связано с генетическими, культуральными, религиозными и иными факторами. Л.Д. Мирошниченко, В.Е. Пелипас (1991) приводят результаты региональных различий в распространенности алкоголизма в стране (к сожалению, не дифференцируя ее восточные регионы). С применением метода «рангового динамического анализа» показаны существенные различия по отдельным территориальным образованиям бывшего Советского Союза: на одном полюсе с высокими показателями находятся РСФСР, Украина, Белоруссия, Молдавия, Латвия (I группа), Литва, Эстония, Казахстан, Киргизия (II группа), на другом – с небольшими показателями – Узбекистан, Таджикистан, Туркмения (III группа) и Грузия, Армения, Азербайджан (IV группа). Состав групп определился окончательно уже в 1975 г., после чего республики «менялись рангами» исключительно в пределах своей группы. По данным цитируемых авторов, в республиках

первых двух групп сосредоточено 97 % учтенных с стране больных алкоголизмом, причем в настоящее время алкогольная ситуация в этих регионах относительно стабилизировалась.

Переходя к конкретным разделам эпидемиологической характеристики алкоголизма в восточном регионе страны, следует сказать, что пьянство и алкоголизм в Сибири – явление не новое. Исторические данные на эту тему приведены в монографии В.Б. Миневича и др. (1990). Ф.Я. Неспелов (1930) упоминает о приказах в связи с пьянством жителей Тобольской губернии. Известные путешественники И.Г. Гмелин, Г.Ф. Миллер, посетившие Сибирь в XVIII в., оставили яркие описания пьянства обывателей. Например, Г.Ф. Миллер пишет: «Ни единого места я не видел, в котором пьянство было бы столь общим, как в Томске». И.П. Фальк (1824) приводит нелестные картины беспробудного пьянства, а И.Г. Гмелин свидетельствует о шести крупных пожарах в Томске за короткий срок, «которые были все от кормчества». Весьма красочны описания литераторами и этнографами пьянства у коренных народностей Сибири, к которому их приобщили далеко не лучшие представители русского народа.

Во второй половине XIX – начале XX в. у русских, проживавших на территории Сибири, ни уровень потребления алкоголя, ни характер пьянства и алкоголизма не отличались от таковых в других русских регионах России. Промышленная экспансия на востоке страны осуществлялась в этот период медленно, поэтому проблема алкоголизации была практически не актуальной. Однако положение изменилось коренным образом при активной колонизации Сибири (непосредственно перед Первой мировой войной), в особенности во время переориентации промышленного потенциала страны (во время Второй мировой войны и в послевоенное время). Огромные миграционные потоки создали целый ряд проблем, среди которых в рассматриваемом ракурсе наиболее значимы следующие.

Среди мигрантов оказалось относительно большое число психотиков (в том числе склонных к алкоголизации), лиц с аномальной структурой характера и больных алкоголизмом. Сказанное не означает, что все мигранты имеют медицинские проблемы, просто среди них большее количество девиантов, нежели в общей популяции. Миграция сопровождается перестройкой многих гомеостатических систем и при адаптации к экстремальным и субэкстремальным условиям часто бывают «срывы адаптации», которые сопровождаются учащением алкоголизации или быстрым становлением алкоголизма. Как показали наши исследования (Семке В.Я., 1986; Семке В.Я. и др., 1988), проведение иммиграционной политики создает трудности и в психической адаптации, в которой механизмы «защиты» (в рамках психоадаптационных состояний) связаны с механизмами «полома», создающими разные варианты психодезадаптационных состояний – астенический, дистимический, психовегетативный. Выраженность дезадаптационных состояний зависела от степени антрополого-экологических различий мест прежнего и нового проживания индивида; вместе с тем климатогеографические условия «вписывались... неотъемлемым блоком в структуру... экологического стресса». Общеизвестен и феномен аккультурации (взаимопроникновения культур и утрата некоторыми этносами традиций и обрядов).

При оценке клинико-эпидемиологических показателей необходимо учитывать этнокультуральные, климатогеографические и экономико-географические характеристики региона. На обширной территории Сибири и Дальнего Востока (площадь около 10 миллионов квадратных километров) наблюдаются разнообразные местные климатические условия – от резко континентального сурового, с перепадами температуры (Якутия, Норильский промышленный комплекс) до муссонного, с обильными осадками летом и весьма сухой зимой (Приморский край). Большая часть региона на юге занята лесостепью и степью, на севере – тайгой и тундрой. Резкие колебания атмосферного давления, действие сильных ветров, влияние низких температур затрудняют адаптацию человека к новым условиям существования. Интенсивное освоение суровых для жизни районов, стремительное продвижение человека в зоны с экстремальными и субэкстремальными влияниями также отражаются на состоянии психического здоровья индивида и популяций. Важной особенностью региона является малая плотность населения, разобщенность и отдаленность поселков, станций и вахт (наряду с развитием крупных территориально-промышленных комплексов), отставание в развитии социнфраструктуры, малая обеспеченность в сравнении с центральными регионами медицинской помощью. Все это сказывается на характере и особенностях трудовой деятельности – длительные периоды напряженного труда с высокой степенью риска, неудобств, физических лишений, частый дефицит сна в периоды вахтовых смен и длительных экспедиций, что требует релаксации.

В этой связи следует иметь в виду, что приживаемость населения зависит не столько от экстремальных климатогеографических условий, сколько от социально-бытовых и производственных показателей. По В.П. Казначееву (1984), значительная часть населения восточных регионов страны находится в состоянии хронического напряжения. К особенностям сибирского Севера относят и высокие заработки, существенный удельный вес холода (не обремененных заботами и обязанностями перед близкими), отсутствие навыка к разумному накопительству, традиции бесшабашного «купеческого» пьянства.

В русле рассматриваемых этнопсихологических аспектов алкогольной аддикции интерес представляет острая дискуссия на страницах газеты «Известия». Она, открываясь заметкой писателя Сергея Баймухаметова «Мы пьем не по своей воле»²⁶, начинается утверждением, что «так называемое русское пьянство стало аксиомой хоть на бытовом, хоть на философско-возвышенном уровне разговора. От вывода, что все русские врожденные пьяницы, хоть в петлю лезь, получается, что характер такой, наша национальная особенность, натура наша такая» (вспомним кинофильмы «Особенности национальной охоты» и «Особенности национальной рыбалки»). Для «поиска истины» автор пытается кратко очертить историю становления русской нации – именно великорусской, отличной от украинской и белорусской. Ее государственно-образующий элемент – славяне, давшие государству язык и веру; второй – степняки-тюрки (некий конгломерат в южно-российских

²⁶ 1 Баймухаметов С. Мы пьем не по своей воле // Известия. 1998. № 126. 9 июля.

степях); третий – прибалтийские племена, в основном литовцы; четвертая «составляющая» русского этноса – угро-финские племена, обитающие в междуречье Волги и Оки (без остатка в новом едином народе растворились мурома, чудь, меря, весь, а значительной частью и мордва, мари, удмурты, коми, пермяки). По представлениям автора, славяне, тюрки-степняки и прибалты имели иммунитет против алкоголя, а вот угро-финские народы его не имели и «первая встреча с алкоголем до сих пор сказывается для них катастрофически». Тяжело страдают от этого самобытно-общинные ханты и манси, не умеют пить финны, венгры и мадьяры. Как видно из сказанного, так называемое русское пьянство, приписываемое менталитету, национальному характеру – всего лишь историческое угро-финское наследство; тем самым снимается заклятие с русского народа, исчезает безысходность, из злого рока пьянство становится объяснимым, всего лишь историко-медицинским, историко-биологическим моментом. «Со временем народный организм переборется... Нездоровое чахнет, а здоровое живет. Естественный отбор. Главное же в том, что нет отныне заклятия и проклятия над целым народом», – на такой оптимистичной ноте заканчивает своё эссе С. Баймухаметов.

Возражения против спорной позиции не заставили себя долго ждать. Спустя месяц в «Известиях» вновь появилась заметка старшего научного сотрудника Института археологии РАН Владимира Сидорова²⁷. Ученый опровергает утверждение своего оппонента о значительной тюркской примеси в крови русских, так как в Киевской Руси тюркские народы (печенеги, торки, ковуи, берендеи, каракалпаки) жили обособленно, не смешиваясь со славянами. Точно так же, с позиций этногенеза, рассматривается участие угро-финской «составляющей» русского этноса. По его мнению, угры не имеют отношения к российской популяции, а финны (древнейшее население лесной зоны, освоившее её вскоре после отступления ледника), имея слабые следы монголоидности, проявляются в антропологическом типе скандинавов. В качестве аргумента автор приводит следующий довод: часть русских популяций (орловско-курские) практически не имеет в своем составе финской примеси, в других (псковские, вологодские, костромские, вятские) она преобладающая, однако по уровню алкоголизации особой разницы между ними нет. Таким образом, дурное питье не всегда стоит валить на расу (вспомним, что девиз святого Владимира «Веселие Руси еси питье» не имел никаких финских и иных корней); истоки этой беды следует искать не в биологической, а в социальной истории.

Мы привели эту дискуссию не в качестве научной аргументации этно-наркологических взглядов, а для иллюстрации факта оживляющегося интереса к многогранным проблемам этнонаркологии. Питаем надежду, что сопоставление различных точек зрения послужит постижению истины в её теоретическом и практическом ракурсах.

Пережитый страной длительный политико-экономический кризис негативно сказался на положении как нации в целом, так и отдельных её этносов. Имевшиеся трудности едва не привели к исчезновению многих духовных, нравственных традиций России, о чем было сказано Президентом страны

²⁷ 2 Сидоров В. Мы пьем, а вина финнов // Известия. 1998. 21 авг.

В.В. Путиным в ежегодном Послании, адресованном в 2007 г. Федеральному собранию: отсутствие собственной культурной ориентации, слепое следование зарубежным штампам ведет к потере нацией своего лица. Сказанное созвучно с мнением академика Д.С. Лихачева: «Государственный суверенитет определяется в том числе и культурными критериями». Основу духовности российского народа испокон века составляла идея общего мира для людей различных национальностей и конфессий. Русский язык является не просто хранителем целого пласта поистине мировых достижений, но и живым пространством многомиллионного «русского мира», значительно более широкого, чем сама Россия.

Наша страна находится на стыке Востока и Запада и географически, и с культурологической точки зрения. Ещё П.Я. Чаадаев утверждал, что Россия одним локтем должна опираться на Германию, а вторым – на Китай. Сегодня границы между странами становятся всё более прозрачными, а единственной преградой к плодотворному общению является недостаточное знание культуры, языка, менталитета, национальных особенностей стран-партнеров.

Проведенный на договорной научно-практической основе сравнительный анализ диагностических критериев, клинической динамики и терапии алкоголизма российскими учеными (В.Я. Семке, Н.А. Бохан, А.И. Мандель) и немецкими клиницистами (К. Даубер, Р. Рихтер, Р. Толле) при активном соучастии д.м.н. В. Мантлера (Судакова) вылился в плодотворное кросскультуральное исследование основных патогенетических и клинко-динамических закономерностей формирования алкогольной зависимости у пациентов амбулаторной психиатрической сети в Лейпциге (К. Даубер). Полученные клинические результаты послужили опорным пунктом для разработки интернациональных научно-исследовательских программ по изучению алкоголизма в рамках совместного международного проекта «Этническая психиатрия». Исследование динамики распространённости алкоголизма в практике психиатрического кабинета одного из районов Лейпцига показало значительный рост (с 7,2 до 25,2 %) заболевания под влиянием социальных факторов (рост безработицы, сокращение ряда социальных программ). Прогностически неблагоприятными показателями следует считать возраст 30–39 и 40–49 лет, профессиональную принадлежность к ИТР и квалифицированным рабочим, женский пол, развод, проживание в приюте для бездомных, безработицу, шизоидный и асоциальный типы преморбидной личности, длительность регулярного употребления алкоголя свыше 20 лет, наличие полиморфных соматоневрологических и психических нарушений в похмельном периоде, тяжелые обменные нарушения.

Сравнительный клинко-динамический анализ алкогольной зависимости, проведенный в рамках различных классификаций, установил, что продромальная стадия дельта- и гамма-алкоголизма в русской аддиктологии диагностируется чаще всего в качестве донозологических форм алкоголизма, критическая стадия дельта-алкоголизма – как первая, критическая стадия гамма-алкоголизма – как первая-вторая стадия алкогольной зависимости. Хроническая стадия дельта-алкоголизма диагностируется как вторая

стадия, а хроническая стадия гамма-алкоголизма – как третья и реже – как вторая стадия.

Исходя из мультифакториальной концепции алкоголизма, автором были разработаны дифференцированные программы превенции алкогольной зависимости. В их основу был положен психотерапевтический комплекс (Семке В.Я., 1987). Это положение соответствует общепринятым на Западе воззрениям, согласно которым терапия алкоголизма является прежде всего психотерапией (Jellinek E.M., 1952; Petry J., 1996 и др.).

Другой из вышеназванных стран, с учеными которой у нас имеются долготлетние творческие отношения (благодаря деятельности Дальневосточного филиала НИИ психического здоровья) по линии кросскультуральных исследований в области аддиктологии, является Китайская Народная Республика. За последние десятилетия произошел рост потребления алкоголя и связанных с ним проблем в Китае. Поскольку Китай составляет 22 % мирового населения, это имеет существенное потенциальное воздействие на мировое здоровье. Так как в современное время алкоголь – традиционная часть китайской жизни, его торгово-промышленное производство в Китае увеличилось более чем в 50 раз на душу населения с 1952 г. Параллельно это может служить свидетельством роста распространенности алкоголизма, который в ряду психических болезней переместился с девятого на третье место.

История приема алкоголя в Китае насчитывает 7000 лет (Shen и Wang, 1998). Алкоголь – часть многих традиционных фестивалей и празднований. Алкоголь также связан с искусствами и поэзией: известный китайский поэт Ли Бай (Ли Бо) известен как «святой алкоголя». Китайские культурные нормы поощряют социальное питье, но препятствуют уединенному питью. Несмотря на традицию «произнесения тостов» (т. е. убеждение друг друга выпить и как штраф на банкете) и «пари», пьющие китайцы имеют тенденцию не пить слишком много с друзьями.

Широкий диапазон алкогольных напитков потребляется в Китае: это крепкий дистиллированный ликер (более 50 % этанола), менее крепкий местный и иностранный ликер (этанол 30–40 %), вино и желтое рисовое вино (этанол 12–18 %) и пиво (этанол 4–6 %). Рисовое вино – общее обозначение для всех напитков, произведенных из хлебных злаков в Китае, с содержанием этанола 15–16 %. В Китае имеется уникальная форма алкоголя – это желтое рисовое вино («вино Пэджи»), богатое аминокислотами и известное как «жидкий яичный пирог». Количество пива, произведенного и потребляемого в Китае, увеличивается, Китай является теперь второй по величине страной в мире, производящей пиво (Тенденции питья в мире, 1996). В 1997 г. продажа пива составляла 67 % продажи всех алкогольных напитков в Китае, крепкие напитки – 28 %. Однако крепкие напитки все еще составляют главное абсолютное потребление алкоголя, причем потребление этанола в виде крепких напитков превысило в 4 раза количество пива в 1997 г. (Государственное статистическое бюро, 1998). Это связано с тем, что Китай подвергся быстрому социально-экономическому изменению с урбанизацией, западнизацией и изменением традиционной семейной структуры. Изменения в рыночной экономике обеспечили новый рынок для производи-

телей и импортеров алкогольных напитков. На основании текущих темпов роста прогнозируется, что ежегодное китайское производство алкогольных напитков повысится к 2005 г. до 42,5 л на человека, аналогично текущему ежегодному производству в Японии.

Традиционно питье и курение более характерны для китайских мужчин, чем для женщин. Дистиллированный спирт – первичный напиток выбора для мужчин, составляет более трети потребляемых напитков. Женщины чаще потребляют вино и пиво, чем другие напитки. Считается, что люди, живущие в Северном Китае, имеют более высокий уровень потребления алкоголя, чем на юге, что городские жители употребляют напитки более низкой крепости, чем это делают сельские жители, и что некоторые этнические группы, типа тибетского и монгольского происхождения, пьют больше, чем другие этнические группы. Однако фактические данные, документирующие эти различия, не приводятся.

Эпидемиологические обзоры отражают увеличение алкоголизма за прошлые 10–20 лет (Shen, 1987; Le, Xu, 1992; Zhang, 1992). В полевом обзоре психической заболеваемости в Китае, Shen и др. рассмотрели 38 136 человек старше 15 лет из 12 000 домашних хозяйств в 12 областях в середине 1980-х (1986). Только 6 случаев (0,016 %) диагностировано как зависимость от алкоголя по критериям ICD-9. Второй в национальном масштабе обзор проведен в 1993 г., охватив 7 областей. Распространенность алкоголизма по ICD-9 повысилась более чем 40-кратно до 0,68 %, алкоголизм был оценен как третья наиболее распространенная причина психической патологии. Рост распространенности алкоголизма происходил параллельно увеличению коммерческого производства алкоголя и значительному изменению в рамках китайского общества (ВОЗ, 2001).

Опрос подростков в пекинских общественных школах показал, что 78 % мальчиков и 61 % девочек потребляли алкоголь, с увеличением распространенности питья с возрастом (Li et al., 1996). Ритуал приема алкоголя подростками был связан с участием в неструктурированных социальных группах и с проблемным поведением.

Умеренное потребление алкоголя широко признается полезным в китайской культуре. Китайское исследование употребления алкоголя и смертности среди мужчин средних лет показало, что потребление не больше двух напитков в день было связано с 19-процентным сокращением смертности (Yuan и др., 1997). Точные показатели распространенности вызванного алкоголем цирроза печени не доступны. Сообщение относительно этнического меньшинства Zang (Тибет) показало, что из 41 патологически подтвержденного случая цирроза печени в 1987 г. 25 (61 %) были идентифицированы как алкогольный цирроз печени (20 мужчин, 5 женщин) (Zhao, Li, 1989).

Нао (1995) прокомментировал нехватку развернутой алкогольной политики. Доступ к алкоголю имеет мало ограничений и видов контроля. Не введены ограничения по возрасту, в котором его можно приобретать, алкоголь свободно доступен в торговле. Реклама алкоголя широко распространена, включая СМИ, телевидение (Shen, Wang, 1998).

Хотя алкогольные напитки несут бремя самого высокого налога в ряду предметов потребления в Китае, налогообложение только повышает доход,

но не является средством контроля потребления. Есть значительный рынок для незаконно произведенного алкоголя, продаваемого под видом известных брендовых марок, который в прошлом уже привел к отравлению большого количества людей (Shen и Wang, 1998). Ассоциация китайских потребителей начала общенациональную борьбу с поддельными продуктами, но это было мотивировано больше потерей прибыли у законной промышленности, чем беспокойством за здоровье нации (Xu, 1995; Shen и Wang, 1998). О безопасных пределах питья не издано национальных рекомендаций. Такие рекомендации будет трудно разработать и распространить из-за нехватки стандартизированных размеров напитков. Там, где потребляется алкоголь домашнего производства, еще труднее определить его крепость. Так же как и нет законодательства, регламентирующего управление транспортными средствами в состоянии опьянения.

Использование алкоголя и связанные с ним психические расстройства увеличатся, как и проблема здравоохранения в Китае в будущем, таким образом, общее бремя плохого здоровья, связанное с использованием алкоголя, будет нарастать. Необходим совместный подход исследователей, гарантирующий законодательные изменения и просвещение общественности. Необходимы программы для молодежи, входящей в группу риска по высокому потреблению. Учитывая масштаб страны и относительную новизну алкоголя как главной проблемы здравоохранения, требуется поддержка и сотрудничество с ВОЗ и другими общественными организациями.

Современная аддиктология сталкивается с проблемами, связанными с участием в генезе зависимости от психоактивных веществ совокупности этнических и социокультуральных факторов. Их влияние сказывается на формировании структуры личности, содержании психологических и патохарактерологических образований. Это воздействие «выводит» нас на рассмотрение факторов риска с учетом этнопсихологического окружения в позитивном (саногенетическом) и негативном (патогенном) аспектах. При этом чем теснее личность в период формирования связана с этнокультуральной средой, тем отчетливей проявляется модифицирующая роль последней, особенно в зависимости от половозрастных особенностей обследуемых. При сплошном изучении компактно проживающих 140 взрослых и подростков – удэгейцев и нанайцев – у 56 % выявлены психические отклонения, в том числе у 21 % – наркологическая патология (Трусов В.Б. и др., 1997).

Ответы на поставленные вопросы кроются в осуществлении последовательных государственных программ. Обнадеживающим фактом является официальное сообщение от 7 мая 1999 г. на пресс-конференции в Государственной Думе, посвященной вступлению в действие Федерального закона «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации». В заявлении известного национального политика Рамазана Абдулатипова сказано: «Впервые в истории России сделана попытка законодательно гарантировать права коренных малочисленных народов страны». Как было отмечено, в России проживает 65 таких этносов, общая численность которых составляет около 500 тыс. человек (или 0,3 % населения страны). Принятый закон гарантирует этим народам возмещение ущерба, нанесенного их исконной среде обитания в результате хозяйственной деятельности

различных организаций. Как видно, «лед тронулся»: на очереди разработка новых законодательных актов в этой сфере.

Психиатрия XXI в. должна будет отличаться от психиатрии XX в. (Fabrega Н., 2001). Последняя начала свой путь в социально поделенном мире, в котором острые категории и границы для определения психической болезни предполагались как актуальные. Международная психиатрия закончила свое гегемоническое влияние на сферы психического здоровья и болезни и вышла на финишную прямую успеха, основанного на доверии и оптимизме. Мир, в котором сейчас существует психиатрия, быстро меняется и будет продолжать изменяться, и это по необходимости произойдет с практикой социальной психиатрии, которая тоже должна трансформироваться. Этот вопрос предлагает точное видение направления, которому нужно следовать. Миграция, транснациональная коммуникация и осознание культурных различий изменяют характер сообществ во всем мире. Эти изменения, рассматриваемые в контексте всемирных политических и экономических факторов, требуют тесного взаимодействия представителей различных наций и этнических групп. Столкновения в мировых взглядах, отношениях, духовной ориентации и общем философском и моральном мировоззрении продолжают оставаться вечной реальностью городских центров во всем мире. В традиционных контекстах и среди лиц, которые не мигрируют физически, сила средств коммуникации имеет обыкновение психологически передвигать их: т. е. бросать вызов их местным, коренным культурным традициям в отношении психического здоровья и болезни. Достижения в социальных и культурных науках определили пути, благодаря которым элементы редукционизма и универсализма должны сдерживаться признанием человеческих различий и одновременно единой человеческой общностью.

4.3. ТЕРАПИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ АДДИКТОЛОГИИ

Величайшая добродетель, рядом с которой
все прочие меркнут, заключается в том,
чтобы не вредить никому и в меру сил помогать каждому.

Франческо Гвичардини

Научную проблему *психогений* (социоогений) необходимо рассматривать в историко-эволюционном ракурсе, имея в виду многовековую, полную драматизма и героических взлетов судьбу российской нации. Достаточно подвергнуть непредвзятому анализу «опыт проб и ошибок» последних лет, результат тех гигантских социально-экономических преобразований, совершенных в жизни всего лишь одного нынешнего поколения людей. Для каждого из нас далеко не безразличен прогноз путей и итогов развития человеческой особи, именуемой на современном этапе как *homo sapiens* (человек разумный). Непреложным представляется тезис о необходимости *нравственного* совершенствования отдельной личности и социальных групп как

предпосылки и условия выживания нашего общества, а по большому счету и всей человеческой цивилизации. Позитивным, обнадеживающим фактом правильности выбранного пути реформ и преобразований является широкая поддержка мировым сообществом новых смелых начинаний россиян, признаваемых одним из самых заметных явлений последнего времени.

Факторов, вовлекаемых в сложный многосторонний процесс нравственного усовершенствования, роста физической и духовной сущности личности, насчитывается великое множество, многие из них с трудом поддаются объективному анализу, однако следует хотя бы определить тенденции подобной динамики. Как правило, она развивается во взаимно пересекающихся «полях» (культурологическом, политическом, информационном и прочих) и имеет главной целью всестороннее усложнение новой *биопсихосоциальной* структуры личности (*homo noeticus*), достижение неизбежного торжества разума над социальным злом и невежеством.

Предпосылки к терапии и превенции в этнокультуральной аддиктологии. Перечень психогенных заболеваний, вызванных массовыми душевными потрясениями у многих миллионов людей на земном шаре, неизменно увеличивается и, как круги по воде, пополняется всё новыми и новыми синдромами, состояниями и нозологическими единицами. К их числу могут быть отнесены посттравматические, социально-стрессовые расстройства, дез-адаптационные и аддиктивные состояния, ноогенные невроты («пенсионное банкротство», «вакуумные ситуации», «реакции горя» и др.) и личностные девиации, как бы находящиеся в пограничной «зоне» между психическим здоровьем и душевными заболеваниями психогенной природы.

Спектр вызванных при этом душевных потрясений определяется «перекрёстным» взаимодействием трёх моментов: самой психогении (социогении), личностной predisпозицией, социально-психологической характеристикой ближайшего окружения. На практике речь идёт о силе, продолжительности и специфике неблагоприятного патогенного фактора, о преморбидной личностной структуре (здоровой, гармоничной, сбалансированной или же акцентуированной, невротической, патохарактерологической, постпсихотической), об оздоравливающем (саногенном) и деструктивном (патогенном) влиянии микро- и макросоциума (табл. 1).

Таблица 1. Сопоставление междисциплинарных целей и задач в области изучения здоровья личности

Цель	Общая валеопсихология	Клиническая валеопсихология	Психотерапия
Объект исследования	Здоровая личность Здоровый коллектив Группы риска	Личность в «третьем состоянии» Группы риска	Больная личность
Предмет интереса в объекте	Здоровье человека, коллектива, популяции Факторы, способствующие поддержанию и укреплению здоровья	Предболезнь (психоадаптационные состояния – психодезадаптационные состояния) Предрасполагающие факторы	Болезнь. Факторы патогенетические и саногенетические

Цель	Общая валеопсихология	Клиническая валеопсихология	Психотерапия
Основные методы достижения цели	Системное воспитание Самовоспитание Здоровый образ жизни Первичная, неспецифическая превенция	Донозологическая диагностика Превенция	Психотерапевтический комплекс
Основная задача	Формирование здоровой личности, способной сохранять и приумножать собственное здоровье	Улучшение условий физической и социальной среды Аутотренинг	Выздоровление Предупреждение дезадаптации

Сравнительный анализ социально обусловленных психогенных влияний подводит исследователя к попытке определить грани, различия, закономерности развития человечества в «смежных» исторических эпохах. Минувший XX в. в его начале получил противоречивые определения («закат Европы», «культурная дегенерация», «сумерки кумиров», «Апокалипсис нашего времени»), подтвержденные в последующем. Трудно отыскать в многовековой истории людей эпоху, сходную по накалу политических, идеологических и экономических страстей, остроте социальных катаклизмов, масштабам жертв военных столкновений и терроризма: две мировые войны, создание оружия массового уничтожения, расцвет и крах тоталитарных режимов, кровавые этноконфессиональные «разборки», диктат глобальной криминальной экономики, «высокотехнологичный» терроризм, а в конечном счете – угроза жизни и свободе (табл. 2).

Таблица 2. Шкала выраженности психотравмирующих воздействий (по DSM-III-R)

Психотравма		
Острая (менее 6 месяцев)		Хроническая (более 6 месяцев)
Отсутствует	Отсутствие острых психотравм, связанных с заболеванием	Отсутствие затяжных психотравм, связанных с заболеванием
Незначительная	Разрыв с другом (подругой) Начало или окончание обучения Отъезд ребенка из дома	Семейные ссоры Неудовлетворенность работой
Умеренная	Женитьба Разлука Потеря работы Отставка Аборт	Разлад в семье Серьезные финансовые трудности Конфликт с начальством Положение «родителя-одиночки»
Выраженная	Развод Рождение первого ребенка	Безработица Бедность
Экстремальная	Смерть супруга Серьезные соматические заболевания Стал жертвой насилия	Серьезная хроническая болезнь (у себя или ребенка)
Катастрофическая	Смерть ребенка Суицид супруга Стихийные бедствия	Оказаться заложником Пребывание в заключении в концентрационном лагере

Политологи и философы подмечают печальный итог основных достижений XX столетия – кризисом началось и кризисом закончилось. Переступив в новый век, политики и футурологи рисуют будущее такими же мрачными красками: нам угрожают «термоядерный Апокалипсис», «ядерная зима»,

«озоновые дыры», «демографический кризис», «глобальная дестабилизация», «международный терроризм» и другие ледящие душу страсти, отображающие состояние «всеобщего тотального кризиса». Для нового поколения интеллектуалов и молодых исследователей важны свежий и объективный взгляд на современный мир, осмысление причин мирового беспорядка и более близкой каждому индивиду ближайшей микросоциальной среды, стремление к построению нового общества, которое в «согласии с нашей верой бросит вызов вечности» (Мунье Э. Манифест персонализма / пер. с фр. М., 1999).

Прогресс человечества нередко приходится оплачивать дорогой ценой, и, к сожалению, одной из неизбежных расплат за грядущую совершенную цивилизацию является психическое здоровье конкретной личности и общества в целом. Известный социальный гигиенист академик Ю.П. Лисицын (1995) подводит печальный итог происходящей в последние годы социально-экономической неустроенности, политизации жизни общества, эмоционально-психологической напряженности, растущей экологической загрязненности, резкому и массовому ухудшению условий существования (рис. 1).

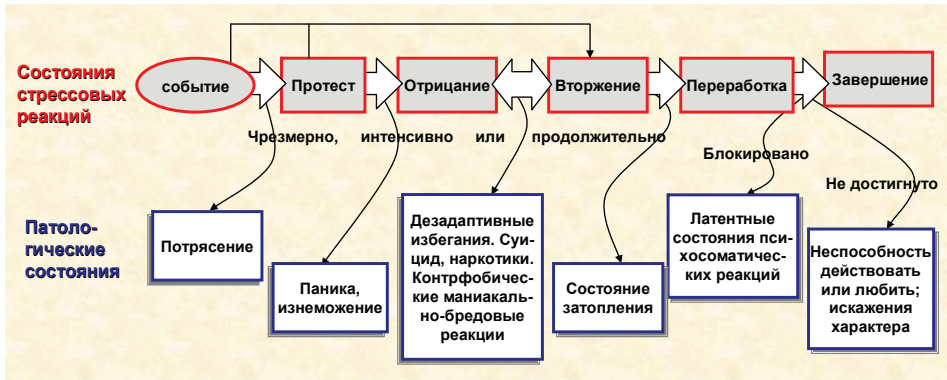


Рис. 1. Сано- и патогенетические механизмы развития ПАС – ПДАС

Россия, по Ю.П. Лисицыну, находится «на пути движения в пропасть деградации, дегенерации, обвала здоровья народа», который надо спасать, не дожидаясь решения всех политических, социальных и экономических проблем (один из путей выхода из кризиса видится в развитии *санологии* — науки о первичной профилактике здоровья индивида).

Ушедший в прошлое XX в. был веком *технократии действий* (с акцентом на физикализме, материализме). XXI в. предстает как столетие *технократии мысли*, стремящейся к обретению гармонии человека с природой, к воплощению в жизнь философии милосердия, любви, веры в Создателя, в искупление человеческих грехов (недаром 2002 г. отмечен мировой ответственностью как «год Антонио Гауди» — гениального каталонского архитектора, поборника концепции слияния Человека с Природой, своей жизнью подтверждавшего мысль о неисчерпаемости, безграничности человеческого гения, преемственности и совершенствовании поколений). На смену мифологического мышления приходит метафорический анализ с его конструктивными возможностями постижения действительности, красоты внешнего

мира, формированием интеллектуальных и нравственных векторов. Одной из трудностей исследования психогений является изменение клинической симптоматики, динамики и патогенеза неврозов и личностных расстройств. По Марксу, люди – «продукты обстоятельств и измененного воспитания... изменившиеся люди суть продукты иных обстоятельств и измененного воспитания» (Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. М., 1957. Т. 3. С. 2). Задачи ученых – определить истоки и прогноз на ближайшую и отдаленную перспективу. Изменения происходят постоянно: меняются мотивы, потребности, стиль жизни, мода. Если мы не способны улавливать и видеть перемены, своевременно приспосабливаться к ним, то окажемся банкротами. Для нас перемены – это образ жизни, и всё, что мы требуем от них, – уверенность в том, что они принесут нам пользу, а не вред.

Преодоление очередного рубежа тысячелетий позволяет воочию увидеть поэту, ученому и рядовому обывателю – в равной мере – диссонанс между научно-техническими достижениями человечества и более низким уровнем духовно-нравственных запросов в жизни современной личности. Мирское кредо *интернационалистической* психологической и психиатрической диагностики исключает существенные компоненты человеческой культуры, оставляя за пределами изучения мировоззрение, модели мышления, интерпретации эмоций, понятия личности и чувство духовного роста. Вместе с тем социальная и поведенческая экология общества должна занимать центральное место в объяснении клинических картин *современных* психогений (рис. 2, 3, 4).



Рис. 2. Классификация психогений

Адаптивное (как и дезадаптивное) человеческое поведение имеет сложные компоненты культурной психологии; системы культурных значений составляют «ядро» биологических маркеров и являются отправными крите-

пиями психиатрической диагностики, определяя персональную ответственность индивида за свое здоровье, его способность различать и выбирать истинные нравственные ценности, подчинять им свои поступки, поведение, способ жизни, своеобразие деятельности в природной и социальной среде.



Рис. 3. Фасадные поверхностные психогении

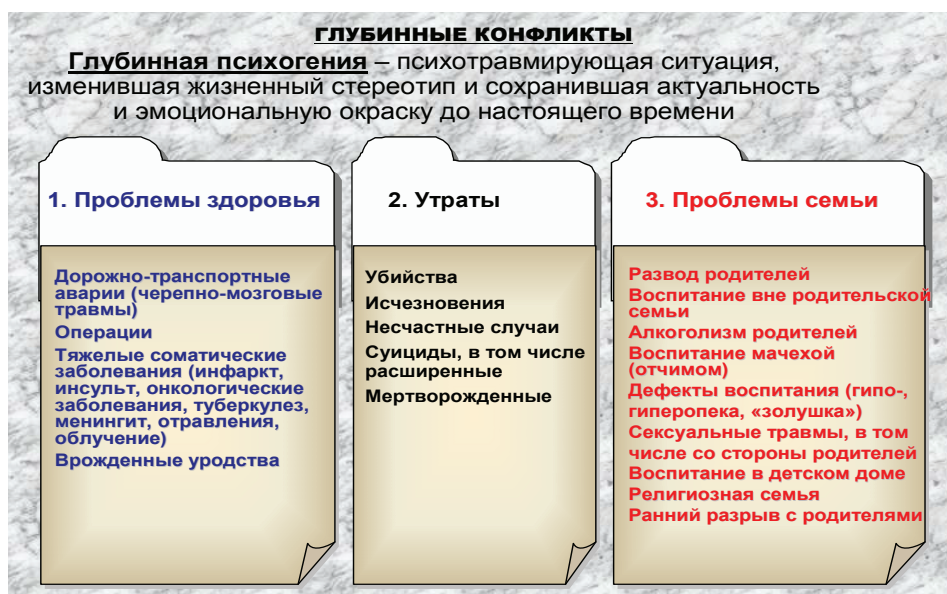


Рис. 4. Глубинные психогении

В многостороннем (психологическом, естественно-научном) сопоставлении механизмов поведения как в житейских, повседневных условиях, так и при становящихся всё более частыми чрезвычайных экстремальных обстоятельствах следует искать пути создания новых модулей совершенной, гармоничной, сбалансированной личности. На «стыке» основных разделов науки о человеке вскоре появятся оригинальные идеи и новые рецепты создания перспективных программ неуклонного развития как конкретных индивидов, так и широких общественных слоев и движений.

Для трех совокупных дисциплин (педагогики, психологии, медицины) характерно деятельное начало: не только теоретическое изучение человека, но и оказание действенной помощи в русле плодотворного изменения и развития; идея *динамики* пронизывает современные науки о личности, заинтересованные в её духовном росте и самосовершенствовании.

На современном этапе развития *человековедения* учение о психогениях призвано сосредоточиться на актуальных проблемах сохранения и совершенствования психического здоровья и благополучия человека, особенно в сложных условиях общественной жизни, естественно влияющих на ускоренное социальное развитие личности, задерживаемое консервативным биологическим «каркасом», фиксированными оковами многовековых традиций и обычаев. Естественно, новая наука о психическом здоровье человека должна быть «оплодотворена» свежими идеями клинической валеопсихологии; такие личностные стратегии и тактики явятся лейтмотивом стремления к достижению высот счастья и благополучия, которые гармонизируют и оздоравливают весь организм. Признаем, что общими фразами, проповедями о духовности и нравственности существующее положение вещей не изменишь,— нужны прочная научная позиция и стратегия человеческих коммуникаций с применением в «кризисных» ситуациях душевного соглашения, взаимопонимания и взаимодействия.

В новом третьем тысячелетии прогресс технизации и цивилизации неотвратим, однако параллельно с ним всё более нарастает «эпидемия» хронической усталости, алкогольной и наркоманической патологии, затяжных неспецифических (неинфекционных) заболеваний, невротических и личностных синдромов, новых форм аномальных реакций и развитий. Преодолеть эту опасную угрозу можно лишь совместными усилиями, направленными на достижение адаптации и компенсации: здоровье и болезнь составляют полюса определенного континуума, за динамику которого ответствен не только сам индивид, но и внешние, средовые условия жизни (вызывающие состояния перегрузки, неравновесия, кризиса, периодов, когда время от времени человек становится «немного больным»). Именно на этом этапе чрезвычайно необходим *социотерапевтический альянс* психолога и врача, который должен быть оснащен новейшим арсеналом диагностического, реабилитационного и предупредительного воздействия, а также достижениями современной кросскультуральной этнологии и психотерапии.

На заре нового тысячелетия перед человечеством стоит множество сложнейших задач по достижению гармоничной целостности физического, психического и нравственного здоровья людей. На этом триедином пути возникают комплексные проблемы по предотвращению экологических ка-

тастроф, преодолению межнациональных конфликтов, локальных войн, межперсональной отчужденности, лавины наркоманий, преступности, коррумпированности.

В последние десятилетия в структуре заболеваемости и смертности в стране (да и во всем мире) ведущее место занимают телесные и душевные расстройства, связанные с растущими негативными параметрами среды обитания, образом жизни, режимом труда и отдыха, дисбалансом питания. Во все большей мере сказываются отрицательные последствия научно-технического прогресса, оказывающие дезадаптирующее влияние на психику человека: урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки, адинамия, интерперсональные конфликты в производственной среде, работа в условиях опасного производства, угроза технологических аварий и др. Эмоциональный стресс в острой или хронической форме приводит к формированию психосоматической патологии, резко снижает трудовую и социальную активность людей, уменьшая профессиональное и физическое долголетие. Длительно протекающая микстовая патология серьезно подрывает трудовой и нравственный потенциал нации.

Вступив в новое тысячелетие, Россия столкнулась с беспрецедентным для мирного времени снижением численности населения (депопуляцией), прежде всего за счет уменьшения рождаемости и нарастания процесса смертности, в первую очередь трудоспособного населения (только в последние 5 лет в 2 раза возросла смертность мужчин 40–45 лет). Складывается уникальная демографическая ситуация: на 68 млн трудоспособных россиян приходится 80 млн нетрудоспособного населения (детей, инвалидов, пенсионеров, стариков). Наблюдается падение ожидаемой продолжительности жизни (величина, исчисляемая числом лет, которое проживает индивид, родившийся в данном календарном году, если на протяжении всей его жизни будут сохраняться неизменными возрастные коэффициенты смертности этого года). По аналитическим прогнозам, численность населения страны к 2015 г. уменьшится на 7 % и составит лишь 137 млн вместо 147 млн в 1994 г. (в США население возрастет с 261 до 309 млн, в Китае – с 1200 до 1400 млн, в Англии – с 58 до 60 млн, во Франции – с 58 до 61 млн). В связи с этим очевиден факт, что если будет проигнорирована реализация задачи подъема уровня душевного и физического здоровья населения (как в государственном, так и в региональном масштабе), то любые экономические реформы будут неизбежно сорваны по одной простой причине – физического вымирания населения, падающего в пропасть психической и физической деградации.

По исследованиям экспертов ВОЗ, в последние десятилетия возрастающее значение приобретают хронические неинфекционные заболевания, которые не являются фатальным следствием старения человеческого организма, а представляют собой «болезни образа жизни». Речь идет о патологии, развивающейся в ответ на быстрые изменения окружающей среды, и о связанных с ней деформациях современного жизненного уклада (нерациональное питание, низкая физическая активность, курение, алкоголизация и наркотизация, неадекватная реакция на стрессовые ситуации и др.).

В состав основных факторов, представляющих угрозу жизни и здоровью россиян, помимо внешней агрессии и глобальных военных действий,

включены экологическое неблагополучие, стихийные бедствия, рост числа беженцев и переселенцев, небезопасные условия труда. Главными детерминантами, определяющими уровень психического и физического здоровья населения, по мнению ряда исследователей, являются условия и образ жизни людей (50–55 % от общего вклада), состояние окружающей среды (20–25 %), генетические факторы (15–20 %), деятельность учреждений здравоохранения (10–15 %). Как видно из приведенных данных, примерно 80–85 % факторов, причинно связанных с формированием ХНИЗ, имеют прямое отношение к состоянию психического здоровья, затрагивая «этиопатогенетические источники» дезадаптационных и аддиктивных состояний.

Общепризнано, что из всех «составляющих» детерминант современный образ жизни (в отличие от генетической и экологической составляющих здоровья) может повлиять на относительно коротком историческом отрезке времени на показатели здоровья населения, тем самым в существенной степени снизить человеческие и экономические потери общества. Примером тому может служить опыт Канады, США, Финляндии по быстрому снижению за последние 20 лет смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, соотношение вклада первичной профилактики и индустриальных медицинских технологий составило 4:1.

На современном этапе движения научной мысли осуществляется активный поиск закономерного взаимодействия клинической динамики с выявлением патогенетических механизмов. По сути дела, на наших глазах происходит возврат к этиологическому диагнозу, но уже на новом витке знаний, систематизируются факторы риска, определяются патогенетические и саногенетические процессы, уточняются клинические параметры динамики. Все более очевидным становится вывод, что одно лишь перечисление возможных факторов риска не является результативным, концепция «мультикаузальности» не получила широкого выхода в медицинскую теорию и практику.

Весь исторический опыт мировой медицины и естествознания свидетельствует о взаимообусловленности, взаимодействии соматической и психической сферы, причем эти связи не линейны, многообразны, чтобы их постичь, нередко целесообразно упрощать эти изучаемые явления, оставляя возможности для последующих интегративных преобразований. Фактором, увеличивающим риск пребывания личности в состоянии хронической фрустрации при большинстве болезней (помимо шизофрении), является несовпадение социальной и социально-психологической ниши, в которой личность находится после достижения совершеннолетия, той, которая была заложена условиями воспитания на ранних стадиях индивидуального развития. По этой причине при большинстве хронических форм патологии наблюдается заострение черт личности, особенно заметна такая трансформация на начальных этапах болезни. Таким образом, само содержание структуры личности является промежуточным звеном между проблемой патогенетических механизмов и оценкой факторов риска. В последние годы преморбидные параметры личности все пристальней оцениваются с позиций аддиктивной психологии и психиатрии (в группу аддиктов включаются помимо лиц с алкогольной и наркотической зависимостью так называемые

работоголики, проблемные гэмблеры и многие другие субъекты с различными формами отклоняющегося поведения).

Выход психиатров в теоретической и практической деятельности за прежние узкие рамки изучения хронической психической патологии, а также их объяснимое стремление постичь причины и патогенетические механизмы с привлечением социально-экономических факторов оцениваются неоднозначно, эта общественная тенденция отмечена Ю.А. Александровским (1996). С точки зрения ортодоксального клиницизма, такие подходы расширяют границы психических заболеваний, делают их грани менее четкими. Однако при рассмотрении нормальной и болезненной психической деятельности эти границы вполне определены, а введение понятия *пограничные состояния* лишь подчеркивает необходимость поиска разграничительных критериев, установления промежуточных (переходных) психопатологических явлений между нормой и болезнью. Клиническая реальность свидетельствует о широком спектре нетрадиционных для нозологической психиатрии так называемых экстранозологических состояний психической дезадаптации, а не о «кризисе» в психиатрии. Учет патогенетических механизмов социобиологической сути человека становится все более неизбежным на пути разработки и оценки современных проблем психического здоровья.

Причины распространения хронических неспецифических заболеваний среди населения установлены относительно недавно, а знания о них формируются довольно медленно. Между тем хорошо и своевременно информированные люди могут сделать правильный выбор в сегодняшнем мире. Информированность о предрасполагающих к болезням факторов и о путях их устранения должна стать основным правом человека (Карпов Р.С., 1997). Правительственные органы обязаны взять на себя ответственность за своевременное просвещение населения по вопросам социальной профилактики и реабилитации – обучение основам сохранения и укрепления здоровья (прежде всего психического) играет столь же важную роль, сколько и изучение академических дисциплин. Важна действенная практическая помощь в «постановке» здорового образа жизни, привитии навыков привычной физической активности, преодолении вредных привычек, освоении конструктивных правил поведения в стрессовых ситуациях. Обучение населения навыкам психологической и психиатрической профилактики составляет неотъемлемую часть обширной стратегии, определяющей успех комплексных межсоциальных мероприятий, она предусматривает установление «обратной связи» с населением, создание концепции социального маркетинга, уменьшение существующего неравенства в вопросах охраны здоровья между различными социальными слоями общества. Такого рода образовательные программы следует направлять на конкретный фактор риска или заболевание, адресуя к определенной социально-психологической группе населения с учетом возрастных, демографических характеристик.

Многие проблемы социального развития общественной жизни воспитания, совершенствования интерперсональных отношений, установления здоровых коммуникаций решаются в ходе системного, интегративного подхода, совмещения психологических, педагогических и медицинских знаний.

Связь пограничных психических расстройств с образованием и воспитанием отражена в трудах многих ученых и общественных деятелей. Речь идет о «педагогической коррекции» (Кашенко В.П., 2006), о человеке как «предмете воспитания» (Ушинский К.Д., 1974), развивающейся (обучающейся, воспитуемой) личности, дидактики (Тимофеев Н.Н., 1965), разных формах школьной дезадаптации. Как результат такого подхода даже вводятся новые понятия и дисциплины: педагогическая психиатрия, психиатрия сиротства (Голик А.Н., 2000), социальная педагогика (наука о закономерностях социализации личности). В значительной степени эта область подпитывается идеями теории эволюции и самоорганизации сложных явлений – синергетики, новой науки о переходе от хаоса к порядку (в нашем контексте от болезни к здоровью), «наведении мостов» в понимании целостности мира, перспективах кроссдисциплинарной коммуникации, укреплении «остова» традиционных дисциплин. С этих позиций психотерапия трактуется как «неопределенный метод», применяемый в отношении неспецифических проблем с непредвиденными последствиями, для этого метода рекомендуется строгое образование (В. Рейми).

Термин «здоровье» издревле привлекает внимание человека, нередко составляя объект его постоянных забот и тревожений, определяя, в конечном счете, уровень его благосостояния и менталитета. Известное выражение «здоровье в аптеке не купишь» отображает стиль поведения личности, заинтересованной в обеспечении единства «духа и тела», в воспитании гармонии внутреннего «Я», достижении высоких стремлений и уровня самосовершенствования. Понятие «личность» предусматривает осуществление в ходе её становления оптимального социального функционирования, сохранение и поддержание духовной, нравственной и телесной неповторимости, отчетливые контуры которой составляют постоянно ускользающую от пытливого исследователя задачу. Точно так же остается предметом горячих споров и столкновения мнений врачей, пользователей понятия психотерапии, трактуемого как искусство, наука, техника, медицинская дисциплина или шарлатанство, в её средневековом, близком взглядам Антона Месмера (1733–1815) представлении, о «чудодействе», «магнетизме», «спиритизме» и пр.

Помимо конкретного понимания каждый из трех терминов имеет внутренний смысл, определенную историко-динамическую характеристику, отражающую взаимодействие личности и общества. Здоровье личности связано с благосостоянием социальных групп и народа в целом, общественным укладом, традициями и обычаями (с другой стороны, болезнь есть, по Т. Манну, «гениальный путь познания человека и любви к нему», а там, где есть любовь к людям, «там есть и любовь к врачебному искусству», по выражению Парацельса). Дело каждого поколения – идти туда, куда оно хочет, главное, чтобы это движение было... осмысленным и опиралось на опыт... предшественников, т. е. не занимало позицию «Ивана, не помнящего родства». Выбор лечебного метода во многом основывается на реалиях общественной жизни, индивидуальных особенностях пациента, содержании невротического симптома и личностных возможностях врача, его устремлении «сделать невозможное, измерить неизмеримое».

Энергия рассматриваемых ключевых понятий, их содержательная значимость и практическая ценность утраиваются при историческом сопоставлении получаемых знаний и навыков, накопленных исполинами философской, психологической и естественно-научной мысли прошлого.

В соответствии с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» к настоящему периоду сформулированы задачи и направления научных изысканий: формирование стратегии сохранения и укрепления здоровья населения, разработка научных основ борьбы с наиболее распространенными заболеваниями, получение на основе фундаментальных исследований новых и углубление знаний о здоровом и больном организме человека, его жизнедеятельности и адаптации к окружающей (прежде всего социальной) среде, создание новых схем организации медицинской помощи, технологий превенции, диагностики и лечения болезней, восстановление утраченного здоровья, увеличения продолжительности активной жизнедеятельности людей. В «Концепции...» раскрыты принципы формирования научных приоритетов и направлений. Наиболее значимыми из них являются: развитие региональных программ с учетом заболеваемости населения; создание международных проектов, фондов, инвестиций; рост роли программно-целевого планирования; создание малых внедренческих предприятий, опытных производств; защита прав интеллектуальной собственности. Базой для создания национальных и региональных программ по здравоохранению и реформированию медицинского обеспечения является ухудшение духовно-нравственного и психофизического здоровья вследствие снижения жизненного уровня народа, неэффективность структуры управления медицинским обеспечением. Для преодоления негативных явлений в медицине предлагается объединить духовные, политические и экономические возможности регионов в рамках комплексной концепции межрегионального развития здравоохранения.

Целью общественного здравоохранения (т. е. охраны здоровья всем обществом) следует признать сохранение и укрепление здоровья жителей конкретного региона страны, предупреждение хронических неспецифических заболеваний, содействие каждому индивиду в максимальной реализации его духовных, эмоциональных и физических возможностей. Превентивный подход рассматривается и будет рассматриваться наиболее эффективной здравоохранительной мерой: легче один раз предупредить, чем бесконечно лечить. Применительно к проблемам превентивной психиатрии (превентологии) можно выделить две стратегии медико-социальных воздействий: популяционную (направленную на позитивное преобразование образа жизни и окружающей среды на уровне населения или его больших групп с целью снижения факторов риска) и высокого риска (выявление лиц с высоким риском формирования и развития хронической патологии с целью осуществления своевременных превентивных мер). В рамках этих стратегий возможно осуществление превентивных мероприятий на разных уровнях.

Естественно, приоритет должен быть отдан первичной профилактике, т. е. совокупности мер по устранению и ослаблению повреждающего действия факторов риска: реализация предусматривает снижение вероятности заболевания. Она обладает наиболее мощным предупредительным потен-

циалом, поскольку уменьшает долю больных людей в сообществе, позволяя тем самым сэкономить ресурсы системы здравоохранения для лечения тяжелых больных и инвалидизирующих осложнений, добиться значительных успехов при незначительном дополнительном финансировании. В рамках вторичной профилактики осуществляется совокупность превентивных мероприятий, направленных на минимизацию прогрессирования и предотвращение осложнений уже существующего болезненного процесса. Их своевременное и эффективное проведение позволяет увеличить продолжительность активной жизни человека. При третичной профилактике речь идет о реализации совокупных мер по предупреждению, предотвращению инвалидизирующих осложнений и смерти от уже наступивших осложнений болезни.

Содержательной отличительной особенностью превентивных мер является высокая ответственность самой личности за достижение собственного гармонического единства физического, психического и нравственного здоровья. Методом освоения и закрепления основ совершенствования личности может служить ортобиоз – система разумного, здорового образа жизни (оптимизация режима труда и отдыха, условий окружающей среды). Составными частями этой системы являются рекреация (восстановление), релаксация (расслабление), катарсис (очищение): чем активнее они представлены в образе жизни конкретного индивида, тем выше возможности реализации позитивных личностных свойств.

Согласно мини-технологиям личного ортобиоза (Аверченко Л.К., 1996), основной путь самопрофилактики – восстановление нравственного потенциала с зарядом духовной энергии. В арсенале средств самосохранения и самосовершенствования имеются варианты физического тренинга (телесная ориентация с использованием техник Е. Райха и др.), различные виды социально-психологических тренировок (ролевые, коммуникативные, тренинги стрессоустойчивости, личностного роста); их цель – научить плодотворно трудиться, долго жить, поддерживать душевное равновесие.

Межведомственное (межсекторальное) сотрудничество – это единственный эффективный способ создания необходимых для здоровья населения предпосылок. По мнению Р.С. Карпова и др. (1997), на уровне регионального правительства с целью создания благоприятной среды следует предусмотреть провозглашение здоровья населения важнейшим достоянием общества, стоящим в одном ряду с наиболее важными ресурсами, формирование «здоровой» социально-экономической политики на территории региона, учет последствий законов и политики государственных учреждений для здоровья населения, поддержание безопасности окружающей среды и самых низких возможных уровней риска, создание условий для социальной поддержки предприятий с гарантированной безопасностью рабочих мест.

Межсекторальное взаимодействие по ограничению потребления алкоголя населением должно содействовать ограничению доступности спиртных напитков (с помощью разумной политики цен и сокращения времени, мест их продажи), постоянному контролю за качеством, поощрению новых технологий их производства, обеспечению массовой наркологической грамотности. Это позволяет каждому человеку ответственно строить правильные

отношения с приёмом алкоголя, определить индивидуальный риск развития наркологической патологии, содействовать предупреждению алкоголизации в семье.

В целом реализация интегральных программ профилактики основных форм нервно-психической патологии ориентирована на все слои нашего общества. Она позволит на деле воплотить глобальные цели общественного здоровья, истоки которого кроются в здоровом образе жизни населения: у общества есть множество резервов для «психического самосохранения». В связи с этим заслуживает одобрения термин академика Д.С. Лихачева «экология культуры» (2000): речь идет о научной дисциплине, исследующей культуру среды обитания человека. Реализация комплексных культурных, социально-экономических, медико-социальных программ позволяет в конечном счете запустить интегральный механизм, нацеленный на то, чтобы как можно больше людей оставались душевно здоровыми и физически крепкими, сохраняя плодотворную активность на протяжении всей жизни.

Можно надеяться, что каждый человек пересмотрит свои отношения в семье, коллективе, направит их на позиции личностной зрелости, гармонии и любви. Пусть эта стратегия психического здоровья станет спутником на всю жизнь для каждого индивида, решаемая в духе «философской антропологии» немецкого исследователя М. Шелера, согласно концепции которого, смысл жизни человека состоит в достижении счастья, а счастье – это состояние наиболее полного удовлетворения от жизни.

Дискрептивная патопсихология К. Ясперса (1997) открыла дорогу феноменальному подходу в психиатрии, она допускает максимально возможное понимание переживаний душевнобольного, не подразумевая концепта болезни, а опираясь на представления о подлинности существования (смерть, вина, страх). Страдание рассматривается как высокая ценность, выводящая человека на уровень подлинной экзистенции. Страдание (работа «горя») рассматривается как полезная категория для развития личности. Биологическая психиатрия, напротив, расценивает кризис как стресс, невротическую реакцию на него – как требующую медикаментозного лечения. Психотерапия развивается в русле теории болезни и её коррекции, по ходу которой осуществляется раскрытие и развитие личности. Применяемая в практике врача любой специальности, она является мощным лечебным и профилактическим средством. Вот мнение С.И. Консторума (1959) по этому поводу: «Без твердой клинической базы всякая психотерапия неизбежно обречена на дилетантизм и псевдонаучность»; при этом он предостерегает от слепого копирования «западных образцов», ибо в своей практической деятельности терапевт имеет дело с пациентами иного менталитета, требующего ориентации на собственные психологические технологии.

Индивидуальный жизненный стиль должен быть направлен на усиление оздоравливающих факторов, устранение патогенных обстоятельств. По мнению С. Schaefer (1994), «здоровье – это жизнь, которая удалась», болезнь же достигает такой меры нарушения равновесия, которое не может быть восстановлено за счет ресурсов, механизмов адаптации и преодоления. На инициальных этапах предпатологии изменяются отношения как внутри функциональных систем, так и в межсистемных связях, в их основе лежат

в первую очередь экстремальные воздействия на организм, приводящие к первичным информационным сдвигам. По К.В. Судакову (2001), речь идет с новым разделе науки – информационной медицине, рассматривающей здорового человека, у которого «под влиянием жизненных обстоятельств нарушаются только информационные процессы в организме». При отсутствии внимания к этой фазе заболевания болезнь переходит в метаболическую стадию. Одним из элементов психотерапии считается информационное насыщение пациента необходимыми сведениями (недаром существует весьма распространенное определение неврозов как «болезни неведения», в процессе преодоления которой пациент узнает истоки, причину и способы возможного преодоления своего страдания).

В условиях хронического соматического (телесного) заболевания развиваются варианты личностно-средового взаимодействия (адаптивный аффективный, дезадаптивный, смешанный) как части континуума психосоматических отношений. Сведения о патологии личности, преломляясь сквозь клиническую персонологию, свидетельствуют о раскрытии механизмов личностного реагирования, особенно при неврозах, «где черты личности скорее заострены, чем извращены или разрушены болезнью, как в психозе» (Мясищев В.Н., 1960). Общая и частная психотерапия раскрывает теоретические и прикладные аспекты оздоровления личности с учетом типологических и социально-психологических характеристик. Она не может быть ограничена лечением болезней сообразно терминологическому пониманию (*psychotherapia* – с греч. «забота о жизни, душе, уме, настроении»), она может претендовать на участие в достижении общенациональной задачи построения общественного согласия, взаимопонимания межличностной поддержки, служит оздоровлению духовной жизни, возвышенной духовности, это попытка «лечения духом» (по выражению С.Цвейга). Она находится на перекресте социальных, естественных и гуманитарных наук, питая их дух и направленность действия, она обрела свои неповторимые контуры, концептуальные научные очертания, свою динамику без вхождения в сопредельные территории. Её цель – помочь человеку обрести «познание самого себя», увидеть по-новому свои проблемы.

Можно сгруппировать пять основных категорий психотерапии: 1) психоаналитическая – выводимая из творческого мирового наследия Фрейда, Юнга и др. (жизненные проблемы есть результат неосознанных конфликтов и моментов развития); 2) когнитивная и поведенческая – данные формы психотерапии опираются на теорию обучения и когнитивную психологию (жизненные проблемы выводятся из неправильного обучения и мышления); 3) гуманистическая – в противовес квазиредукционизму психоанализ и бихевиоризм делают акцент на потенциал человеческого развития (жизненные проблемы рассматриваются как блокада чувств); 4) системная – формы основаны на общей теории систем (проблемы возникают из-за сдвигов функции в системе или группе); 5) экзистенциальная – основу этих методик составляет экзистенциальная и феноменологическая философия (проблемы вызваны недостатком ясности и понимания условий человеческого существования).

Важно достичь согласованной позиции по преодолению имеющегося всеобъемлющего, «вселенского» кризиса. Как сказал недавно Н. Сарториус,

по-китайски «кризис» обозначается двумя иероглифами – *опасность* и *возможность*, желание его преодолеть. На практике речь идет об использовании широких возможностей неопределимого богатства западной и восточной медицины, ибо «великие мысли везде одинаковы», не нужно быть большим футурологом, чтобы прогнозировать бурное развитие в третьем тысячелетии наиболее важных разделов науки о человеке.

Скорее всего, крупные революционные события ожидают нас в сфере валеопсихологии, этнопсихологии, иммунологии, молекулярной генетики. Более того, позволим себе высказать прогноз, что нас ожидает в недалеком будущем совершенно иная (в качественном смысле) психологическая и психиатрическая наука и практика, направленная своим вектором на анализ нарастающих в своей значимости и распространенных экстранозологических состояний и вооруженная передовыми космополитическими идеями превенции, ибо, как сказал (правда, по другому поводу) Махатма Ганди, «каждая дорога начинается с порога твоего дома; плохо, если она на нем кончается». Культ духа, который провозгласил этот великий мыслитель прошлого, должен оплодотворить новые ростки только что зарождающейся клинической психологии, персонологии и психотерапии.

Перед психиатрией стоит нравственная задача – поднять престиж профессии, преодолеть общественные попытки «демонизирования» психиатра-лечебника, содействовать сближению на общетеоретических позициях превенции с другими соматическими профилями, социальными и естественными науками. Эпоха тоталитаризма и застоя обернулась для отечественной психиатрии неисчислимыми бедами, кризисом медицины, которая и в настоящее время остается «золушкой» разрозненного общества. Предстоит приостановить процесс развала нации, выход видится на путях интеллектуальной интеграции, усиления интернациональных контактов и возрождения творческого «ренессанса». Кризис современного миропонимания и мировоззрения связан с психологическими механизмами боязни перемен, стремлением каждый день идти проторенной дорогой, доминированием застойного мышления, сформировавшегося в текущем столетии (в том числе и при нашем активном или пассивном участии): свобода слова и свобода выбора изменили далеко не всех наших сограждан, не привыкших к повышению самооценки, продуктивному использованию внутреннего потенциала, в том числе и возможности самооздоровления, преодоления всего наносного, патогенного, «инфарктогенного», конфликтного, стрессоуязвимого, вызывающего комплексы неполноценности. По данному вопросу можно прийти к философскому выводу: не надо бояться перемен, смены определенных ценностей, поскольку ничто в жизни не случайно – она мудрее и сама поможет «наставить на путь истинный». В постижении стратегии здоровья чрезвычайно важно формирование способности к приспособлению, самосохранению и саморазвитию, достижению все более содержательной и разнообразной жизни. Повышение «качества жизни» и продолжительности творческой активности во многом зависит от поведенческих факторов, предупреждающих (или, напротив, усиливающих) формирование «хронического типа патологии человека». Не предупреждать заболеваемость, а обеспечивать самовозрастающее здоровье нации» (Катков А.Л., 1998) – вот

основные целеполагающие ориентиры превентивной психиатрии, аддиктологии и валеопсихологии.

В основу психотерапевтической работы, рассматриваемой с транскультуральных позиций, следует закладывать сущностный анализ личности пациента, облегчающий превентивное разрешение внутри- и межличностных конфликтов. Согласно взглядам позитивных психотерапевтов (прежде всего основателя концепции Хамида Пезешкиана), принимать людей надо такими, какие они есть на самом деле, а также стремиться увидеть и то, какими они могут быть. На практике это облегчает рассмотрение «позитивного» момента в каждом болезненном явлении: так, депрессия обнажает способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликты; фригидность – умение сказать «нет» своим телом; нервная анорексия – это способность обходиться малыми средствами; страх одиночества означает выраженную потребность в общении с людьми. Социотерапевтические влияния учитывают социокультуральные проблемы и потребности пациентов: качество проводимых мероприятий во многом зависит от включения в процесс терапии отдельных членов наиболее сплоченной по этническому принципу микрогруппы, умения показать закономерности поведения индивида, его способности преодолевать эмоциональные реакции. К исцелению приводит совместное (с психотерапевтом) решение фрустрирующей проблемы, достойное переживание жизненных кризисов и коллизий, снятие стрессов. Вывод из оценки такого анализа – все дело в осознании.

В монографии А.Г. Ципеса²⁸, одного из первых сибирских психотерапевтов-психоаналитиков, поставлен вопрос о выходе психотерапии из узкого круга психоневрологии, поскольку «её кругозор и поле действия уже теперь значительно шире области психоневрозов». Интерес представляют теоретические позиции автора, прежде всего касающиеся определения понятия «психотерапия» и зоны её применения. Этот термин подразумевает лечение «путем психического воздействия, которое может исходить как от другого лица, так и от самого же себя», целесообразно в каждом конкретном случае определять «степень и форму податливости» психическому воздействию с попытками использовать её в терапевтическом отношении. При этом чем выраженнее в патогенезе болезни участие «чисто психических процессов», тем она будет более эффективно поддаваться психотерапевтическому воздействию. Любопытен взгляд автора на психотерапию как на составную «часть обычной терапии». Он считает, что в одних случаях для излечения достаточно только одного психоанализа, в других случаях необходимо присоединение ещё и направленного убеждения, в третьих – приоритетное значение имеет внушение в глубоко гипнозе. Все эти приемы определяются как «психотерапия индивидуально-комбинированная» (согласно нашей терминологии имеется в виду психотерапевтический комплекс).

Основную роль психоанализа автор видит в установлении психогенеза заболевания, а также тех психологических механизмов, которые легли в основу психического состояния. Разделяя точку зрения «отца психоанализа» З. Фрейда, он дает впечатляющую художественную палитру сексуальной

²⁸ 1 Ципес А.Г. Элементарная техника психотерапии и гипноза. Томск, 1930. 79 с.

жизни человека: «любовь может проявляться в самых различных степенях яркости и жгучести, начиная с теплящегося огонька тихой нежности и кончая разрушительным огнем бурной страсти». Уход «либидо» в сферу фантазий («интроверсия») имеет большое значение: любовь, как и всякий психический фактор, в ходе возрастной эволюции человека приобретает известные особенности. Иногда оформление этого чувства может задержаться на более ранней ступени своего развития («фиксация»), иногда, напротив, совершаться более быстро, а в ряде случаев – возвратиться на одну из прежних ступеней («регрессия»). Роль сексуального фактора велика и многогранна. Естественно, эмоции сексуального удовлетворения не ограничиваются рамками одного оргазма, а тесно переплетаются с другими «эмоциональными конгредиентами» в области гармонии психической жизни индивида: «В борьбе за утверждение своих идеалов и за удовлетворение либидо создается все сильное и красивое, и мелодия, и рифма, и художественный образ, создается творчество, углубляется мысль и выковывается воля». Вот, к примеру, оценка психогенеза некоторых пограничных психических состояний: «тяжкая болезнь, нужда, страх за жизнь, неподходящий труд, оскорбленное самолюбие и неудовлетворенная сексуальность» могут служить тяжелым бременем для индивида, «пронизывая красной нитью все его настроение и уродуя его поведение»; одни «бегут в болезнь», пытаются спасти свое положение возбуждением состояния; в других случаях комплексы, связанные с сексуальностью, подвергаются «вытеснению» в сферу подсознательного и искажению; иногда происходит «перенесение» аффективного напряжения или же замена психического проявления физическим («конверсия»).

Такова и исцеляющая роль исповеди: «сплошь и рядом упавший духом человек, получив возможность высказаться, излить свою душу и встретив сочувствие, уже лишь от этого одного может получить значительное успокоение». Встретив «ущемление» в тайниках души пациента, что скрыто от его сознания и тлеет, нарушая его покой, приходится переходить «к скрупулезному анализу» подсознательной сферы. Начало этого процесса связано с исследованием ассоциаций, в которых удастся уловить «следы комплекса в подоплеке обмолвок, ошибок», в некотором изменении почерка. Согласно концепции З. Фрейда, сновидения представляют собой невытесненное желание в незамаскированном виде или оттесненное желание (в незамаскированной или замаскированной форме). Признаком «работы сна» является «сгущение», превращение мыслей в ситуацию («драматизация»), причем язык сновидений изобилует символами, загадками, «расшифрование которых для нас часто так и остается недоступным».

Умение прогнозировать последствия социальных преобразований облегчает продуктивную подготовку к будущему, делая его более конкретным и желанным. Искать правду означает проникновение в прошлое, чтобы раскрыть настоящее и построить будущее. Поиск исторической правды этноса связан с поиском моральной правды как по отношению к отдельному индивиду, так и всему социокультуральному сообществу. Доступ к историческим корням далекого прошлого осуществляется на фоне огромного прогресса в технической науке, контроля заболеваемости и воспроизводства населения, совершенствования средств коммуникации, усложнения экологической об-

становки; сказанное определяет ренессанс естественных нейронаук, требующий в качестве необходимой предпосылки этической основы. Именно этика является составляющей всех видов современного целительства и врачевания, гуманистического влияния на все «составляющие» душевного здоровья. На практике движение в сфере психотерапевтического сервиса идет от культуры монолога к культуре диалога, партнерства, взаимодействия. Как никогда прав поэт-метафизик Джон Донн в своей поэтической формуле, что ни один человек не является островом сам по себе, что мечта о его федерации сейчас достаточно реальна и должна быть закреплена (и на нравственном, и на общественно-государственном уровне). Настойчивость прежних «преобразователей», пренебрежение правами конкретных людей во имя абстрактных лозунгов общественных интересов того или иного этноса неизбежно отражались в негативном плане на нравственном, физическом и материальном благополучии всего населения.

Знание социогенеза психических расстройств (аддиктивных и пограничных) облегчает выбор соответствующей стратегии поведения пациента по линии превращения «болезненно неадекватной реакции на жизненные трудности в адекватную и продуктивную» (Мясищев В.Н., 1959), формирования возвышенных целей, усиленной тренировки резервных волевых ресурсов. Особого внимания заслуживают начальные (преневротические, препсихопатические) состояния. В процессе последовательной тренировки и коррекции врачебная тактика носит предупредительный характер: избегание «репрессирования» эмоций, физического/умственного перенапряжения, создание оптимальной «экологической ниши» с учетом возрастных, соматогенных и экзогенно-органических влияний. В этом же направлении вырастает важный медико-социальный комплекс мероприятий по укреплению семьи, действенной заботе о подрастающем поколении, преодолению девиантного и делинквентного поведения молодежи.

Полученные результаты по изучению структуры и динамики нервно-психической патологии (в первую очередь на донологическом уровне) свидетельствуют о соблюдении двух основных подходов в формировании превентивной политики психиатрического и наркологического сервиса: с одной стороны, децентрализация (для обеспечения раннего выявления больных, приближения специализированной помощи «по месту жительства», сокращения экономических затрат), с другой – централизация (для высококвалифицированной помощи пациентам с затяжными, труднокурабельными состояниями). Многие из разработанных принципов превентивного и психотерапевтического вмешательства совершенствуются в условиях внедиспансерных звеньев психиатрической и наркологической помощи. Речь идет об индивидуализации (клинической и нейрофизиологической) каждого изучаемого случая, поэтапности и дифференцированности поддерживающего и предупредительного вмешательства, учете социокультуральных, этнических и климатогеографических особенностей.

Поскольку общественное психическое здоровье является детерминантой биосоциально-экономического содержания в происходящем на настоящем историческом этапе реформировании медицинского сервиса, следует обозначить первоочередные задачи перестройки государственной и страховой

системы повышения психического интеллектуального потенциала россиян. Нужна консолидация усилий организаций и лиц, ответственных за социальные аспекты поддержания и укрепления психического здоровья разных слоев населения, этносов, регионов и всей страны. Предстоит целенаправленная работа по совершенствованию содержания и форм специализированной помощи и соединению их на единой концептуальной основе, сведению разрозненных научных исследований в комплексные программы, осуществляемые в соответствии с социальным заказом органов местного самоуправления и реалиями социальной жизни. В таких интегрированных программах должны отражаться предупредительные мероприятия по созданию благоприятных условий проживания людей (мигрантов, пришлого и коренного населения), совершенствование социнфраструктуры, гармоничное духовное и физическое развитие.

На основе клинико-эпидемиологических и клинико-динамических данных разработан и внедрен в народное здравоохранение ряд новых организационных форм психиатрического и наркологического сервиса – областной (краевой) центр пограничных состояний (при благоприятных условиях легко преобразуемый в региональный), межведомственный центр «Психическое здоровье», психотерапевтический центр по превенции этнопсихиатрии (Владивосток), городская психогигиеническая консультация, центр КВЧ-терапии аддиктивных состояний, кустовой психодиагностический кабинет, передвижная психотерапевтическая бригада (для обслуживания жителей отдаленных и труднодоступных поселений). В их рамках реализованы комплексные программы превенции и реабилитации больных – психотерапевтические, психофармакологические, психопрофилактические, а также апробированы новые режимы наблюдения и реадaptации для пациентов психиатрических стационаров. На основе современных технологий психиатрического и наркологического сервиса формируются новые методы превенции психической патологии с учетом концепции гетерогенности человеческой популяции.

Безопасность, здоровье, благосостояние – три параметра в оценке современной цивилизации – нуждаются в постоянной заботе и укреплении со стороны государства. Охрана и поддержание психического здоровья народов России требует, чтобы декларируемая на протяжении многих десятилетий доктрина профилактической медицины обрела конкретное оплодотворение новыми идеями и содержанием, т. е. необходим серьезный переход от слов к действиям. Тезис о том, что надо лечить не болезнь, а больного, несмотря на тривиальность, по-прежнему актуален в практике врача-психотерапевта и семейного врача. Предпринятый нами многофакторный подход к проблеме превенции психической патологии обеспечивает широту охвата затронутых проблем, при которой «экстенсивный» характер осуществленного анализа превалирует над «интенсивным».

Российская медицинская наука, вступая в третье тысячелетие с новыми идеями, должна определить перспективы дальнейшего развития. Отечественная психиатрия как важнейшая отрасль медицины всегда акцентировала внимание на роли и значении социальных факторов в происхождении и клинической динамике основных форм нервно-психической и соматопси-

хической патологии. В одной из первых работ по оценке вклада конкретно-социологических исследований О.В. Кербиков (1965) писал, что «психология... и психиатрия претендует на ведущую роль среди наук об обществе». Применяя микросоциологические подходы в оценке распространенности психических заболеваний, он видел в основе алкоголизма и пограничных состояний «традиции, привычки, типы и формы межлюдских взаимоотношений, свойственные некоторым малым социальным группам»; для отечественных ученых «ясна роль социальных явлений» и генез психических болезней, прежде всего «социальный генез неврозов, не вызывает сомнений».

История социальной психиатрии (как раздела общей медицинской дисциплины – психиатрии) весьма краткая: получив признание специальным Комитетом ВОЗ в 1958 г., она обогатилась прошлым клиническим опытом и начала последовательно очерчивать свои научные границы, объем знаний, перспективы последующего роста. Её основы заложены «как мечта» в трудах отечественных и зарубежных психиатров старшего поколения (С.С. Корсаков, П.Б. Ганнушкин, Э. Крепелин, К. Бонгеффер, Э. Кречмер) и получили развитие в последние десятилетия. Окончательная «кристаллизация» нового направления в психиатрии осуществляется на наших глазах и составляет предмет плодотворных научных дискуссий.

В основном круге проблем социальной психиатрии существенное значение имеет её дефиниция как социально-медицинской дисциплины, неразрывно связанной с клинической психиатрией. Все её вопросы решаются на основе знаний о течении и прогнозе заболевания, о патогенезе и индивидуальном в каждом случае значении социальных и биологических факторов в клинической картине. Выделяют «два главных потока» социальной психиатрии – семейный и культуральный; это создает возможности определения специфичности психиатрии в разных культурах, стимуляции «процессов интеграции и синтеза». На современном этапе становления парадигм социальной психиатрии происходят обогащение теоретико-методологического понятийного аппарата, определение тенденций развития данного направления, взаимодействие с другими дисциплинами (медицинской психологией, социологией, психотерапией), вычленение её «составляющих» частей (промышленной, экологической, транскультуральной психиатрии, «психиатрии катастроф»). Наметившийся прогресс в области исследования проблем социальной психиатрии позволил не только утвердить самостоятельный (автономный) статус дисциплины, очертить её границы, цели и задачи, но и получить ряд убедительных данных по уточнению многих других аспектов, к числу которых можно отнести региональные особенности.

Анализ ситуации в современной психиатрической науке четко выявляет следующие тенденции. Во-первых, имеет место возрастание заболеваемости хроническими нервно-психическими расстройствами (затяжными неврозами, психосоматическими нарушениями, депрессивными и аддиктивными состояниями). Во-вторых, констатация этих тенденций определяет в целом необходимость разработки интегральной профилактики хронических заболеваний человека; она должна проистекать из известного эпистемологического тезиса о единстве «психического и физического», который постулировал древнегреческий философ Платон: «Величайшая ошибка

при лечении болезней та, что есть врачи для тела и для души, в то время как то и другое неразделимы». В-третьих, наша быстроменяющаяся жизнь подтверждает декларируемую многими клиницистами взаимосвязь соматического, психического и социально-экономического в генезе относительно новой, малоизученной хронически протекающей «микстовой» патологии. В-четвертых, весьма важным следует признать возрастание роли психиатра в консультативно-диагностической и превентивной деятельности современных врачей, в частности по распознаванию «маскированных» картин гематологических, хирургических, кожных и других заболеваний, описанных нами (Семке В.Я., 1981) в рамках синдрома Мюнхгаузена, когда имеет место умелая имитация пациентом клинической картины любого соматического заболевания (как правило, с целью извлечения определенной выгоды). Наконец, важными являются распознавание и направленное устранение скрытых, ларвированных, лигированных картин депрессий, на долю которых, по данным зарубежных авторов (подтвержденных и нашими исследованиями в условиях восточного региона), приходится до 1/4 от числа всех пациентов общесоматической сети. Добавим к этому всё возрастающее число лиц с разнообразными формами аддиктивного поведения (алкоголизм, наркомании, ожирение, склонность к суицидам, игромания, виртуальная зависимость, работогализм), составляющее одну из важнейших социальных проблем общественной жизни.

Величина и значимость стоящих перед социальными психиатрами задач определяются значимым ростом расстройств психического здоровья. Мы предлагаем (Семке В.Я., 1988) рассматривать «психическое здоровье» как состояние динамического равновесия индивида с окружающей его природной и общественной средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности способности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью. В качестве краткого комментария к данному определению хотелось бы подчеркнуть значимость гармонического сочетания биологических и социальных факторов в установлении адекватной приспособляемости субъекта к среде проживания, подвижное состояние этого баланса, оптимальное (неминимальный или же максимальный чрезмерный уровень личностного реагирования) функционирование всех органов и систем.

Сложная экологическая и социально-демографическая ситуация в Сибирском регионе порождает нарастающие острые проблемы, вызванные реанимацией колониального прошлого, неравноправными отношениями между центром и глубокой провинцией, ростом экологических стрессов и нарастанием в этой связи групп «высокого социального риска». Признаки экологического неблагополучия катастрофически умножаются, и дальнейшая ориентация лишь на паллиативные меры приведет к переходу от «состояния экологического напряжения к состоянию экологического кризиса». Наиболее убедительными параметрами эволюционных преобразований под воздействием экологического «пресса» служат результаты конституционально-антропологического обследования различных популяций, которые должны коррелировать с конкретными социально-экономическими характеристиками изучаемых групп населения.

В рамках социальной психиатрии эндогенно-экзогенная и психогенная патология рассматривается как проявление взаимодействия биологических и социально-психологических факторов. Реализация на практике научных программ зависит от уровня организации региональной и междисциплинарной ответственности за психическое здоровье конкретных групп, слоев общества, от воплощения в жизнь общественно-политических преобразований, социально-экономических, правовых, культурных проектов. Необходимо стремиться к восстановлению социальных функций пациента в контакте с обществом, чтобы преодолеть в данный момент временную психосоциальную изоляцию. Для этого следует перейти к радикальной реорганизации, модернизации и гуманизации психологических и психиатрических служб в регионе с обязательным учетом «местных» медико-демографических, этнологических, социально-экономических особенностей и созданием оптимальных условий для проживания многообразных категорий граждан.

При проведении патогенетически обоснованной терапии и превенции невротических (неврозоподобных) патохарактерологических образований целесообразно соблюдение преемственности в оказании специализированного сервиса, этапности, комплексности, индивидуализации и дифференцированного подхода, клинико-динамической оценки рассматриваемых психических и аддиктивных расстройств. Так, учитывая полиморфизм структуры психодезадаптационных расстройств и разнообразие факторов риска при их возникновении, методы профилактики включают широкий круг предупредительных мероприятий, составляющих психопрофилактический, психотерапевтический, психофармакологический комплексы в сочетании с лечебно-физкультурным комплексом, рефлекс- и физиотерапией. Основная направленность воздействий является активизирующей, адресуется к личности пациента, делает его в большей степени ответственным за исход заболевания. Из этого следует, что такие реабилитационные принципы, как партнерство, индивидуальный подход, мобилизация ресурсов личности и её микросоциального окружения, должны использоваться более интенсивно и дифференцированно.

Данные соображения побудили нас предпринять попытку создания единой системы режимов наблюдения, реабилитации для пограничной психиатрии и аддиктологии. В качестве её основы, системообразующего фактора и конечной цели лечебно-профилактических мероприятий подразумеваются индивидуально-личностные особенности пациента, его пре- и постморбидные качества. При этом главным считается функционально-динамический принцип, отражающий состояние системы «человек – среда». В соответствии с ведущим этиопатогенетическим фактором выделяются те или иные сферы, на которые направляется основное внимание врача. Всего выделены три функционально-динамических состояния: кризисное, базисное и регрессивное. Для каждого из них были разработаны соответствующие режимы наблюдения.

Первый режим «кризисный» («К»), или «острый», предназначен для состояний, при которых имеется нестабильное равновесие, чреватое возможными изменениями течения заболевания, осложнениями. В зависимости от источника кризиса мы выделяем два варианта состояний: первый имеет в

основе соматические и экзогенно-органические воздействия («Кс»), второй вариант обусловлен преимущественно психогенными причинами («Кп»). При каждом из них усиленное наблюдение адресуется к соответствующей сфере – соматической или нервно-психической. При всей условности такого подразделения оно все же оправдано в интересах дифференциации наблюдения и выбора адекватной реадaptационной тактики. Указанный режим предназначен для пациентов с ауто- и аллодеструктивными тенденциями ввиду их потенциальной опасности для себя и окружающих. В связи с этим возможно введение ряда ограничений, например, на перемещение и контакты внутри и вне отделения.

Второй режим наблюдения, «*стабильный*», или «*стационарный*» («С»), применяется для случаев с неизменностью клинических проявлений, в которых болезнь заняла место стабилизирующего элемента. Характерны периоды временного ухудшения состояния, связанные с психогенными или метео-, физиогенными влияниями. В этой стадии состояние может заостряться до кризисной выраженности, поэтому необходимо непрерывное наблюдение. В целом же в постоянном наблюдении нет необходимости и информацию о состоянии пациента медперсонал получает в процессе ежедневных контактов с ним.

Третий режим – «*регрессионный*» («Р») предназначен для лиц с обратной динамикой болезненных расстройств вплоть до их полного устранения (реконвалесценция), переход от острого к базисному состоянию – болезненному (но компенсированному) или неболезненному. Данный режим наблюдения подразумевает более активную позицию самого больного, что выражается в форме самонаблюдения и самоотчетов, усиленной тренировки резервных возможностей и участия в сложном процессе социальной реконструкции, мобилизации саногенных механизмов.

Режим реабилитации для «кризисных» больных предполагает терапевтическое воздействие, направленное на соматическую или нервно-психическую сферу и ориентирован на охранительные мероприятия в пределах стационарного отделения. Это достигается применением психотерапевтического (рациональная, корригирующая психотерапия) и психофармакологического комплексов. Режим реабилитации для «базисных» больных предусматривает традиционное медикаментозное воздействие (в зависимости от структуры психопатологического синдрома). Предпочтение отдается таким лекарственным формам, как настойки, экстракты. Широко применяется физиотерапия. Данный режим рассматривается нами как лечебно-активирующий. Из психотерапевтических методов воздействия здесь показаны все традиционные методы ПТК с акцентом на личностно-ориентированную терапию (со средней интенсивностью её воздействия). Показаны применение рефлексотерапии, дыхательной гимнастики, закаливания и усиление элементов ППК. В пределах этого режима используются разработанные нашим коллективом 8 программ комплексной реабилитации. Третий режим психореабилитации предусматривает изменение позиции больного от пассивно-акцептивной при кризисном состоянии до активной, партнерской на регрессионном этапе. Этот режим имеет ряд особенностей. Доля ответственности пациента за исход заболевания становится максимальной. Предполагается

активирующий характер воздействия с привлечением интенсивных методик (в том числе и личностно-ориентированной психотерапии), это занятия физической культурой, водные процедуры, гидротерапия, эстетотерапия, трудотерапия со значительными нагрузками и др. Заметную роль начинает играть проводимая совместно с медицинскими психологами «семейная психотерапия». Основной целью данного режима являются стабилизация достигнутого улучшения, развитие саногенных механизмов, закрепление новых навыков общения, увеличение резервных возможностей личности.

Реализуемые в Центре пограничных (или аддиктивных) состояний принципы дифференцированного ухода, наблюдения и реабилитации служат качественному улучшению организационной и лечебно-профилактической помощи. Это позволяет соблюдать индивидуальный подход, комплексность воздействия, этапность основных реадaptационных и реабилитационных мероприятий, учет клинических и психофизиологических параметров, а также соматогенных, органических и возрастных наслоений, способствующих фиксации отдельных симптомов. Предложенная модель регионального Центра психического здоровья и реализуемые на её основе принципы реадaptации и ресоциализации больного обнаружили эффективность лечебно-профилактических воздействий более чем в 90 % случаев психической и аддиктивной патологии.

Итак, какова же в целом перспектива устранения разнообразной нервно-психической патологии в стране или же в отдельно рассматриваемых регионах? Об этом в свое время конкретно писал О.В. Кербиков (1971): «Еще нельзя сказать, что современная психиатрия близка к полному преодолению, излечению, ликвидации психических болезней. Об этом можно пока лишь мечтать. Это задача далекого будущего нашей науки, и неперенное условие её решения – коренное переустройство жизни человека». Этот столь оптимистический прогноз опирается на историческую преемственность психиатрической науки прошлого и настоящего, на возможность консолидации усилий многих ведомств, организаций и лиц (в конкретных регионах и в центре), ответственных за социальные аспекты физического, психического и духовного здоровья страны.

Развитие в середине XX в. культуральной психиатрии и аддиктологии привело к появлению благоприятных предпосылок для этнически ориентированных психотерапевтических методов. Наиболее известным и разработанным из них является этнотерапия, созданная чешским психотерапевтом М. Гауснером и писательницей З. Кочовой²⁹. Метод разработан в психиатрическом отделении Садска – одном из первых психотерапевтических сообществ в системе лечения психически больных. Авторы рекомендуют этнотерапию в групповой работе с клиентами. С помощью разных приемов пациенты погружаются в свое индивидуальное и коллективное прошлое, в древние культурные шаблоны и архетипы, что способствует духовному самораскрытию и самоутверждению. Через ощущение в себе всего природного, древнетрудового, язычески праздничного осуществляются поиск своего места в жизни и ресоциализация.

29 Гауснер М., Кочова З. Этнотерапия. Прага, 1989.

Особенностью этнотерапии является введение в работу с клиентом старинных ритуалов, наивного искусства, танцев, пантомимы и элементов этнологии. Тем самым углубляется процесс самосознания и самовыражения. При проведении этнотерапии предусмотрено несколько этапов: поиск новых материалов (большой частью в природе), далее их обработка и преобразование, наконец, происходит центрирование деятельности пациентов на других больных и их ближайшем окружении. Этнотерапия подчеркивает тесную связь человеческой жизни с природой, которая дает большие возможности для гармонизации личности (вспомним в этой связи прекрасную концепцию А. Гауди). Издревле человек почитал природу как источник пропитания, а труд – как средство её формирования. В истории различных культур и наций прослеживается соответствие человеческой жизни временам года природного цикла. Кульминационным моментом каждого этапа являлся праздник, имеющий символический смысл. По сведениям психотерапевтов, практикующих этнотерапию, участие пациентов в празднествах несет в себе духовный, гигиенический и психопрофилактический потенциал и в нынешнем времени. Так, было замечено, что количество пациентов, лечившихся в психиатрической клинике в период рождественских праздников, в течение 7 лет было меньшим по сравнению с другими обычными и праздничными днями. В целом можно рассматривать этнотерапию как один из первых методов культурально ориентированной помощи, подобного рода психотерапевтические действия мы наблюдали в клинике профессора Г. Кунце Меркхаузене под Касселем в Германии.

Другую основу имеет получившее известность в 1980-е годы в американской психологии мультикультурное консультирование. Авторы данного метода разрабатывали его в полиэтнической среде и рассматривали наряду с такими традиционными направлениями, как психоанализ, бихевиоризм и гуманистическая психология, как четвертую силу в психотерапии³⁰. Основная цель мультикультурного психотерапевта – сфокусированность на этничности, для того чтобы помочь клиенту утвердить свою идентичность в мире, где существуют и взаимодействуют одновременно несколько различных культур. Терапевтическое воздействие реализуется через ряд последовательно разрешаемых задач: поощрение связи клиента с собственной культурой, развитие гордости и своей этнической и культурной принадлежности, помощь индивиду в утверждении его взгляда на мир и включенность в семейную и культурную историю, информирование самого психолога о процессах аккультурации и культуральном притеснении клиента. При этом для психолога важно четкое осознание, что каждая психологическая теория и подход отражают всего лишь какой-то конкретный взгляд на мир, не всегда соответствующий взгляду клиента. Тем самым постулируется важнейший принцип межкультурного консультирования – работа в культурном контексте пациента. Входя на время в мир клиента, постигая его сущность, психотерапевт постигает существенные различия этого мира от своего собственного и будет открыт к уважительному принятию всех этих отличий. Это непростая работа требует соблюдения нескольких условий: 1) пони-

³⁰ Pedersen P., Ivey A. Culture-centred counseling. New York : Greenwood, 1993.

мание опасности стереотипизации клиента (большинство специалистов подвержено влиянию негативных этнических стереотипов, отражающих природу расовых и этнических отношений в обществе); удержание внимания на человеке как на индивидууме и одновременно члене культурально отличающейся группы; 2) терапевт должен понимать значение травмы, степень страдания и боли, специфичные для той этнической группы, к которой принадлежит его клиент, и творчески подходить к организации терапии на основании этого знания (Э. Парсон); 3) умение определять и учитывать особенности культурной идентичности клиента, при этом терапевт должен исходить из того, что люди находятся на разных уровнях осознания своей этнической основы, и руководствоваться этим при построении лечебных программ; внимание к религиозным и духовным системам культуры клиента, умение включать духовные и культурные образы в контекст терапевтического взаимодействия, так как эти образы несут в себе позитивные ресурсы личностного развития клиента; знание и по возможности использование традиционных систем исцеления. Кросскультуральные психотерапевты уделяют особое внимание изучению местных систем целительства, так как эти методы «сосредоточены, скорее, не на трансформации личности, а на реинтеграции социальной системы, нарушившейся в процессе заболевания, ...на сборе информации о культуральных конфликтах, порождающих (и обостряющих) болезнь». Символический характер традиционных лечебных ритуалов определяет их особую эффективность. С другой стороны, незнание характерных для данной культуры систем исцеления обуславливает для психолога риск «выпадения из культурного контекста» (Ivey A., 1997).

Несколько иная модель культурной идентификации была предложена Р. Яксон (1975). Данный автор, исследуя рост и изменение сознания чернокожих американцев, находит, что при различии мировоззрений даже расово идентичные терапевты не смогут эффективно работать с представителями своей расы. Для продуктивного контакта с клиентом необходимо учитывать стадии роста этнической идентификации. *Стадия I* (принятие) – на этой стадии черный клиент воспринимает себя как «небелого». Личная идентификация определяется как «другой». Образ жизни белых представляется как единственно правильный. В контакте с психотерапевтом иной расы такой клиент может вести себя приниженно и услужливо. Для описания этой теперь редкой формы сознания афроамериканцев иногда используется образ «дяди Тома», угождающего белым. *Стадия II* (сопротивление), когда чернокожий американец переживает критическую стадию и начинает признавать, что быть черным – это сама по себе ценная идентификация. Индивид по-новому открывает для себя расовую принадлежность и её значение. Пребывая в данной стадии, некоторые клиенты испытывают негативные эмоции по отношению к белому терапевту и могут отказаться от дальнейшей работы с ним. *Стадия III* (переформирование) – в этом периоде белые мало интересуют черного клиента, он может углубиться в историю черной расы и черного населения Америки. Задачей развития на данном этапе является восстановление сознания афроамериканца в полном объеме. *Стадия IV* (интернализация) – представитель этнического меньшинства становится личностью, гордящейся принадлежностью к своей расе и сознающей цен-

ность других рас. Он использует все лучшее из всех стадий своего развития и интегрирует их в трансцендентное сознание.

Соответственно предложенным теориям мультикультурные консультанты акцентируют внимание на адекватном использовании психотерапевтических техник. Так, методы пассивного выслушивания могут быть восприняты подозрительно клиентами других культур, отличными от североамериканской. Для черных клиентов могут стать более полезными директивы, советы и самораскрытие психотерапевта. Указания на противоречия и помощь в выяснении противоречий мышления клиента будут эффективны, если терапевт понимает его конкретное культурное окружение.

Культуральную и историческую обусловленность современной психологии личности подчеркивают многие психотерапевты. Американский культурально ориентированный психотерапевт Р. Cushman (1999) в этой связи замечает, что не может быть универсальной теории личности, существуют только локальные теории. Соответственно этому не существует и универсального, метаисторического «Я», но только локальные «Я». Психологи должны обращаться к этому «локальному Я» представителей различных культур, принимая во внимание их семейные традиции, особенности этнической культуры и доминирующее социальное окружение.

Несоответствие большинства западных кросскультуральных разработок азиатским, африканским и другим культурам складывается из нескольких причин. Так, в традиционной западной психотерапии существуют четкая ориентация на использование «Я-утверждений» и фокусирование на аспектах помощи клиента самому себе. Для представителей восточных стран, напротив, нелегко думать только о себе вне семейного и общинного контекстов.

Причиной межкультурного несоответствия является абсолютизация европейско-американского «экспрессивного индивидуализма». По мнению западных психологов, люди нуждаются в раскрытии другим своих личных тайн для того, чтобы снять напряжение от необходимости хранить тайну, люди нуждаются в контроле над собой, используя экстернализованное поведение. В восточных культурах, напротив, идентификация с семьей, родом или социальной группой служит основным источником самоопределения и самооценности. Следовательно, личные конфликты должны скрываться, чтобы сохранить социальную гармонию или чтобы включать их в социальную тематику и проработать в коллективных ритуалах во взаимодействии с другими. Сдержанность, невозмутимость и признание рассматриваются как сила и показатели отличия, т. е. контроль зрелых людей проявляется интернально, а не экстерналично. Происходящие события воспринимаются как общезначимые и коллективные, а не как личные и уникальные, что позволяет интерпретировать их последствия в рамках более широких культурных, исторических и мифологических тем.

Одни культуры акцентируют аффект, а другие – понимание как основной способ совладения с травматическим стрессом; диссоциативные расстройства не считаются патологией в ряде культур (Korman M., 1973). Таким образом, согласно межкультурному подходу, все методы оказания психолого-психотерапевтической помощи должны существовать внутри культурного

контекста. Поэтому, не отвергая ни одно из традиционных западных направлений психотерапии, мультикультуральные психологи ставят своей целью привнесение в них культурного измерения.

Положение о том, что культурная осведомленность терапевта занимает главное место в психотерапии, активно развивает кросскультуральная когнитивная терапия. По мнению создателей этого нового психотерапевтического направления, культура детерминирует многие из когний пациентов: во что они верят и что отрицают, что воспринимают и что игнорируют, насколько готовы делиться с посторонним для семьи человеком, какие предпочтут иметь с ним терапевтические отношения, какие ценности считают важными, какой стиль терапии для них наиболее приемлем, а какой наиболее отвергаем, что считают возможной причиной своих эмоциональных проблем, сколько усилий приложат и какую работу захотят выполнять в терапии (MacMallin P., 2001). Необходимым элементом кросскультуральной когнитивной терапии является доказательство клиенту важности образа мысли в возникновении его проблем. Кросскультуральные исследователи обнаружили, что многие убеждения, являющиеся основой жизни клиента, корнями уходят в воспитавшую его культуру. Поэтому, если терапевт хочет понять, отчего некоторые убеждения клиента разрушительны, он должен проникнуть в культуру, которая их породила.

Использование в психотерапевтическом процессе притч, сказаний и легенд наиболее активно практикуется в позитивной межкультурной психотерапии. Автор направления немецкий психотерапевт Носсрат Пезешкиан положил в основу своей системы собственный жизненный опыт. Перс по происхождению, выросший в Иране, он эмигрировал в Германию вместе с семьей, спасаясь от религиозных преследований за исповедование бахаизма — одной из самых молодых религий, ставящей своей целью объединение всех людей во всемирное государство, обходящееся без иерархии служителей культа и сложных церковных ритуалов.

Определение подхода как «позитивной психотерапии» связано с межкультурным мышлением. Позитивность выступает как положительное отношение к людям другой культуры, незнакомым обычаям, ценностям, образцам поведения. Пезешкиан убежден, что в культурном многообразии можно найти средство и возможности для разрешения внутри- и межличностных конфликтов: «мы исследуем, как воспринимаются и оцениваются одни и те же проблемы с точки зрения разных культур, как люди и целые семьи преодолевают их. Давая человеку понять, что те же отношения в другой культурной традиции или в иное время воспринимались с другой точки зрения, вовсе не были поразительны или даже были желательны, удастся раздвинуть горизонты понимания мира. Для межличностных отношений это означает, что при относительной сохранности собственных ценностных позиций ставятся под сомнение предубеждения и предрассудки, преодолеваются комплексы и восстанавливаются коммуникации»³¹.

Размышляя, какое из направлений культуральной психотерапии займет доминирующее место в мировой психотерапии, Н. Пезешкиан указыва-

³¹ Пезешкиан Н. Основы позитивной психотерапии. Архангельск, 1993. Пезешкиан Н. Транскультуральная психотерапия в России // Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 3–4. С. 47–74.

ет, что это представляет интерес в терминологическом плане. В содержательном – можно уже сейчас утверждать, что перечисленные направления имеют общую основу: признание важности культуральных факторов и необходимости учета их влияния на клиента, психотерапевта и психотерапевтические отношения. Все перечисленные отношения можно рассматривать как «переходные», которые будут существовать до тех пор, пока психотерапевтический аспект культурных факторов не будет представлен в каждой форме психотерапии.

В СССР по причине идеологических барьеров недавнего прошлого в течение многих лет имело место фактическое табуирование данной темы. Распад советского государства с последующей добровольной миграцией народов, а затем вынужденным бегством из зон вооруженных действий вызвал необходимость в создании адекватных методов психологической помощи. Основой для разработки программ тренингов социокультуральной адаптации явились западные модели, вместе с тем использовался и опыт отечественных психотерапевтических школ. Начальным этапом в организации службы психологической помощи мигрантам стало создание в 1998 г. в Москве первого в России Центра социально-психологической адаптации и реабилитации беженцев и лиц, ищущих убежище, из дальнего зарубежья. В работе с вынужденными мигрантами российские психологи используют методы культурально ориентированной психотерапии – индивидуальные, семейные, групповые.

Специфика социальных структур определяет основные объекты оказания психологической помощи. Перспективным направлением этнически ориентированной психотерапии в мультикультуральных обществах является психопрофилактический подход.

Среди многочисленных программ культурно-специфического тренинга (Стефаненко Т.Г., 1999) следует выбирать те, которые соответствуют реальным, конкретным межкультуральным факторам, ориентируясь при этом на использование возможностей нескольких тренинговых подходов, ибо они должны научить человека при межкультурном взаимодействии следовать золотому правилу: «Делай так, как делают все. Делай так, как они любят, как им нравится. Это правило означает, что, попадая в чужую культуру, целесообразно поступать в соответствии с нормами, обычаями, традициями этой культуры, не навязывая своих религии, ценностей, образа жизни» (Почебут Л.П., 1995). Цель получивших широкое распространение во многих странах мира культурных ассимиляторов – научить личность видеть ситуации с точки зрения членов чужой группы, понимать их видение мира.

ГЛАВА 5. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СИБИРИ

Здоровье для всех и каждого, разработка основ реформирования государственного здравоохранения имеют несомненный приоритет в комплексе политических и социально-экономических проблем, решаемых в настоящее время мировым сообществом. Охрана индивидуального и общественного здоровья населения страны декларируется её конституцией, подкрепляется федеральными законами и уложениями (прежде всего Законом о медицинском страховании), освещается в ежегодных Государственных докладах о состоянии здоровья населения Российской Федерации. При этом всё явственней становится та истина, что формирование основных показателей здоровья россиян в большей степени зависит от уровня развития общественного устройства, чем от рационализации и совершенствования системы здравоохранения. Последняя – как отрасль социальной экономики – интегрирует все те трудности и сложности, которые связаны с техническим преобразованием общества, с эффективным освоением государственных средств и реформированием различных сторон социальной жизни. Психическое здоровье человека, а особенно молодого, подрастающего поколения во всё большей мере становится показателем экономического и социального благополучия общества, уровня развития научно-технического прогресса, отражением всеобщего качества жизни.

Народное здравоохранение и образование перестают быть непроизводительной сферой, становясь ответственными за сохранение, поддержание и генерацию здоровья отдельных индивидов, разных когорт населения (включая детско-подростковый контингент) и общества в целом. Отсюда протекают три организационных принципа практической деятельности: обеспечение здоровья, защита здоровья, организация превентивного сервиса. В основе первой концепции лежит развитие стандартов здорового образа жизни, физической активности, планирования семьи, укрепление душевного здоровья (улучшение социальной поддержки, идентификация проблем первичных служб охраны здоровья, предотвращение стрессов, депрессий, самоубийств, преодоление агрессивного поведения). Вторая концепция направлена на группы населения и связана с изменениями в окружающей их среде с помощью технических приемов, законодательства – прежде всего по снижению риска от внешних воздействий, радиации, заражения воды, воздуха и т. д. Третья концепция охватывает превентивные и медицинские службы, нацеленные непосредственно на предотвращение нервно-психических нарушений (консультации, скрининг, иммунизация) в различных демографических, этнических, производственных и учебных подгруппах.

Соответственно с развитием стоящих перед российскими психологами и психиатрами первоочередных задач по совершенствованию технологий специализированной помощи целесообразно рассмотреть несколько ключе-

вых дефиниций. Технология (гр. *techne* – «искусство, мастерство», *logos* – «понятие, учение») понимается как совокупность знаний о способах и средствах проведения производственных процессов. В ходе технологических процессов происходит качественное изменение обрабатываемого объекта. В контексте данной главы сделан акцент на технологиях психиатрического сервиса, предусматривающего медико-психологическую поддержку пациентам психиатрического и аддиктивного профиля.

На современном витке научно-технической мысли психиатрическая дисциплина стремительно обогащается новыми приемами диагностики, лечения, прогнозирования и превенции. Это, безусловно, отражается на всем облике психиатрической практики и науки. На наших глазах происходит дифференциация некогда единой медицинской дисциплины, успешно разрабатываются перспективные фундаментальные и прикладные аспекты новых разделов психиатрии – экстранозологического, экологического, этнокультурального, эпидемиологического, превентивного и др. Изменяется контингент обслуживаемых психиатрами лиц: на одном полюсе концентрируются пациенты с мягко протекающими донозологическими проявлениями, на другом – с затяжными труднокурабельными формами патологии. В целом новые технологии психотерапевтического сервиса нацелены на укрепление и поддержание психического здоровья населения с особым акцентом на подрастающее поколение.

Задачей психотерапевтических технологий является воздействие на психику пациента с целью урегулирования нарушенной динамики нервных процессов, достижения душевной гармонии, повышения физических и нравственных сил. Эти вмешательства, осуществленные в рамках общей и частной (специальной) психотерапии, претерпели в последние годы коренное преобразование, прежде всего в области оценки роли личности, биопсихосоциальной сущности болезни и концепции развития психотерапевтической службы (образовательные стандарты, система подготовки специалистов, нормативы оснащения психотерапевтических кабинетов и отделений, потребности специализированной помощи населению). Происходит зримый переход от суггестивной директивной психотерапии к социально-ориентированным и личностно-ориентированным приемам, нацеленным на раскрытие потенциала личности, её психологическое и социальное функционирование, неповторимость психологического стиля и «энергопортрета». Эта тенденция во многом объясняется метаморфозой социально-экономической жизни в стране, ведь общественно-политическая ситуация в последнее десятилетие является нестабильной, переходной, кризисной.

Эрих Фромм, основатель гуманистического психоанализа, определивший социальные детерминанты личности, подчеркивал, что «если общество меняется в каком-то важном отношении, например, капитализм сменяет социализм или фабричная система приходит на смену ремесленничеству, то такое изменение вызывает нарушение в социальном характере. Прежняя структура характера не соответствует новому обществу, что усиливает чувство отчужденности, беспомощности и отчаяния. Прежние связи рвутся, и человек, пока не обретет новые корни, чувствует себя потерянным. В такие переходные периоды человек оказывается легкой жертвой «доброжелате-

лей», навязывающих различные виды панацеи, гарантирующей спасение от одиночества и обретение душевного равновесия.

Эти слова Фромма находят бесспорное подтверждение в нашей реальности, тем более по отношению к российской молодежи. Многие люди, в особенности совсем юные, утратили веру и надежду, потеряли чувство опоры и смысла в жизни. Идет рост пограничных и аддиктивных расстройств. Распространенными стали состояния, которые В. Франкл, основавший логотерапию, помогающую человеку в поисках смысла жизни, называл «экзистенциальный вакуум, экзистенциальный невроз, ноогенный невроз». Преобладающими эмоциями стали растерянность, тревога, страх, депрессия, апатия, внутренняя пустота. Одна из проблем сегодняшнего дня – неуверенность молодого человека в том, во что ему верить и как ему жить. Люди придавлены не только тяжестью затянувшихся и неэффективных реформ, все издержки которых государство сбросило на плечи своих граждан, но и тем обстоятельством, что перед ними раскрылась возможность свободно выбирать ценности, идеологию и стиль жизни, требующая большой личной ответственности, к которой они не привыкли. Поскольку общественная ситуация не улучшается, то возникающие невротические, расстройства резистентны к проводимой терапии, имеют склонность к рецидивированию и затяжному течению. Многие люди, страдающие неврозами, не обращаются за помощью к специалистам, так как не верят, что им можно помочь; другие обращаются за помощью не к психологам и психотерапевтам, а к экстрасенсам и парацелителям. Все это диктует пересмотр концептуальных моделей психотерапевтического сервиса и психологического консультирования с учетом региональной специфики.

Необходимо гармоническое сочетание двух взаимосвязанных подходов в терапии и предупреждении пограничных состояний – децентрализации («оперативная» и «поддерживающая» помощь по месту проживания пациента) и централизации (традиционные и новые формы психиатрической поддержки). По-прежнему актуальны принципы комплексности (в частности разработанные нами психотерапевтический, психофармакологический и психопрофилактический комплексы), дифференцированности и поэтапности (с выделением острой, подострой, затяжной стадий клинической динамики), строгой индивидуализации (с учетом личностной структуры, половозрастных показателей), оценки нейрофизиологических параметров (иммунологических, электрофизиологических, биохимических, экспериментально-психологических).

Полученная информация о многообразном взаимодействии саногенных и патогенных факторов на различных этапах формирования нервно-психической патологии полезна при создании новых функциональных подразделений. Среди них наиболее эффективны центр пограничных состояний (областной, региональный), центр охраны психического здоровья (на промышленном предприятии или по месту учебы), передвижной психотерапевтический комплекс, психодиагностический кабинет, городская психогигиеническая консультация, центры охраны здоровья детей и подростков. Основная направленность психотехники и психотехнологии – эффективные способы изменения поведения человека, расширение творческих способно-

стей обучающегося, оказание помощи в решении многих проблем психического здоровья и душевного комфорта, отношений в учебных коллективах, на производстве и в быту.

Разработка и внедрение новых организационных форм психологического и психиатрического сервиса

Межведомственный центр психического здоровья	Региональный (областной, краевой) центр пограничных состояний	Центры психического здоровья на промышленных предприятиях
Центр реабилитации подростков, больных нарко- и токсикоманиями	Центр КВЧ-терапии аддитивных состояний	Сельские центры медико-психологической реабилитации при алкоголизме
Городская психогигиеническая консультация	Антикризисная суицидологическая служба	Психологическая служба поддержки безработных и бизнесменов
Городская поликлиника неврозов и личностных расстройств	Кустовые психодиагностические и психотерапевтические кабинеты	Служба медико-генетического консультирования
Психоаналитическая служба (кабинет)	Кабинет семейного консультирования родителей и детей	Психотерапевтическая служба на опасных производствах
Центр реабилитации лиц, подвергшихся радиационному воздействию	Центр реабилитации лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами	Передвижные психотерапевтические бригады, работающие вахтовым методом по принципу децентрализации

Необходимо отметить важность межведомственных интегративных усилий по разработке и внедрению новых технологий. Целесообразна комплексная патогенетическая терапия психических расстройств, зачастую приобретающих в сибирских условиях протрагированное (подострое) или затяжное течение. Нужны сложные, поэтапные меры по предотвращению хронизации болезни (путем включения методик «интенсивной» психотерапии и комбинированного лечения, достижения успешной ресоциализации, прежде всего для жителей из отдаленных и малонаселенных пунктов, детско-подросткового контингента). Особого внимания заслуживают пациенты со сложными, «микстными» психосоматическими расстройствами, составляющими широкий круг соматизированных нарушений, психогенных реакций на соматическое заболевание (сердечно-сосудистая, онкологическая, эндокринная и иная патология) или психогенный стресс (среди них посттравматическое стрессовое расстройство). Это предполагает тесное сотрудничество психиатра-консультанта и врача общей практики в рамках взаимодействующей психиатрии или модели интегрированной медицины. Психотехнологии направлены на эффективное преодоление патологических способов реагирования, изменение аномального личностного стиля поведения, расширение творческих способностей пациента, оказание ему помощи в решении многообразных проблем психического здоровья и вну-

триличностного душевного дискомфорта, упрочение служебной карьеры, улучшение школьной адаптации, позитивное изменение внутрисемейных, бытовых и производственных отношений. Перенос акцентов в технологиях психиатрического и наркологического сервиса на внебольничное (межведомственное) звено обеспечивает качественно иные условия лечебно-диагностической и реабилитационной работы в Сибирском регионе, связанные с предотвращением неблагоприятной динамики нервно-психических сдвигов, с уменьшением удельного веса хронической неинфекционной патологии, с более быстрой и устойчивой ресоциализацией пациентов.

В период перестройки и коренной трансформации методологии, новых форм функционирования медико-социальных служб важно избежать переоценки самого процесса технизации психокоррекционной и лечебной работы, которая во все большей мере переходит в так называемую производственную сферу общества (платные услуги, компьютерные способы диагностики и терапии, деятельность фармацевтических фирм и т. п.). Задача расширенного воспроизводства и успешного продвижения технологий должна решаться при господствующем стремлении повышать уровень душевного и физического благополучия нации, во благо здоровья нынешнего и будущих поколений. При этом важно не растерять тот полезный лечебный и социотерапевтический опыт, который был накоплен на предыдущих исторических этапах.

Речь идет о сохранении бережного, гуманного отношения к душевно-больному, ибо следует ясно осознавать, что никакой компьютер не сможет занять место профессионала-целителя, постоянно стремящегося оказать помощь человеку, пребывающему в состоянии эмоционального напряжения или дезадаптации. Эта помощь предусматривает преодоление возникшей личностной дезинтеграции, внутренней реорганизации пациента, стремящегося занять достойную нишу в быстро меняющемся и «отчужденном» мире. Необходимо всячески и оперативно содействовать пациенту в восстановлении, реконструкции утраченных по ходу болезни социальных контактов с общественным окружением, которое, в свою очередь, обязано стать «психологическим костылем» для изверившегося в своих силах субъекта, помочь успешно преодолеть временную социальную изоляцию, умело устранить преграды (вольные или невольные) между пациентом и его ближайшим миром, шаг за шагом упрочать и очищать атмосферу взаимопонимания, консолидации и душевного единения.

На этом пути профессиональным работникам (клиническим психологам, психотерапевтам, социологам и др.) следует своевременно искоренять живучие психологические мифы и извращенные общественные представления о душевных болезнях и факторах, их вызывающих, активно противостоять всем видам «псевдоцелительства» и парапсихологического воздействия на больного. Проблема совершенствования взаимодействия «пациента» и «целителя» должна быть поставлена на научную основу с обязательным анализом и учетом особых форм коммуникаций (возрастных, профессиональных, половых, этнокультуральных и пр.), с патогенетически обусловленным выбором из великого множества психокоррекционных и психотерапевтических методов такого, который бы дал пациенту именно «здесь и сейчас» желаемый целительный результат.

В начале XXI в. третьего тысячелетия мы стоим перед выбором: техника или слово? Психотерапия, по нашему глубокому убеждению, должна иметь свои технологические приемы и подходы. Вспомним на этот счет высказывание Новалиса: «Странно, что так мало занимались внутренним миром человека и что подходили к нему так бездушно, как мало использованы средства физики для духа и дух – для внешнего мира».

Психотерапевтическая и консультативная деятельность многих современных «целителей слова», развивая гуманистическое направление К. Роджерса и А. Маслоу, концептуально базируется на теоретических позициях психоаналитической школы З. Фрейда и его последователей, подходах гештальт-терапии Ф. Перлза, представлениях К. Юнга и др. Решая конкретные задачи, эта работа ориентирована на индивидуальный подход к пациенту и строится с учетом нозологического, психодинамического, полового и возрастного аспектов, а при расстройствах пограничного круга, включающих психосоматические и невротические нарушения, – с учетом характера психогении.

Современная отечественная психотерапевтическая мысль находится на этапе кристаллизации основной парадигмы своего развития, превращения разрозненных психотерапевтических взглядов и веяний в строго научную концепцию, объединяющую отдельных профессионалов в единое сообщество. От искусства древних целителей, шаманов и колдунов, которые черпали свои знания из истоков народной жизни и культуры, человечество переходит к разработке и использованию высокотехнологичных психокоррекционных и психотерапевтических методик, сохраняющих лишь слабую связь с «искусством целительства» и представлениями о врачах-целителях, как «избранниках духа». Формирование психотерапии идет по пути продуктивного использования научных данных по интегральному пониманию человека, диалектическому осмыслению вклада саногенетических и патогенетических факторов в становление как болезненного процесса, так и его обратного развития.

Понимание психотерапии западными учеными строится на клинических результатах в терапии психических и психосоматических расстройств с широким использованием психодинамических и когнитивно-бихевиоральных подходов (с привлечением методов и техник гипнотерапии, телесно-ориентированной, системной, семейной, гештальттерапии, психодрамы). Однако в отличие от «восточной» модели, опирающейся на консервативные догматы прошлого, в психотерапевтической практике европейских врачей (в первую очередь российских) царит «чересполосица», «вульгарный конструктивизм», парадоксально подводящий современного психотерапевта к актуальным методикам (вспомним печальную известность телесеансов А. Чумака, А. Кашпиrowsкого, Джуны и других широко разрекламированных экстрасенсов). И все же, несмотря на затянувшуюся полосу идейного «разброда и шатания», психотерапия выходит на путь соединения научного опыта восточных и западных целителей. В этом направлении особенно актуальна разработка интегративной модели психотерапевтического и психокоррекционного сервиса, осуществляемого с учетом «местных» условий и включающего как обязательный раздел детско-подростковую психиатрию. По мнению Ю.И. Лотмана (1992), вопрос о возможности конвергенции

психотерапевтических систем «на высшем уровне понимания» пока остается открытым, хотя все основные (общепринятые) психотерапевтические направления и приемы обладают примерно одинаковым эффектом, что и подтверждается постоянно возрастающей потребностью в психотерапии миллионов людей.

По-прежнему сохраняет свою значимость тезис В. Франкла «У каждого времени свои неврозы – и каждому времени требуется своя психотерапия» (в этой связи признаем диалоги Сократа прообразом рациональной психотерапии, а шаманские техники экстатических состояний – современной трансперсональной психотерапии).

По мнению Д.А. Стехликовой (1999), подлинная психотерапия имеет «человеческое измерение», поскольку всегда ориентирована на конкретного человека, индивидуальность, личность. Задачей психотерапевта является помощь пациенту в создании собственного жизненного пространства, в построении «своего собственного дома во вселенной культуры», в реализации своей возможности «стать самим собой». С учетом вышесказанного перейдем к краткому изложению основных методов и приемов психотерапевтического воздействия.

Рациональная психотерапия проводится в состоянии бодрствования и направлена на коррекцию с помощью мотивированного убеждения представлений, понятий, суждений и умозаключений, измененных вследствие болезни. Убеждение человека в его логических ошибках может быть проведено с помощью ряда приемов.

Убеждающая психотерапия и липерсуазия использует убеждение, т. е. мотивированную передачу информации с доказательством ошибок в суждениях людей, с обучением способности логически правильно оценивать свои жалобы, переживания, состояние здоровья.

Эмоциональная психотерапия по Дежерину предполагает, что главным способом воздействия является не абстрактное или нейтральное убеждение, а эмоционально-насыщенное доказательство ошибок. Психотерапевт приводит эмоционально-значимые для больного мотивы, сравнения, понятия. Вариантом эмоциональной психотерапии можно считать применяемую за рубежом «отношенческую психотерапию», содержащую ряд приемов, в том числе активное и пассивное дружелюбие, при которых медицинский персонал старается восстановить нарушенные болезнью межличностные коммуникации.

Разъяснительная психотерапия направлена на то, чтобы восполнить дефицит информации, который может способствовать возникновению отрицательных эмоций. Врач в психотерапевтическом аспекте сообщает больному сведения о состоянии его здоровья, способностях сложившейся ситуации, обсуждает с ним причины болезни, старается подвести пациента к пониманию им патогенного конфликта.

Обучающая психотерапия предназначена для того, чтобы обучить пациентов правильным формам поведения и действий. Одним из методов, используемых с этой целью, является дидактическая психотерапия. Врач подсказывает больному наиболее правильный выход из сложившейся ситуации.

Психотерапия игнорированием или умышленным пренебрежением применяется для уменьшения значимости различных неприятных ощущений,

которые декомпенсируют больного, для коррекции неприятных ощущений психогенного характера, для уменьшения неадекватно сильной реакции на болезненные ощущения.

Психотерапия через мирозерцание направлена на уменьшение значимости трудностей и коррекцию масштаба переживаний. Врач во время беседы помогает больному объективно оценить декомпенсирувавшую его жизненную ситуацию, убеждает его в том, что трудности могут быть более сложными, что нет никаких оснований для разочарования, тяжелых переживаний, уныния.

Активирующая психотерапия ориентирует больного на повышение активности по преодолению своей болезни и травмирующих обстоятельств, подчеркивая, что только такая позиция является правильной. В дальнейшем ставятся задачи возможного активирования социально полезной деятельности больного, его отношения к обстоятельствам жизни в более широком плане. От самого врача психотерапия требует активного отношения к больному, к болезни, к процессу его выздоровления, к задаче предупреждения рецидива.

Аретопсихотерапия (психотерапия через доблесть) обращена на изменение мнения больного о себе. Врач старается убедить больного в том, что он обладает большими способностями и может добиться значительных успехов в жизни и в борьбе с болезнью. Указанный прием применяют для мобилизации самоутверждения больного, удовлетворения достоинств, повышения личности. Выбор положительного отзыва о больном для психокорректирующей цели требует от врача интуитивных и импровизационных способностей, значительных «поправок» на пол, возраст, соматопсихический статус и другие индивидуальные свойства больного. К вариантам аретопсихотерапии относится недирективная психотерапия, в ходе которой врач во время беседы стремится создать обстановку доверия, способствующую появлению и потенцированию уверенности пациента в себе, независимости, способности самостоятельно решать сложные задачи, достигать поставленных перед собой целей.

Психотерапия посредством выбора позиции применяется, когда пациент не верит в благоприятный исход ситуации. В этих случаях он с помощью психотерапевта избирает позицию в жизни и в деятельности, что помогает преодолеть состояние растерянности, пассивности, дает установку в жизни, чтобы приобрести психологическую основу.

Психотерапия с помощью отвлечения внимания, регуляции активного внимания, изменения направленности личности. Концентрация активного внимания, обусловленная невротической субъективно значимой симптоматикой, – обычное явление. Сужение круга интересов происходит за счет дезактуализации социально значимых проблем и отражает временную социальную депривацию пациента, переживающего ощущение невротического характера. Больному на конкретных фактах необходимо показать, насколько он сузил свое активное внимание и интересы. В особо показательных случаях мы расцениваем это как «самообкрадывание» или «уход» от трудностей по слабому типу.

Система психологических парадоксов и контрастов заключается в неожиданном для логики больного объяснении сущности заболевания, где

субъективное зло для больного логическим путем преобразовывается в добро. С этой целью используют реальные факты: во время обострения заболевания больные бросают пить, курить, придерживаются режима труда, быта, отдыха, становятся более внимательными к окружающим, конформными. Все это аксиологически взвешивается под углом зрения добра и зла. В результате использования описанного приёма пациент приходит к выводу, что единственное для него зло – иррациональное сосредоточение активного внимания на соматопсихических функциях.

Психоортопедия применяется для коррекции психопатических черт, тревожной и эмотивной акцентуации личности. Приемы рациональной психотерапии могут быть применены как каждый в отдельности, так и в сочетании. Так, используемая в последние годы за рубежом краткосрочная психотерапия представляет собой сочетание приемов рациональной психотерапии, направленной на успокоение пациента путём бесед с врачом, выявление причин травматизации и конфликтов, изменение ценностной ориентации.

Конкретные формы проведения *рассудочной психотерапии* могут быть разными. Врач во время диалога указывает пациенту на непоследовательность его действий, противоречивость суждений, логические ошибки. Может быть иная форма рациональной психотерапии – простое выслушивание. Если человек в трудную минуту с кем-то поделится переживаниями, то этим он как бы облегчает свое горе. Такую форму рациональной психотерапии можно считать одним из компонентов эмпатической коммуникации.

Психотерапевтический метод *самовнушения* основан на способности человека при внушениях себе вызывать эффект в различных частях тела. Главное в этом методе – это формирование установки на активное самосовершенствование. Перед началом лечения необходимо убедить пациента в эффективности самовнушения. Изучив особенности личности пациента, его трудности (объективные и субъективные), планы, психотерапевт вместе с пациентом составляет формулы самовнушений. В дальнейшем он составляет формулы самостоятельно с учетом рекомендаций врача. Самовнушение должно содержать не отрицательные, а положительные суждения, так как вторые более действенны, чем первые. Структура самовнушения зависит не только от основных симптомов, но и от особенностей индивида, его установок, позиций, стадии лечебного процесса. Реализуется самовнушение через аутогенную тренировку. Человек самостоятельно прочитывает или продумывает (мысленного воспроизводит определенные ситуации) и проговаривает определенные слова или фразы с целью воздействия на себя. Самовнушение повышает личностный уровень саморегуляции.

Контрастную суггестию используют на фоне достигнутого больным миорелаксирующего эффекта. Показаниями для него служат актуальная фобическая симптоматика, отсутствие эффекта от применения седативного варианта. Врач одновременно со словесным воздействием проводит контроль за эмоционально-вегетативным статусом больного в процессе контрастной мобилизации. При этом необходимо предусматривать и корректировать возможные нарушения дыхательного ритма, произвольное напряжение отдельных мышечных групп (особенно икроножных, трапециевидных и лицевых).

Добившись релаксации мышц у больного, врач напоминает ему о декомпенсирующих страхах, опасениях, старается их усилить с помощью представлений, добивается, чтобы они были более выраженными, более тяжелыми, даже невыносимыми.

Экспресс-релаксацию применяют для тренировки речевой функции при заикании с наличием функциональных тонусов мышц дна полости рта и шеи с целью углубленного расслабления мышц шейно-лицевой и плечелопаточной областей. Объектами для отключения внимания могут быть верхняя половина тела, глаза, уши и кисти рук. При этом проводят контроль за правильным ритмом дыхания с сочетанием респирации со звукообразованием. На первых паузах заикающемуся предлагают повторять за врачом слова и их сочетания с постепенным усложнением. В дальнейшем пациент должен менять темп, ритм речи, её выразительность и громкость. Во время тренировки речевой функции больных постепенно переводят из релаксирующей позы в обычную при сохранении фиксации внимания (лучше всего на левой кисти, которая свободна от жестов). Прием может быть использован как составная часть системы психотерапии, так и самостоятельно. Здоровым людям его назначают в качестве седативного, при эмоциональной перегрузке релаксация показана в виде минитренингов в течение 3–5 минут по 2–3 раза ежедневно.

Самоубеждение заключается в том, что человек не просто повторяет формулы самовоздействия, а мотивированно убеждает себя в возможности достижения поставленных перед собой целей самоусовершенствования. Формулы самоубеждения носят утвердительный характер и направлены на потенцирование силы нервной системы, потенцирование волевых черт характера, формирование убежденности в эффективности самовоздействия, возможности достижения поставленной цели. Каждая формула самоубеждения должна быть самостоятельно составлена больным с использованием данных из своей жизни.

Косвенная психотерапия основана на усилении истинного или мнимого лечебного и профилактического воздействия с помощью средств психотерапии. Она может быть потенцирующей, чтобы способствовать усилению истинного лечебного воздействия; опосредующей, основанной на плацебо-эффекте. Этот метод включает косвенное внушение, установку, мотивацию, внушение навяу, условный рефлекс.

Косвенное внушение, в отличие от прямого, обладает скрытым действием. Его реализация связывается не только со смыслом внушаемых слов, но и с предметом (лекарство, процедуры, режим и т. п.), при наличии которого внушаемое должно будет реализоваться.

Ландшафтотерапия подразумевает сочетание природных компонентов (рельефа, климата, почв, растительного покрова). До начала проведения ландшафтотерапии необходимо изучить индивидуальные, профессиональные особенности каждого больного и группу в общем. Следует выяснить, как будет реагировать каждый больной и группа не на ландшафт, а на его художественное изображение. Важно это учитывать при лечении больных с ограниченным двигательным режимом. В данном случае в подборе материала, сборе «ландшафтотерапевтического» анамнеза и оценке фрустра-

ционной толерантности должен участвовать опытный психотерапевт или специалист по медицинской психологии. Ландшафт оказывает стимулирующее и успокаивающее воздействие на организм человека физиологическим и психологическим путем. Индивидуальные особенности восприятия позволяют сделать вывод, что лечебное действие ландшафта немыслимо без целенаправленной подготовки и воспитания у больных правильного лечебного восприятия. В ландшафтотерапии важным является тот факт, что установка, сформированная психотерапевтом на уровне второй сигнальной системы, может оказывать влияние на перцепцию.

Аутогенная тренировка имеет требования к проведению: изолированное помещение, уединенность, тишина, утренние часы при пробуждении либо вечерние перед засыпанием. Три классические положения тела: лежа, сидя в кресле с высоким подголовником и поза «кучера на дрожжах».

Гипносуггестивная терапия также имеет требования к проведению: сенсорная депривация – изолированное помещение, тишина, успокаивающая музыка, затемнение. Два классические положения тела: лежа либо сидя в кресле с высоким подголовником.

Недирективный гипноз Милтона Эриксона направлен на сенсорную гиперстимуляцию по всем анализаторам (зрительному, слуховому, двигательному). Возможное применение двойного, тройного наведения, работа в шуме в положении стоя и даже в движении (танце).

Направленная психотерапевтическая работа с больными приносит успех в деле улучшения социального и психологического функционирования пациентов за счёт преобразования психопатологической картины болезни, смягчения функциональных наслоений, позитивного изменения микросоциального взаимодействия с ближайшим окружением, создания устойчивого терапевтического альянса «пациент – врач – семейная среда». Дифференцированная комбинация психотерапии с методами социально-трудовой адаптации и реабилитации и психофармакотерапевтическим воздействием наиболее эффективна в отношении различных категорий больных.

Негласный запрет на проведение теоретических исследований и практических разработок в нашей стране в области психоаналитически ориентированного подхода в лечебном процессе привел к неоправданному обеднению арсенала лечебных методик с их воздействием на поверхностную клиническую симптоматику. Психоанализ (клинический и теоретический) прошёл суровое испытание временем и более столетия занимает видное место в психотерапевтической практике западных стран, а теперь и в России. Несмотря на то что многие постулаты фрейдовского учения о бессознательном в современную эпоху смотрятся достаточно устаревшими, всё же каждая социокультуральная и региональная среда способна видоизменять теоретические и клинические положения психоаналитической науки. Это касается и новаторского прочтения «романа об истерии» З. Фрейда, и экстраполяции этих идей на проблемы терапии шизофрении, и широкого круга другой психической патологии. Предстоит проделать серьёзные шаги на пути углубленного рассмотрения механизмов эндогенного и психогенного реагирования, раскрытия этиопатогенетических основ психических расстройств, поиска критериев и способов адекватной психотерапии, ресоциализации и превентивных воздействий.

Психотерапия направлена не только на улучшение результатов лечения, но прежде всего преследует и более сложную цель – повышение качества жизни человека в его общественно полезной деятельности. При этом качество жизни рассматривается нами как сложная категория, которую можно разделить на тесно связанные между собой составляющие: физическая, психологическая, социальная. «Малая психотерапия», как и вообще всякое лечение, направлена на повышение всех трех компонентов. Этому способствует то, что психотерапия в большей степени, чем другие лечебные воздействия (медикаментозные, бальнеологические, физиотерапевтические и др.), связана с воспитательной работой. В этом заключается общественное значение психотерапии и медицинской деонтологии. Несомненно, что с течением времени её арсенал будет расширяться за счет сочетания с другими методами и новыми лечебными воздействиями.

Концепция превентивной детско-подростковой психиатрии позволяет ставить вопрос о межведомственных государственных программах по сохранению и укреплению психического здоровья подрастающего поколения, учитывающих специфические *региональные* влияния, социально-психологическую ситуацию «на местах» и данные медико-демографического прогноза на ближайшую и более отдаленную перспективу. На базе полученных фундаментальных и клинико-динамических показателей за 20 лет существования академического института созданы и успешно функционируют новые технологии психологического и психиатрического сервиса в Сибири.

Предложенные медицинские технологии направлены на теоретико-практическое решение мультидисциплинарных целей и задач в области общей и клинической валеопсихологии, психотерапии. Базовой основой в их реализации является комплексное и поэтапное воздействие на главные патогенетические звенья формирования разнообразных форм девиантного (делинквентного) поведения детей и подростков, в первую очередь разработанные нами принципиально новые режимы ведения, наблюдения и реабилитации с последовательным или одномоментным включением трёх комплексов – психопрофилактического, психотерапевтического, психофармакологического.

Центральной научно-организационной формой деятельности на ниве реабилитации и превенции личностных расстройств, появляющихся в детском и подростковом возрастах, следует считать Межведомственный центр психического здоровья, интегрирующий усилия многих специалистов и служб по диагностике, медико-генетическому консультированию, психокоррекционному и психотерапевтическому воздействию.

Конкретным примером выбора стратегии медико-социальных воздействий при состояниях школьной дезадаптации могут служить рекомендации И.Л. Левиной, направленные как на превентивное корригирование «факторов риска», так и на включение поэтапных мероприятий вторичной профилактики при наличии невротических и патохарактерологических девиаций. Успешно действуют городской Центр реабилитации подростков с наркоманиями и координационный Центр профилактики наркоманий. В известной мере их упорная работа привела к позитивным результатам: доля подростков среди всех учтенных наркологических больных Томской

области за последние 6 лет сократилась почти в 10 раз. Данный факт свидетельствует об адекватности проводимых в области превентивных мероприятий.

Проводится системная работа по диагностике и медико-педагогической реабилитации социального сиротства при курации Института психического здоровья (В.Я. Семке, М.М. Аксенов) и активной деятельности специалистов педагогического, психологического и психотерапевтического профилей в г. Северске с партнерским участием представителей православной конфессии по нравственному, духовному воспитанию подрастающего поколения. Пока эта работа только в самом начале трудного, тернистого пути, но она уверенно набирает обороты, гарантируя тем самым, что здоровое молодое поколение обновленной России – это не мечта, а реальный проект.

ГЛАВА 6. ПСИХИАТРИЯ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

От веры к бунту – легкий миг один.
От правды к тайне – легкий миг один.
Испей полнее молодость и радость,
Дыханье жизни – легкий миг один.

Омар Хайям

Современная социально-экономическая и общественная жизнь определяется ростом душевных кризисов в результате переживания посттравматического стресса. При столкновении психогенной ситуации со специфическими личностными качествами с большой вероятностью возникает личностная дезадаптация (декомпенсация), приводящая к картине личностного кризиса, характеризующегося неспособностью к продуктивной деятельности, внутренней противоречивостью и дисгармоничностью, непредсказуемостью поступков, суждений и переживаний. Наиболее отчетливо это проявляется в период возрастной перестройки.

6.1. ДИНАМИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

В последние десятилетия почти на всех языках мира имеются слова или выражения, обозначающие поведение подростков, вкусы и поведение которых настолько отличаются от нормальных установок общества, что «возбуждают подозрение, если не тревогу». Социологическое рассмотрение особенностей поведения молодежи, а также отдельных микрогрупп юношей и девушек (хиппи, клошары, битники), по данным западных исследователей, показывает близость проблемы к сфере пограничной психиатрии – как поведенческое проявление патологической формы пубертатного кризиса. Работа американского социолога Гольджи об особых группах «пограничных асоциальных личностей» представляет любопытные данные об обычаях, внешнем и внутригрупповом поведении, мировоззрении, политических и социальных взглядах этих субъектов. Движение неформальных молодежных объединений «не болезненно», оно логически вытекает из неправильной структуры современного буржуазного общества, детерминированность же поведения двоякая – биологическая (особенности темперамента, характера) и социальная (социопатическое поведение обусловлено внешними двигателями).

В переживаниях современной личности преобладает «социальное отчуждение», конфликт, вытекающий из несогласия индивида с господствующими нормами. Это подтверждается наблюдениями психотерапевтов: пациенты, с которыми имел дело З. Фрейд в начале двадцатого столетия, страдали в основном от противоречий между усвоенными моральными нормами и инстинктивными влечениями; современные невротики (по свидетельству Э. Эриксона) больше страдают из-за неясности нормативных предписаний и ищут в психоанализе «убежище от разорванности существования, возврат к более патриархальным межиндивидуальным отношениям». Усложнение про-

цесса социализации и обилие разнородных впечатлений не ослабевают, а усиливают саморефлексию (И.С. Кон). Наша эпоха, по мнению врача и социолога И. Бодамера, «уничтожила ряд добродетелей, которые в прямом смысле слова или же лишь в идеале считались прежде неперменным состоянием человека».

Непатологические личностные девиации затрагивают в основном юношеский период, т. е. «наиболее уязвимую возрастную группу». Исследование клинической динамики начальных проявлений пограничной патологии во взрослом периоде позволяет утверждать, что им предшествует появление своеобразных дезадаптационных сдвигов, которые обозначены нами (Семке В.Я., 1988, 1999) как аномальные личностные реакции. В качестве разграничения их от психологических переживаний здоровых обследуемых в ходе развёртывания уже сформировавшейся патохарактерологической симптоматики был выделен ряд основных клинических признаков.

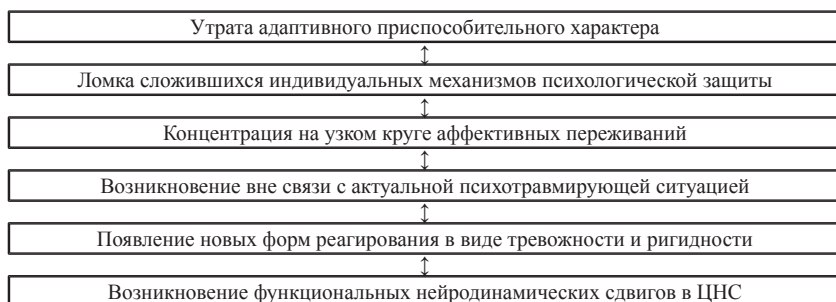


Рис. 1. Критерии аномальных (дезадаптационных) личностных реакций

Являясь центральным элементом клинко-психологических изменений, возникавших в условиях напряжённых интерперсональных отношений (т. е. на первой стадии развёртывания невротической или неврозоподобной симптоматики), аномальные личностные реакции становятся стартом для последующей неблагоприятной динамики, показателем грядущей выраженной и стойкой социальной дезадаптации (семейной, трудовой, сексуальной). В ходе осуществления всесторонней оценки основных «составляющих» звеньев аномального реагирования удаётся предсказать уровень возможного патогенеза личностного расстройства (невротического или патохарактерологического), предугадать его синдромологическое усложнение за счёт «обрастания» факультативными клиническими чертами, определить направление динамики и исхода благодаря комплексной оценке преморбидных, структурно-динамических и параклинических показателей.

Под влиянием неблагоприятных факторов выделен континуум психологических реакций – от состояния полного душевного благополучия к напряжению психического приспособления (психоадаптационные состояния) и последующему возможному срыву психической адаптации (психодезадаптационные реакции), далее к клинически развёрнутым формам, а затем к затяжным состояниям (развитиям)³². Выявлено, что ПТСР претерпевают в

³² Епанчинцева Е.М., Семке В.Я., Аксенов М.М., Якутенок Л.П., Ветлугина Т.П., Авдеенок Л.Н. Ранняя диагностика и клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств: Методические рекомендации. Томск, 2004. 30 с.

своей клинической динамике 4 этапа: предболезни (начинается с момента воздействия психогенного фактора и заканчивается структурированием клиники); острый – невротических и неврозоподобных реакций; подострый – структурирования психопатологических расстройств (состояний) с выделением основного синдрома; затяжное течение с переходом в один из вариантов развития (невротического, патохарактерологического, патологического).

Клинико-структурный анализ различных вариантов ПТСР выявил выраженные отличия в сопоставляемых подгруппах в зависимости от представленных клинических симптомов (синдромов) и генеза того или иного варианта. Для невротического варианта среди базисных синдромов наиболее присущи психогенно обусловленные образования: астенический (24,1 %), астеноагриппнический (49,4 %), астеноцефалгический (15,4 %), тревожно-фобический (11,0 %). Для патохарактерологического варианта – обусловленность преимущественно конституционально-биологическими факторами: дистимический (39,6 %), дистимико-ипохондрический (13,9 %), тревожно-субдепрессивный (32,6 %), обсессивно-фобический (9,4 %), истероипохондрический (4,6 %). Для неврозо-, психопатоподобного вариантов характерна связь с экзогенно-органическими и соматогенными факторами: стойкий цефалгический (30,0 %), дистимико-цефалгический (30,0 %), дистимико-дисфорический (20,0 %), эпилептиформный (10,0 %) и психоорганический (10,0 %). Анализ преморбидной структуры личности отчетливо показал наличие трёх складов характера: гармоничного (50,0 %), акцентуированного (29,2 %), препсихопатического (20,8 %). При гармоническом складе и акцентуации характера отмечалось формирование невротического варианта, тогда как препсихопатический склад преморбидной личности указывал на значительную вероятность развития патохарактерологического и психопатоподобного вариантов (55,8 и 20,0 %, $p < 0,05$).

Изучена клиническая динамика типологических вариантов посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов, определены её особенности в зависимости от вида клинической картины.

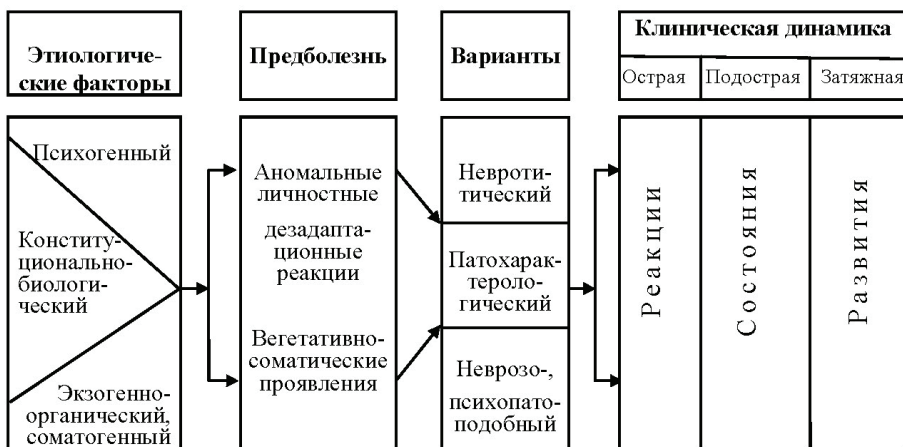


Рис. 2. Клинико-патогенетическая систематика ПТСР

Невротический вариант ПТСР у комбатантов характеризуется определённой этапностью формирования. Анализ клинической динамики позволил выделить три этапа. *Острый* этап протекал по типу невротических реакций и отличался самой короткой длительностью (от 3–6 месяцев до 1 года). *Подострый* этап представлял собой структурирование ведущего клинического синдрома в виде невротического состояния (развивался в среднем спустя 1–3 года после перенесенного боевого стресса). *Конечный* этап характеризовался переходом болезни в хронический статус, когда невротическое развитие формируется под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций или в результате суммации ряда невротических реакций спустя 3 и более лет после перенесенной боевой психотравмы.

К базисным синдромам относятся астенический, астеноагриппнический, астеноцефалгический и тревожно-фобический синдромы. Приведем далее их краткую характеристику.

Астенический синдром характеризуется тем, что в процессе адаптации к «мирной жизни» в психическом состоянии комбатантов превалируют жалобы на понижение физического тонуса, ощущение хронической усталости, вялость, невозможность расслабиться и «отключиться» от навязчивых воспоминаний о военных событиях, усиливающихся преимущественно в вечернее и ночное время. Ранние пробуждения обостряют утреннюю астению, что дезадаптирует пациента в микро- и макросоциуме (в том числе приводит к нарастанию ухудшения социально-трудовых навыков, неуверенности в себе, в правильности совершаемых поступков), вызывает усугубление личностной дисгармонии.

В структуре *астеноагриппнического* синдрома наряду с астенической симптоматикой часто встречаются нарушения сна в виде затрудненного засыпания, раннего пробуждения, поверхностного сна с кошмарными сновидениями военного содержания, носящими интрузионный характер, с отсутствием чувства отдыха при пробуждении. Во сне пациенты обычно беспокойны, вздрагивают, кричат, совершают «защитные» действия, нередко «нападая» на своего партнера в постели. Резко пробуждаются, что сопровождается вазовегетативными проявлениями, в том числе тахикардией, гипергидрозом, тягостным чувством страха.

Пациент Я., 1973 года рождения, 27 лет, обратился в клинику НИИ психического здоровья в отделение пограничных состояний в декабре 2000 г. с жалобами на усталость, нарушения сна с кошмарными сновидениями, отражающими «военные будни», раздражительность, стремление к уединению, трудности в сосредоточении внимания, навязчивые воспоминания о войне.

В *преморбиде* уравновешенный, целеустремленный, общительный. Среди сверстников слыл веселым «выдумщиком», одним из заводил в детских играх. В школе учился на «отлично», посещал музыкальную школу по классу баяна, активно занимался различными видами спорта. Принимал активное участие в общественной жизни школы, оформлял стенгазеты, выступал в школьных викторинах, олимпиадах. После окончания средней школы поступил в ТГУ на юридический факультет. Через два года женился (в 20 лет), учебу продолжил на заочном отделении, стал работать в СОБРе

УБОП. Взаимоотношения в семье характеризует как доброжелательные, воспитывают с женой двух детей. Ухудшение психического состояния связывает с двумя командировками в район боевых действий (в Чечню) в 2000 г. (каждая продолжительностью по три месяца), где участвовал в «зачистках», обеспечивал безопасность транспортным колоннам, неоднократно попадая под обстрелы при движении колонн. Испытывал страх за свою жизнь, но больше всего беспокоился за жизнь подчиненных. После возвращения из Чечни с трудом засыпает, среди ночи часто просыпается от кошмарных сновидений («сны цветные, всюду вижу кровь», «меня преследуют, расстреливают в упор»). Настроение сниженное, избегает общения, стремится к уединению, нарастают раздражительность, несдержанность.

При поступлении выглядит угрюмым, к общению с другими пациентами не стремится. О военных событиях на Северном Кавказе рассказывает сдержанно, под действием воспоминаний усиливаются вазовегетативные реакции, старается перевести разговор на другие темы. Жалуется на «отсутствие нормального сна», сон поверхностный с кошмарными сновидениями, отражающими события военного времени. Нарастают слабость, раздражительность, рассеянность, снижение работоспособности.

Психологическое исследование обнаруживало неудовлетворенность настоящей ситуацией, высокий уровень напряженности, что дезориентирует пациента в ближайшем окружении. Умеет анализировать свои поступки, контролирует себя в проблемной ситуации. Высокий уровень активности позволяет реализовать свои организаторские способности. Расстройств в когнитивной сфере не выявлено. В неврологическом и соматическом состоянии патологии нет.

Диагноз: посттравматическое стрессовое расстройство, невротический вариант. В процессе лечения (ПТК: гетеросуггестивная с элементами нейролингвистического программирования, групповая; ПФК: алпразолам, общеукрепляющая; физиолечение, бассейн, массаж) редуцировалась астеническая, агрипническая симптоматика, стал общительнее, окреп физически. В поддерживающей психофармакотерапии при выписке не нуждался. Катамнестическое наблюдение через три года показало высокий уровень адаптивности, стрессоустойчивости, успешное продвижение по служебной лестнице.

При астеноцефалгическом синдроме на фоне «общей разбитости» отмечаются неприятные ощущения «тяжести», «несвежести» в голове; цефалгии, как правило, двухсторонние диффузные с преобладанием в затылочно-теменных или теменно-лобных отделах, могут меняться по интенсивности в течение дня в зависимости от эмоциональных конфликтов и нервно-психического напряжения.

У пациентов с тревожно-фобическим синдромом усиление тревоги имеет ассоциативную связь с боевыми стрессорами. Внезапный шум, яркие вспышки света (например, праздничные фейерверки, салюты), волнующие просмотры теле-, радиопередач с сюжетами о войне приводят к снижению настроения, повышению внутренней напряженности, раздражительности. Такие пациенты выглядят беспокойными, жалуются на «невезение», постоянное предчувствие грядущих неприятностей, что нарушает привычный

ритм жизни. Высокий уровень тревоги сочетается с опасениями за свое здоровье; наиболее частыми являются различного рода нозофобии – кардиофобии, канцерофобии, алиенофобии.

В ходе осуществления терапевтических мероприятий у большинства проходивших реабилитацию комбатантов наблюдалась достаточно благоприятная регрессионная динамика. Изучение условий и особенностей формирования невротического варианта ПТСР позволило выделить ряд критериев их ранней диагностики: появление на ранних этапах заболевания астенических, преходящих психоэмоциональных (в виде аномальных личностных реакций) и вегетосоматических нарушений; заострение преморбидных личностных черт; присоединение не свойственных ранее мозаичных черт; снижение общей активности и нарастание социально-трудовой дезадаптации.

Патохарактерологический вариант в основном наблюдается у лиц с выраженной акцентуацией характера и выявляется при более неблагоприятной клинической динамике. Ведущим элементом в структуре пограничных нарушений данного варианта является нарастание аномальных личностных свойств от первоначальной патохарактерологической симптоматики до выявления выраженных черт аномального личностного облика («комбатантной психопатизации») с отчетливым нарушением социальной адаптации. В данной группе характерно преобладание ($p < 0,05$ %) препсихопатических качеств (55,8 %) в сравнении с акцентуированными и гармоничными (32,6 и 11,6 %). В 30,2 % случаев наблюдалось патохарактерологическое формирование по эпилептоидному, в 20,9 % – по возбудимому; в 13,9 % (в равной степени) – по психастеническому и гипертимному, в 7,0 % – по истерическому и в 2,5 % – по сенситивному типам.

На начальном этапе в соответствии с личностными особенностями у комбатантов возбудимого типа отмечаются реакции крайней импульсивности, конфликтности, пациенты часто ввязываются в драки, «выясняют отношения», вспышки дисфории «гасят» употреблением спиртного. Пациенты тормозимого склада отмечают на фоне сниженного настроения ипохондричность, тоскливый аффект с антивитальным компонентом, они стремятся к уединению, становятся вялыми, апатичными. Патохарактерологические реакции истерического типа формируются также на почве одноименной акцентуации. Комбатантам присущи инфантильный эгоцентризм, стремление противопоставлять себя коллективу, что нередко заканчивается конфликтами. Личностные черты, приобретенные в специфических условиях войны, на момент пребывания в экстремальных условиях военных действий носят нестойкий характер. Однако непосредственно после возвращения домой сами комбатанты, их близкие и коллеги по работе отмечают выраженную измененность, что особенно заметно на фоне кажущегося общего благополучия.

В обстановке мирного времени у части пациентов выявляются выраженные дезадаптивные качества, характерологические особенности заостряются ещё больше, а в ряде случаев даже приобретают ярко выраженные патологические качества. Наблюдаемые личностные девиации приводят к выраженной семейной дезадаптации (ссорам, упрекам, разводам), снижению профессиональной сферы (они устраиваются работать охранниками,

сторожами, хотя могли бы более профессионально использовать накопленные в боевой обстановке привычки, навыки и умения).

Подчеркнем, что тяжесть и стойкость психопатологических проявлений зависит от длительности и кратности пребывания комбатантов в зоне боевых действий. Так, 51,2 % пациентов второй группы (патохарактерологической) находились в специфических условиях войны в течение 7–12 месяцев, а 25,5 % – более 12 месяцев, что значительно отличает их от пациентов первой группы (невротической), пребывание которых в подобных условиях обычно не превышало 3 месяцев, а кратность командировок в «горячие точки» составляла 3 и более). С момента возникновения первоначальной патохарактерологической патологии у комбатантов до выявления аномального личностного облика с отчетливым нарушением социально-трудовой адаптации проходит в среднем от 1–3 до 5 лет. В клинической картине данного варианта ПТСР доминируют состояния с аффективными проявлениями у комбатантов возбудимого типа, на синдромальном уровне ведущими являются дистимический, дистимико-ипохондрический и истериопохондрический синдромы. Тревожно-субдепрессивный и обсессивно-фобический варианты отмечаются у пациентов тормозимого и мозаичного склада характера.

Пациент К., 1963 года рождения, работает старшим пожарником в ГПС УВД Томской области. Находился в отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья с 15 февраля по 3 апреля 2000 г. с диагнозом: посттравматическое стрессовое расстройство, патохарактерологический вариант, дистимический синдром.

Анамнез жизни. У отца отмечались акцентуированные эпилептоидные черты характера. Строгий, властный, неуступчивый и «тяжелый» в общении с близкими отец всегда доминировал в семье, его решения никогда не оспаривались в семейном кругу. Родился от физиологически протекающих беременностей и родов. По словам пациента, уже с 2-летнего возраста знал азбуку, рано начал читать, считать. С 5 лет стал интересоваться рисованием, что впоследствии вылилось в серьезное увлечение (стал художником-графиком). В преморбидном периоде был уравновешенным и коммуникабельным подростком, настойчивым в достижении намеченной цели. Свободно общался со сверстниками в школьной компании и на улице, хотя к лидерству не стремился, но на всё имел собственное мнение, проявлял настойчивость и упорство. В школе учился с интересом, легче других давались гуманитарные предметы, очень любил рисовать. После окончания 10 классов продолжил обучение в топографическом техникуме. Закончив 3 курса, «добровольно» ушел служить в армию. В течение 7 месяцев проходил службу в Ташкенте, в войсках связи, по собственному желанию стремился попасть в Афганистан. К тяжелым событиям своей армейской жизни относит гибель и ранения боевых товарищей, участие в военных действиях. Рассказывая о событиях большой давности, скрупулезно и подробно вспоминает «всё до мелочей», рассказ сопровождается вазовегетативными и эмоциональными проявлениями. О контузиях, ранениях не сообщает. После демобилизации часто снились кошмарные сновидения военного содержания, стремился к уединению, хотя в одиночестве мучили страшные воспоминания. По харак-

теру стал резким, бескомпромиссным, обидчивым, легко ранимым. Всегда болезненно реагировал на замечания в свой адрес, едва сдерживаясь.

Анамнез заболевания. Ухудшение состояния отмечает с ноября 1998 г., связывая его с конфликтной ситуацией по поводу решения квартирного вопроса. Постепенно снизилось настроение, ухудшился сон, стал раздражительным, обидчивым, злобным, вспышки недовольства окружающими порой доходили до агрессивного поведения, что проявлялось в микроокружении, пил в одиночку, назревала ситуация развода. Выявлялась психическая гиперестезия к ранее малозначимым стрессовым воздействиям. Снижился аппетит, сузился круг общения, пропало желание к рисованию, стремился к уединению, снизилось либидо. В последнее время нарастала утомляемость, с трудом переносил суточные дежурства, чувствовал себя напряженным, «близко к сердцу» принимал даже малозначительные случаи на работе. Часто всплывали в памяти эпизоды военных операций, снились кошмарные сновидения. Госпитализирован в отделение пограничных состояний по направлению из Реабилитационного центра.

Психическое состояние. Среднего роста, нормостенического телосложения. О событиях военного времени говорит сдержанно, но с непримиримостью и злостью в голосе. В последнее время участились ссоры в семье, с коллегами по работе. С трудом концентрирует внимание, стал напряженным, пессимистичным, сузился круг общения.

Экспериментально-психологическое исследование выявляет сосредоточенность на соматических ощущениях. На фоне нарастающей аффективной ригидности отмечаются застреваемость, категоричность, повышенная обидчивость, ранимость. В поведении наблюдаются импульсивность, непредсказуемость, неумение использовать прошлый опыт.

В результате ПТК (рациональная, личностно-реконструктивная, гетеросуггестивная, семейная психотерапия, музыкотерапия), ПФК (триптизол, нелуптил, феназепам, общеукрепляющая терапия), иммунокорректирующих мероприятий (тималин, адаптогены) сгладилась аффективная симптоматика, выровнялось настроение, редуцировались интрузионные проявления и симптоматика повышенной активации. Окреп физически, восстановилась трудоспособность, появилось желание рисовать. Катамнез через год: после выписки продолжает работать пожарником в прежнем коллективе. Уровень адаптации во всех сферах жизнедеятельности удовлетворительный.

При невротическом-психопатоподобном варианте у комбатантов наблюдаются полиморфные психовегетативные, психосоматические и психоорганические состояния. Они возникают, как правило, под воздействием не только психогенных, но и массивных соматогенных (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных) вредностей, экзогенно-органических (травматического, интоксикационного генеза) поражений головного мозга. Появлению соматических нарушений чаще всего способствуют «генетические дефекты» либо истощение резервных адаптационных механизмов. В группе обследованных выявляются изменения в иммунном статусе, различия в зависимости от патогенного фактора (вследствие радиационного воздействия у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, на фоне тяжелых психогений в условиях боевого стресса у участников военных действий).

Таблица 1. Сравнительные показатели иммунного статуса в изучаемых группах (здоровые, участники военных действий и ликвидаторы аварии на Чернобыльской атомной электростанции)

Показатели иммунитета	Здоровые лица (n=38)	Участники военных действий (n=114)	Ликвидаторы аварии на ЧАЭС (n=150)
Лейкоциты, %	6,21±0,14	5,89±0,25	6,00±0,16
Лимфоциты, %	35,52±0,89	33,78±0,92	32,34±0,61***
CD2 ⁺ , %	74,62±1,47	70,00±1,80	71,27±1,56
CD3 ⁺ , %	68,76±1,54	54,39±1,80***	54,63±1,41***
CD4 ⁺ , %	39,75±1,40	33,13±1,31***	29,12±1,54***
CD8 ⁺ , %	23,10±1,40	23,69±1,03	18,43±1,24*
CD4 ⁺ /CD8 ⁺ , %	1,59±0,08	1,42±0,30	1,43±0,21
CD16 ⁺ , CD4 ⁺	10,60±0,85	6,61±0,96	9,57±0,72
HLA-DR, %	17,41±1,40	22,79±1,50*	18,89±1,18
CD72 ⁺ , %	9,55±0,72	7,06±1,13	11,96±0,23
IgM, г/л	1,22±0,07	1,23±0,30	1,35±0,05
IgG, г/л	11,63±0,50	18,24±0,46***	14,42±0,41***
IgA, г/л	1,79±0,21	2,34±0,26	2,47±0,08***
ЦИК, усл. ед.	66,62±3,84	74,18±4,64	115,29±4,68***
ФИ, %	81,48±2,10	74,00±2,12	74,44±1,14**

Примечание. p – Уровень достоверности по отношению к контролю, * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.

Изучена комплексная оценка иммунного статуса обследованных групп пациентов. У ликвидаторов, по сравнению с контролем, установлено снижение общего количества лимфоцитов, количества Т-лимфоцитов, экспрессирующих CD3-, CD4-, CD8-антигенов, фагоцитарной активности нейтрофилов (как числа фагоцитирующих клеток, так и их поглотительной способности), выявлена активация гуморального иммунитета: повышение концентрации сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA и уровня ЦИК.

Анализ индивидуальных иммунограмм показал, что у 74,7 % ликвидаторов аварии на ЧАЭС выявлен Т-иммунодефицит с преимущественным угнетением популяции хелперов/индукторов. В группе комбатантов отмечено снижение количества Т-лимфоцитов CD3⁺-, CD4⁺-фенотипа, натуральных киллеров (CD16⁺ лимфоцитов), угнетение поглотительной способности нейтрофилов, нарушение соотношения хелперов/индукторов и цитотоксических супрессоров/эффекторов, активация гуморального иммунитета (повышение концентрации IgG).

Выраженность соматических нарушений в значительной степени определяет особенности течения основного заболевания. Заболевание манифестирует стойкими цефалгическими расстройствами спустя 1–3 года после органического поражения головного мозга, что связано с перенесенными контузиями и ранениями в голову. Комбатанты отмечают тягостный характер болевых ощущений («распирание», «жар внутри головы», «голова словно чугунная») и терапевтическую резистентность в отношении анальгезирующих и сосудорасширяющих средств. Они высказывают упорные агрипнические жалобы с пугающими кошмарными сновидениями («несу оторванную голову солдата», «кончаются боеприпасы, а в меня стреляют», «просыпаюсь с ощущением липкой теплой крови на руках, чувствую даже ее запах» и т. п.), для них характерны сложные ипохондрические переработки по типу кардиалгических включений, склонности к аггравации и рентным установкам.

При дистимико-цефалгических образованиях, наряду с выраженной цефалгической симптоматикой, отмечается тенденция к углублению личностных изменений. Резкость, максимализм суждений, грубое поведение свидетельствуют о перерастании стойкой астенизации в психопатизацию. Дистимико-дисфорический вариант отличается наличием стойкого расстройства настроения в виде сочетания напряженных аффектов тоски и злобы, выявляются выраженные поведенческие нарушения – конфликтность со вспышками ярости и гнева, застревание на отрицательно окрашенных переживаниях, склонность к разрушительным действиям вплоть до криминальных поступков, злоупотребление алкоголем с преобладанием атарактической мотивировки.

Пациент Т., 1980 года рождения, 21 год, живет в Чаинском районе Томской области, не работает. Поступил в отделение пограничных состояний клиник НИИ психического здоровья в январе 2001 г. с жалобами на вспыльчивость, раздражительность, снижение работоспособности, бесперспективность будущего, кошмарные сновидения, боли различной локализации (головные, в сердце).

Анамнез жизни. Наследственность отягощена аддиктивным расстройством (алкоголизм у отца). Родился в сельской местности, в многодетной семье, родители развелись, когда пациенту было 2 года, в детстве рос непоседливым, непослушным ребенком. Учился успешно, после окончания средней школы поступил в Томский электромеханический техникум, в студенческие годы отличался девиантным поведением, «за компанию» пропускал занятия, нередко ввязывался в конфликты со сверстниками, драки. Через год был призван в армию, служил в морской пехоте в Мурманской области, через полгода в составе десантного батальона «попал» в Дагестан, затем в Чечню, где служил в течение 9 месяцев, принимал участие в боевых действиях. Перенес контузию с потерей сознания, курс реабилитации проходил в военном госпитале.

После демобилизации вернулся на родину, не мог трудоустроиться («негде работать, «колхоз развалился»). Стал злым, обидчивым, конфликтным. Беспокоили кошмарные сновидения, в которых видел погибших сослуживцев. Тревожили навязчивые воспоминания о войне, «преследовали» представления в виде «фотографических отображений» расстрелов местного населения. «Напряжение» снимал приемом спиртного. В состоянии опьянения становился вспыльчивым, жестоким в драках, «терял над собой контроль» («боялся, что кого-нибудь убьет»). При поступлении дистимичен, напряжен, в беседе формален. Считает, что нужно «подлечить нервы». Участились приступы головных болей, беспокоят боли в сердце. Стал вспыльчивым, раздражительным, нарушился сон, мучают кошмарные сновидения военной тематики. Воспоминания о боевом стрессе носят навязчивый характер, «старается снять напряжение» употреблением алкоголя.

Психологическое исследование выявило в поведении эмоциональную нестабильность, незрелость в решении жизненных задач. В значимых ситуациях проявляются конфликтность, категоричность суждений. Высокий уровень напряженности дезорганизует больного в ближайшем окружении и снижает адаптивные механизмы. Личностный паттерн детерминирован возбудимыми чертами (склонность к дисфориям, неустойчивость настроения, эгоцентризм), уровень препсихопатии.

Диагноз: посттравматическое стрессовое расстройство, психопатоподобный вариант. Сопутствующий диагноз: хронический описторхоз, хронический холецистит. Синдром вегетативных расстройств.

В процессе комплексного лечения (ПТК: личностно-реконструктивная, гетеросуггестивная психотерапия с элементами нейролингвистического программирования, групповая ПТ; ПФК: финлепсин, хлорпротиксен, не-улептил, общеукрепляющая симптоматическая терапия; физиолечение, ЛФК, бассейн) сгладилась аффективная и астеническая симптоматика, восстановился сон; психотравмирующие переживания интрузионного характера дезактуализировались.

Катамнестическое наблюдение через 3 года показало улучшение качества жизни: год назад женился, ожидают рождение ребенка, трудоустроился. Однако сохраняется склонность к аддикции (рекомендовано лечение в условиях специализированного стационара).

В отдельных случаях в исследовательской выборке зафиксированы эпиплептиформные пароксизмы, протекающие по типу абортивных приступов (судорожные подергивания мимической мускулатуры, устремление взгляда в одну точку с резким побледнением лица и внезапным прерыванием деятельности), имеющие отчетливый психогенный запуск и связь с ЧМТ в анамнезе. В случае, когда на первый план выступают прогрессирующие церебрально-органические нарушения, наблюдается переход к общеорганическому снижению личности.

Массивные психотравмирующие факторы военного времени в значительной мере изменяют, трансформируют личность. Наиболее болезненно комбатанты реагируют в ситуациях, касающихся военной («афганской», «чеченской») тематики. Указанные проявления создают комбатантам репутацию конфликтных, неуживчивых людей, настроенных оппозиционно в отношении близких, коллег по работе или даже случайных прохожих; приводят к дезадаптации в межличностном, социальном и профессиональном функционировании.

С целью выявления общих закономерностей, характеризующих комбатантов в целом (независимо от типологического варианта ПТСР), переживших массивную травму, связанную с реальной угрозой для жизни, нашим сотрудником С.А. Ошаевым был проведен корреляционный анализ (по Пирсону) количественных переменных.

Кроме результатов тестирования (опросник «Индекс жизненного стиля» и опросник Александровича) учитывались следующие показатели: возраст на момент обследования, давность заболевания, количество поступлений, а также возраст пациентов на момент переживания травматического события. Выявлены особенности, характеризующие группу пациентов, участвовавших в локальных военных конфликтах. Установлено, что возраст на момент обследования имел положительные связи с давностью заболевания ($r=0,34$, $p<0,03$) и возрастом больного на момент переживания травмы ($r=0,76$, $p<0,00$). Это обусловлено тем, что комбатанты-офицеры, как правило, старше по возрасту на момент обследования, чем рядовые ($30,73\pm1,39$ и $24,24\pm1,03$ года, $p<0,001$). Офицеры участвовали в боевых действиях будучи в более старшем возрасте в отличие от рядовых. В меньшей степени такая за-

кономерность проявляется в отношении давности заболевания. У комбатантов возраст на момент обследования характеризуется отрицательной связью со шкалой симптоматического опросника Александровича «навязчивость» ($r = -0,35, p < 0,02$) и психологической защитой «отрицание» ($r = -0,35, p < 0,02$). Из этого следует, что чем старше обследуемый, тем в меньшей степени у него проявляются симптомы навязчивости и напряженность психологической защиты «отрицание». Можно предположить, что у комбатантов старшего возраста в меньшей степени выражен интрапсихический конфликт, так как выраженность психологической защиты «отрицание» служит маркером проявления конфликтов любого рода (Вассерман Л.И., 1998). В таком случае симптомы, описанные в рамках шкалы «навязчивость», являются проявлением интрапсихического конфликта на поведенческом уровне.

Рассматривая стратегии совладания в связи с психотравмирующей ситуацией (опросник копинг-поведения), выявлены некоторые особенности, характеризующие комбатантов, принадлежащих к различным клиническим группам.

Наиболее типичные для комбатантов предпочитаемые стратегии совладания с трудностями в зависимости от клинико-патогенетической структуры ПТСР представлены далее на рисунке 3.

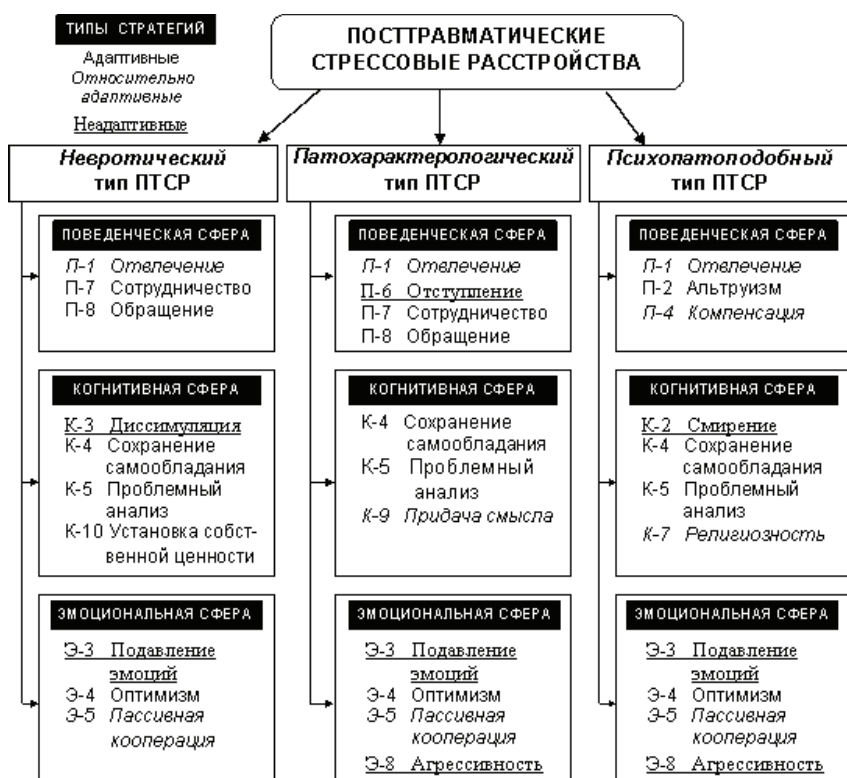


Рис. 3. Характерные для комбатантов предпочитаемые стратегии совладания с трудностями в зависимости от клинико-патогенетической структуры ПТСР (по данным опросника копинг-поведения)

При невротическом (I) типе посттравматического стрессового расстройства у комбатантов преобладает психологическая защита «интеллектуализация». Одновременно отмечается значительное снижение психологической защиты «регрессия». При решении трудностей пациенты с I типом ПТСР чаще используют следующие стратегии совладания: уход в работу, деятельность какого-либо рода; используют сотрудничество со значимыми людьми; ищут людей, готовых помочь советом. Вместе с тем у них преобладают такие формы совладания, как сохранение самообладания и проблемный анализ ситуации, снижение значимости проблемы, повышение самооценки, оптимизм, подавление эмоций, пассивная кооперация с делегированием полномочий при решении трудностей другим людям. Кроме того, патологическая симптоматика выражена незначительно и в основном проявляется нарушениями сна (интрузивного характера) и неврастеническими расстройствами (астения). Отмечено, что в группе с невротическим типом ПТСР преобладают комбатанты, неоднократно пребывавшие в командировках в «горячих точках» и находящиеся в настоящее время на военной службе, что увеличивает вероятность возврата в боевые условия.

Вышеизложенное позволяет предположить, что в данной группе комбатантов интрапсихический конфликт выражен незначительно, так как это были преимущественно офицеры и «контрактники», для которых участие в боевых действиях было осознанным и добровольным. Это обуславливает повышение напряженности психологической защиты «интеллектуализация», необходимой для сохранения самоуважения и снижения ценности недоступного для личности опыта. В данном случае лечение в стационаре воспринимается комбатантами как необходимый реабилитационный процесс.

При патохарактерологическом (II) варианте ПТСР преобладают психологические защиты «замещение» и «интеллектуализация», отмечается тенденция к увеличению напряженности психологической защиты «отрицание». Психологическая защита «компенсация» выражена в меньшей степени, чем в группе контроля. Вместе с тем для решения трудностей комбатанты используют следующие стратегии совладания: изоляцию, стремясь остаться наедине с собой; уход в работу, хобби; сотрудничество со значимыми людьми; ищут людей, готовых помочь советом. Преобладают такие копинг-стратегии, как сохранение самообладания и проблемный анализ ситуации; снижение значимости проблемы и придача проблемам особого смысла – самосовершенствование, оптимизм, пассивная кооперация, подавление эмоций, агрессивность. Патологическая симптоматика проявляется в большей степени симптомами истерического, неврастенического и депрессивного расстройств, а также нарушениями сна. В данной группе интрапсихический конфликт приводит к снижению самооценки. В свою очередь разрядка подавляемых эмоций, осуществляемая в ближайшем окружении, еще более снижает самооценку и социальную адаптацию.

При психопатоподобном (III) типе ПТСР у комбатантов отмечается значительная напряженность психологических защит. Достоверно превышают значения контрольной группы психологические защиты «отрицание», «вытеснение» и «интеллектуализация», а также отмечается тенденция к увеличению напряженности психологической защиты «реактивное образование». Комба-

танты данной группы предпочитают такие стратегии совладания, как компенсация (стараются отвлечься и расслабиться с помощью алкоголя); альтруизм; уход в работу, деятельность какого-либо рода; сохранение самообладания и проблемный анализ ситуации; религиозность; упование на судьбу со смирением; оптимизм; пассивная кооперация; подавление эмоций; агрессивность. Патологическая симптоматика выражена больше, чем в других группах, и проявляется в основном в нарушениях сна, беспокойстве, напряжении, неврастенических, психастенических, истерических и ипохондрических расстройствах, а также в симптомах дереализации и трудностях, связанных с социальными контактами. Интрапсихический конфликт в данной группе приводит к значительному напряжению психологических защит. В первую очередь это проявляется в нарастании соматизации, часто происходящей на фоне злоупотребления алкоголем и агрессивности. Психопатизация с проявлениями вторичной выгоды значительно снижает социальную адаптацию комбатантов.

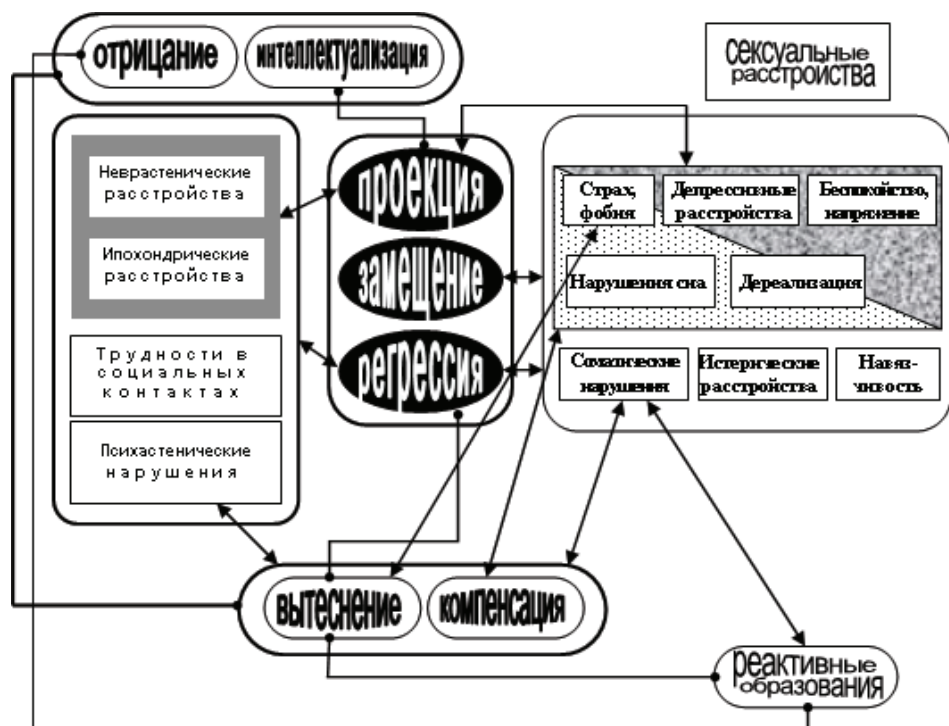


Рис. 4. Корреляционные взаимосвязи между психологическими защитами и патологической симптоматикой у комбатантов

На рисунке 4 отражены результаты корреляционного анализа выраженности психологических защит (опросник «Индекс жизненного стиля») и психопатологической симптоматики (симптоматический опросник Александровича).

Показаны взаимосвязи психологических защит между собой с учетом их корреляций с патологической симптоматикой. Однако не отражены корреляции между шкалами опросника Александровича, так как все шкалы тес-

но взаимосвязаны, за исключением единичных случаев. Так, не установлена взаимосвязь между шкалами «нарушения сна» и «неврастенические расстройства». Шкала «сексуальные расстройства» коррелирует только со шкалами «неврастенические расстройства» ($r=0,39$, $p<0,01$) и «соматические нарушения» ($r=0,34$, $p<0,03$).

Корреляционный анализ выявил, что в группе обследованных комбатантов, независимо от присущей им типологической структуры ПТСР, имеются два уровня защиты личности и переработки травмы. При незначительном интрапсихическом конфликте включается первый уровень «обороны личности», состоящий из психологических защит «отрицание», «интеллектуализация», «вытеснение» и «компенсация». В функциональном плане повышение напряженности психологической защиты «отрицание» свидетельствует о наличии конфликта (в данном случае интрапсихического), при этом механизм защиты «интеллектуализация» необходим для когнитивной, отстраненной от аффекта, переработки интрапсихического конфликта. В свою очередь психологическая защита «вытеснение» позволяет исключить из сферы сознания непереработанные, неприемлемые аспекты данного конфликта, а компенсация необходима для повышения самооценки.

При нарастании интрапсихического конфликта первый уровень перестает справляться с массивным травматическим стрессом, поэтому психика индивидуума задействует второй уровень личностной защиты. Этот уровень представлен следующими психологическими защитами: «проекция», «замещение» и «регрессия». Это, в свою очередь, приводит к нарастанию невротической симптоматики. В этом случае интрапсихический конфликт отражается во сне, что осуществляет психологическая защита «проекция», тогда внешний мир становится носителем постоянной угрозы, и это позволяет разряжать аффекты в микро- и макросоциуме через психо-логические защиты «замещение» и «регрессию», что осложняет социальную адаптацию. Дальнейшее усиление интрапсихического конфликта способствует активации диссоциативных защит.

В целом определение поведенческих «факторов риска» развития психических болезней имеет высокую значимость, ибо общепризнанно, что из всех «составляющих» детерминант современный образ жизни (в отличие от генетической и экологической) может повлиять на относительно коротком историческом отрезке времени на показатели здоровья населения.

На современном этапе движения научной мысли осуществляется активный поиск закономерного взаимодействия клинической динамики с выявлением патогенетических механизмов. По сути дела, на наших глазах происходит возврат к этиологическому диагнозу, но уже на новом витке знаний; систематизируются факторы риска, определяются патогенетические и са-ногенетические процессы, уточняются клинические параметры динамики. Всё более очевидным становится вывод, что одно лишь перечисление возможных факторов риска и предрасполагающих воздействий не является результативным. Однако концепция «мультикаузальности» пока ещё не получила должного широкого применения в медицинской теории и практике³³.

³³ Семке В.Я., Гирич Я.П., Красильников Г.Т., Коробицина Т.В. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях. Томск, 1998. 63 с.

Следует признать правоту О.В. Кербикова (1971), утверждавшего, что для разработки адекватных лечебных и превентивных подходов требуется составление «лестниц валентности» с учётом двух обстоятельств: соответствия явлений, вызываемых вредностью, тем, которые свойственны данному заболеванию, и степени полного «созревания» болезни для развития или усложнения. По сути, весь исторический опыт мировой медицины и естествознания свидетельствует о взаимообусловленности, взаимодействии соматической и психической сфер, причём эти связи нелинейны, многообразны, а чтобы их постичь нередко целесообразно упрощать эти изучаемые явления, предоставляя возможность для последующих интегративных преобразований.

6.2. ПСИХОПАТОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

Для нас было бы, конечно, крайне удобно, и мы избавились бы от целой массы хлопот, если бы можно было провести резкую и определенную черту и сказать, что все люди, стоящие по одну сторону ее, должны быть душевно здоровы, а все, стоящие по другую, – душевнобольные.

Г. Маудсли

Общая психопатология как научное направление исследует природу и сущность психических нарушений. В условиях затяжных душевных конфликтов перед индивидом возникает задача сохранения и поддержания гармоничного равновесия, успешного разрешения хронического стресса выживания, содействия работе по личностному совершенствованию. Как результат чрезвычайной угрозы формируются различные по силе и прогнозу психоадаптационные и психодезадаптационные состояния, развернутые клинические формы неврозов и личностных нарушений, психотических образований. Клинические проявления психопатологических последствий чрезвычайных ситуаций различаются при трех разновидностях конфликта (катастроф) – антропогенной, антропогенной, антропогенной. Их дальнейшее рассмотрение будет происходить в соответствии с указанным делением.

Психический дистресс является частью каждодневного существования. Его воздействие может быть глубоким не только для людей, но и для семей, друзей и общества в целом. Мы обязаны осознавать важность своевременной диагностики и превенции психических, соматопсихических нарушений на самых ранних этапах их появления, а также формировать в массовом сознании людей индивидуальные и общественные идеи о приоритетах здоровья как важной составляющей социального благополучия, определяющей качество жизни отдельно взятой личности и общества в целом. Гарантированный прогресс «психического здоровья для всех» в условиях существования человечества возможен лишь на путях нравственного самосовершенствования, поэтому столь необходимы коренные изменения мотивационных

основ поведения личности на всех уровнях её развития – от индивидуально-го до популяционного.

Социогении и их последствия: психосоциальный кризис

Для преодоления возможных внутриличностных конфликтов в подстерегающих индивида «кризисных» ситуациях важно постижение причин их возникновения и последующее понимание путей их преодоления. В этой связи уместно привести высказывание А.Л. Гроссмана: «Человек боится не столько окончания собственной жизни, сколько утраты мира, разрыва ролевых и социальных связей и взаимоотношений». Социально-психологическое понимание конфликтных и кризисных состояний облегчает избегание «подводных рифов» подстерегающей опасной ситуации, способствует расширению творческих возможностей личности, смягчает и даже предупреждает психотравмирующие ситуации, возможные при столкновении с непредвиденными интерперсональными обстоятельствами, повышая тем самым производственный потенциал и качество интеллектуальной деятельности. Непосредственное проникновение человека в космос, по свидетельству академика М.В. Келдыша, оказало влияние на мировоззрение и психологию современных людей. Получив шанс взглянуть на Землю как бы со стороны и принципиальную возможность достижения других планет, иных миров, человечество сможет качественно расширить сферу своего мышления, что окажет глубокое воздействие на весь последующий ход эволюции земной цивилизации.

Теория жизни личности, охватывающая важные стороны человеческого существования, позволяет выделить четыре типа, гиперномический – выполняющий консервативную функцию утверждения социальных стандартов, неодобрения различных отклонений от них; агонимический – облегчающий видение «новых высот и новых рубежей», что спасает общество от тупиков; гипонимический – с легкостью разрушающий старое и принимающий новое, быстро адаптирующийся к переменам ценностей и нравов; идионимический – крайняя форма самозакрытости (Doig O., 1992). Описанные экзистенциальные типы важны в генетическом и социальном смысле, человечеству нужны гиперномики, чтобы бороться за утверждение существующих стандартов. Так же оправдано наличие агонимиков, которые радикально пересматривают пути жизни; не менее важна роль гипонимиков – разрушителей старого и создателей основ для нового; наконец, идионимики сохраняют уже отринутые ценности с тем, чтобы завтра они вновь могли стать значимыми для человечества. Иными словами, без гиперномиков мир теряет свои традиционные социальные структуры, погружается в пучину коллапса и анархии. Без агонимиков теряются перспективы будущего, необходимые в ситуации краха традиционных основ. Гипонимики смягчают последствия такого кризиса или краха. Идионимики сдерживают развитие событий и сохраняют для потомства полезные традиции.

Социально-стрессовые расстройства (Александровский Ю.А., 1991, 2000) возникают в условиях коренного изменения общественных отношений, выходящих за пределы обычного опыта. При этом меняются идеологические, моральные представления и ценности, социальные связи и жизненные планы, что вызвано нестабильностью и неопределенностью социаль-

ного положения. В отличие от прежних этиологических факторов становления картины неврозов, когда речь шла о микросоциальных психогениях, при социально-стрессовых расстройствах имеют место макросоциальные, общегрупповые психотравмы, носящие растянутый по времени характер.

Наблюдаемые при этом глубокие эмоциональные потрясения затрагивают широкие слои населения, популяцию в целом, причем данные психогении влияют на конкретную личность значительно, чем привычные житейские потрясения, готовность жертвовать собою соседствует с «неуемной жаждой наслаждений и моральной неразборчивостью». К основным проявлениям клинической динамики принято относить астенические, истерические, панические расстройства, симптомы вегетативной дисфункции, диссомнические проявления, ухудшение соматического здоровья, усиление невротических и патохарактерологических радикалов. Описывают три основных защитных механизма личностного реагирования в подобных социальных ситуациях: идеализация прошлой жизни с «уходом от проблем» сегодняшнего дня; отрицание любых жизненных ценностей и ориентиров; пассивный дрейф по жизни; смещение по типу замены реальных социальных проблем повышенным интересом к экстрасенсорике, ясновидению, астрологии или же «уходом в болезнь».

Возрастающий интерес к проблеме посттравматических стрессовых расстройств обусловлен расширением масштабов таких экстремальных ситуаций, как стихийные бедствия, техногенные катастрофы, вооружённые конфликты. Вопросы психического здоровья военнослужащих, участвующих в современных локальных войнах, являются на сегодняшний день наиболее актуальной для отечественной психиатрии задачей (Александровский Ю.А., 1996, 1998; Семке В.Я., 1996, 1999; Сакерин В.В., 1998; Михайлов Б.В., 1999). Согласно МКБ-10, ПТСР представляет собой отставленную или затяжную реакцию на стрессовое событие либо ситуацию исключительно угрожающего, катастрофического характера, которые могут вызвать дистресс практически у любого человека. По данным ряда исследователей (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1988; Wearhers F.W., 1994; Green B.L., 1994), ПТСР развивается у 50–80 % перенесших тяжёлый стресс, морбидность находится в прямой зависимости от стресса. В мирное время случаи ПТСР в популяции составляют для мужчин 0,5 %, для женщин – 1,2 % (Брызгунов И.И., 1999). В то же время ПТСР составляет 10–15 % всех медицинских последствий участия в войне (Гиляровский В.А., 1994; Armfield F., 1994). Им по-прежнему страдают 29–45 % ветеранов войны во Вьетнаме (Гиляровский В.А., 1994; Снедков Е.В., 1997; Egenford A.N., 1985; Laufer R.S., 1985; Orner R.J., 1992), среди раненых и калек количество страдающих ПТСР гораздо больше – до 48 % (Маклаков А.Г., 1996, 1998; Fullilowe M.T., 1993). В начале 90-х гг. проблема психических нарушений по типу посттравматического синдрома стала привлекать всё более пристальное внимание отечественных учёных (Краснов В.Н., 1994; Шевченко Ю.Л., 1995; Александровский Ю.А., 1996; Семке В.Я., 1996, 1999; Нечипоренко В.В., 1996, 1998; Хохлов Л.К., 1998), а в связи с известными событиями на Северном Кавказе возрастает многократно.

Анализ данных о психическом здоровье военнослужащих (участников военных конфликтов, комбатантов) при значительных психоэмоциональных

нагрузках, вызванных реальной витальной угрозой, позволяет утверждать, что воздействие психогенных факторов формирует у них негативные изменения в структуре личностных характеристик и психическом состоянии.

Переживание экстремального стресса на субъективном уровне отражается в ощущении личностной изменённости и приходит к процессу переоценки индивидуальных ценностей и приоритетов (Анцыферова Л.И., 1994). При этом ощущение «я стал другим» может приобрести как позитивную, так и негативную окраску. Самими участниками боевых действий на Северном Кавказе, подвергшимися воздействию экстремального военного стресса, личный опыт, приобретённый за время службы, преимущественно оценивается как «вредный и тяжёлый», ведущий к снижению самооценки и в целом к дезадаптации (Магомед-Эминов М.Ш., 1996; Александровский Ю.А., 1998). Однако по результатам опроса жертв травматического стресса (участников боевых действий в Афганистане) различной этиологии были выделены три категории возможной позитивной оценки субъекта: 1) изменение в самовосприятии и самооценке «я знаю, чего стою»; «я стал более сильным»; 2) во взаимоотношениях с окружающими; 3) в общей философии жизни (Tedeschi R.G., Calhoun L.C., 1996).

При рассмотрении генеза ПТСР большое значение имеют predisposing факторы (экстреморбидные особенности личности, её направленность, пол, возраст, жизненный опыт, стрессоустойчивость, наличие психических расстройств в анамнезе, возможность сопутствующих расстройств в виде алкогольной и наркотической зависимостей и другого физического неблагополучия – ЧМТ, ранения, инфекции, ожоги и т. д.). По данным литературы (Гиляровский В.А., 1946; Павлова М.С., 1999; Сакерин В.В., 1999) и по нашим наблюдениям, ПТСР часто сочетается с экзогенными (соматогенными, инфекционными, интоксикационными) и другими психогенными расстройствами. Первоначально функциональное расстройство сменяется органическим поражением головного мозга, формированием психоорганических изменений. Органическое видоизменение психопатологической симптоматики при хроническом течении ПТСР нередко происходит в результате неблагоприятного развития сосудистой патологии: сосудисто-вегетативная дистония, гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия (Хохлов Л.К., 1998). Совокупность экологических и психосоциальных факторов (их интенсивность и продолжительность, травмы и ранения, общественная поддержка, смысл войны и др.) оказывает модифицирующее влияние на адаптационные механизмы, а оба взаимно связующих звена патогенеза – адаптации и повреждения – вносят крупный вклад в специфику клинического оформления и динамики ПТСР (Маклаков А.Г., 1996; Зеленова М.Е., 1997).

В DSM-IV выделяют 3 варианта ПТСР: острое (длительность менее 3 месяцев), хроническое (длительность более 3 месяцев) и позднее (начинается спустя 6 месяцев после психотравмы). Клиническая картина «чеченского синдрома» отличается от классической картины ПТСР, описанной в МКБ-10 и DSM-IV. Проявления ПТСР у всех обследованных протекали по второму (хроническому) варианту, так как возникли спустя 3–6 месяцев (Семке В.Я., 1998) после прекращения действия стрессового

фактора и сохранялись 2–3 года, часто маскируясь картиной соматических заболеваний (язвенная болезнь желудка и ДПК, болезни сердечнососудистой системы и др.).

N. Hermann, G. Eguavec (1994) приводят данные об отставленном начале ПТСР у ветеранов Второй мировой войны спустя 30 лет после военных событий. Были предприняты попытки систематизировать ПТСР у участников военных конфликтов в зависимости от конституционально-биологических особенностей личности, течения преморбида и других факторов. В.В. Саке-риним, Н.В. Головки (1998) выделяют три группы обследуемых с «чеченским синдромом», к первой группе они относят личностей стенического, гипертимного склада с высокой степенью компенсации (54 %); во вторую группу включены личности астенического типа (психастеники, ананкасты, сенситивные шизоиды). Остальные обследованные отличались психопатоподобными реакциями чаще возбудимого характера со склонностью к алкогольной и наркотической зависимостям и низкой социальной адаптацией. Синдромально психические расстройства пограничного уровня они расценивают как депрессивные (43 %), фобические с эпизодами панического страха (13 %), ипохондрические (11 %), психопатоподобные (28 %), паранойальные (2 %).

Медико-психологические последствия боевой психической травмы, её клиничко-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты являлись предметом исследования Е.В. Снедкова и коллектива кафедры психиатрии Военно-медицинской академии г. Санкт-Петербурга (1997). Возникая до прямого контакта с реальной витальной угрозой, боевой стресс продолжался вплоть до выхода из зоны военных действий. Перенесенный боевой стресс является состоянием предпатологическим, дестабилизирующим, ограничивающим функциональный резерв организма, усиливающим риск дезинтеграции психической деятельности и соматовегетативных дисфункций, ведущих к формированию ПТСР (Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., 1998). Несмотря на многочисленные исследования ПТСР, многие аспекты данной патологии остаются практически неизученными и несистематизированными. Разноречивы мнения о роли и соотношении психогенных, конституционально-биологических факторов, продолжительности и интенсивности стрессорного воздействия в синдромообразовании и патокинезе ПТСР.

Требуют уточнения сведения, касающиеся клинических и параклинических критериев ранней диагностики, организации лечения участников войн, реадаптации, реабилитации и ресоциализации ветеранов³⁴.

Проблема изучения психогений, формирующихся в условиях чрезвычайных ситуаций (в том числе у комбатантов), остается актуальной, что оправдывает попытку выделения «психиатрии катастроф», где объектом внимания становятся ПТСР. Их критерии описаны при изучении «поствьетнамского синдрома» и представлены в работах многих зарубежных авторов, а также в отечественной литературе – при исследовании «афганского» и «чеченского» синдромов. До сих пор остаются мало изученными типологиче-

³⁴ Погосов А.В., Смирнова Л.В. Посттравматические стрессовые расстройства. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002. № 3. С. 43–49.

ские особенности ПТСР, их клиническая характеристика, а самое главное, не разработаны научно обоснованные формы, методы, принципы построения риадаптационных и превентивных программ с последующей оценкой эффективности применяемых мероприятий.

Клиническая картина ПТСР складывается из описаний психогений, формирующихся в условиях чрезвычайных ситуаций боевой обстановки, в том числе у участников боевых действий. Речь идет о совокупной характеристике военных конфликтов в рамках «поствьетнамского», «афганского» и «чеченского» синдромов. В отличие от острой стрессовой реакции, они возникают не в момент психотравмирующего воздействия, а в более отдаленные сроки, в частности, после выхода комбатанта из боевой ситуации. Клиническое содержание психопатологического состояния наполнено переживаниями сцен военных действий, насилия, пыток, воспоминаниями о боевых друзьях, чувством страха за жизнь, кошмарными сновидениями, плаксивостью, депрессивными реакциями с конверсионными симптомами, снижением когнитивных функций и ослаблением контактов с ближайшим окружением. Устрашающие сны воспроизводят всё пережитое, сопровождаясь ощущением «липкого пота», сердцебиением, чувством «спирания в груди». К облигатным симптомам ПТСР относится повторное переживание боевого события по типу навязчивых проявлений (интрузии), носящих характер стойких, непроизвольных реминисценций (*flash-backs*) при напоминании (в радио-, телепередачах и др.) или повторном пребывании в ситуации, хотя бы опосредованно напоминающей стрессовую. Характерны тревожные руминации (с «прокручиванием» в сознании актуальных аспектов травматического стресса и «упущенных» возможностей предотвратить перенесенное) и переживания чувства вины перед погибшими, их родными. Реже наблюдаются реакции избегания с усилением вялости, безынициативности или же, напротив, признаки повышенной активности, раздражительности, затрудненной концентрации внимания и т. д.

Формирование ПТСР является существенным, но не единственным феноменологическим проявлением реакции на боевой стресс и возникающее при этом адаптационное (или психодезадаптационное) состояние. Пока человек пребывает в условиях боевых действий, собственно психопатологической картины не возникает, потому что необходима его многоуровневая личностная «переработка» в обстановке мирной жизни. Психогенно-травматический опыт не всегда воспринимается личностью как негативный, дезстабилизирующий, дезорганизирующий основные жизненные функции. Даже при отрицательном отношении к участию в боевых действиях преморбидно адаптированным и гармоничным натурам удается преодолеть психологически объяснимые реакции на интенсивный стресс.

Б.С. Положий, И.В. Гурин (1994) обследовали 115 пострадавших с ожоговой травмой, полученной в результате чрезвычайных ситуаций производственного и бытового характера (период катамнеза до 3 лет). В своем развитии ПТСР претерпевали три стадии: неспецифических психогенных реакций; невротических расстройств; патохарактерологических изменений. При переходе в заключительную стадию (через 6 месяцев с момента психогении) выделяют 4 клинических варианта: тревожно-фобический (с систематическими тягостными воспоминаниями о моменте психогении на фоне чувства тревоги,

внутреннего напряжения, страхом, связанным с воспоминаниями о моменте психогении или возможностью её повторения); дистимический (стойко сниженный фон настроения, мало зависящие от реальной жизненной ситуации недезактуализирующиеся чувства вины и обиды из-за перенесенного несчастья); соматоформный (наличие многочисленных жалоб ипохондрического характера, нозофобии, эмоциональная и вегетативная лабильность); аффективно неустойчивый (раздражительность, гневливость, конфликтность с окружающими, эксплозивность, тенденции к антисоциальному поведению).

Изучение клинических особенностей ПТСР у детей-беженцев осуществлено Х.Б. Ахмедовой (2001) на базе крупного палаточного лагеря чеченских беженцев «Спутник» на территории Ингушетии, население которого составляет более 9000 человек, из них 3700 детей до 16 лет. Всего обследовано 605 детей от 6 до 15 лет. Выделены два типа психотравматизма, когда ребенок подвергся: а) одному сильному психотравматическому событию; б) длительным или повторным, тяжелым травматическим событиями. У большинства обследованных обнаружен психотравматизм второго типа, они пережили военные события как 1994–1996 гг., так и 1999–2000 гг., что привело к психическому политравматизму. Проблема угрозы жизни зависит от понимания ребенком смерти, её значения и значимости. Концепция смерти создается ребенком постепенно по мере взросления, когда он начинает понимать её полную необратимость. В ситуации войны ребенок испытывает потрясение, столкнувшись с массовой гибелью людей, что приводит к разрушению иллюзии собственного бессмертия.

В целом проблема взаимоотношений коренного населения, мигрантов и беженцев сопряжена с ситуацией насилия, враждебности (определяемых длительным, устойчивым, негативным отношением или системой оценок, применяемой к окружающим людям, предметам, явлениям), агрессии (в виде инструментальной поведенческой реакции) и гнева (эмоционального состояния, имеющего побудительную силу)³⁵. Общеизвестна значимость этих состояний в массовых масштабах (в настоящее время численность беженцев в мире более 20 млн человек). Наплыв мигрантов может привести, по свидетельству экспертов ВОЗ, к дестабилизации положения в принимающих их странах, усилению напряженности в регионе, ухудшению состояния окружающей среды. Бедность и экономический застой оказывают прямое и косвенное влияние на социальное благополучие, психическое здоровье коренного и пришлого населения, подкрепляемые стихийными бедствиями, «вялыми» этническими конфликтами, ограниченностью доступа к адекватной медицинской и гуманитарной помощи, неполноценным питанием. Бытовое насилие характеризуется поведением, направленным на умышленное причинение физических повреждений или душевных страданий близкому человеку, и проявляются, как правило, в домашних условиях. Данным обстоятельством обусловлен конфиденциальный характер этой относящейся к сфере «частной жизни» формы насилия, сопряженной с чувством стыда и вины, а также с различными социальными «табу», определяемыми нередко социокультуральными условиями.

³⁵ Buss A.H. The psychology of aggression. New York, Willey, 1961.

Е. Bronet (1996) выделяет психосоциальные последствия радиоактивных катастроф, обобщая 3 мировых инцидента: бомбардировку Хиросимы и Нагасаки, инцидент на Three Mill Island атомной станции и аварию на Чернобыльской АЭС. Клинические признаки выражаются соматическими симптомами, клинической депрессией, страхом за здоровье в будущем, неврастеническими симптомами и симптомами ПТСР. I. Prilipko (1996) описывает психические расстройства после великого Ханшинского землетрясения (Кобе, Япония, 17 января 1995 г.). Жертвы природной катастрофы испытывали панические реакции, чувство пустоты, вину за то, что остались в живых, стресс, связанный со злом, страх и депрессию. Несмотря на разные подходы, все авторы заявляют о необходимости выработки международных методологических подходов в решении проблем психического здоровья при различного вида катастрофах.

Одно из первых мест по тяжести последствий занимают катастрофы с человеческими жертвами, имеющие массовый характер, охватывающие большую площадь, происходящие ночью. Внезапность развития стихийных бедствий, ведущих к разрушению жилых помещений, создает невозможность самоэвакуации пострадавших. Часто в экстремальных ситуациях мощным психогенным фактором является изоляция от внешнего мира. Все вышеперечисленные факторы воздействия наблюдались при разрушении казармы Томского высшего военного училища связи в июле 1997 г., когда под обломками здания погибли 12 курсантов. С целью выявления расстройств 26 курсантов прошли обследование и лечение в клиниках НИИ психического здоровья. Обследуемые курсанты учились на последнем курсе и практически все имели установку на продолжение учебы и дальнейшую службу в рядах армии. У 9 курсантов выявлена реакция «вытеснения», они считали себя здоровыми, при этом отказывались обсуждать психотравмирующую ситуацию, относя ее к разряду обыденных социальных катастроф и бравирова уменiem военных стойко переносить события, связанные с человеческими жертвами. У 5 человек выявлены симптомы астеноневротического уровня. Отношение к психотравмирующей ситуации у них определено как реакция «избегания», обследуемые сообщали, что не могут и не хотят вспоминать о происшедшей трагедии, ссылаясь на то, что после тягостных воспоминаний о случившемся снижается настроение, нарушается сон, появляется тревога, причем любое другое неприятное известие вновь возвращает в памяти страшные картины происшедшего инцидента, и трагедия переживается вновь. 8 курсантов предъявляли жалобы депрессивного спектра: на сниженное настроение, нарушения сна, тревожность, слезливость. Им казалось, что «поблекли краски» окружающего, «гаснет мир», «люди стали злые», «ничего не получается, все валится из рук». 2 курсанта из этой группы имели фобические расстройства, испытывали страх замкнутого помещения, боязнь остановки сердца. Все эти явления и тревога усиливались ночью, особенно когда ощущалась вибрация здания от движения проходящих транспортных средств. Реакция на психотравмирующую ситуацию определялась как присоединение. Курсанты отмечали внутреннюю связь с погибшими товарищами, считали, что могли бы быть или должны были бы быть на их месте, высказывали суждения, что должны служить за тех

парней, которым досталась смертельная участь, испытывали чувство вины, предстоящей кары, разрушенной жизни и бесперспективности. Упорные головные боли отмечались у 4 курсантов, перенесших ЧМТ во время катастрофы. Раздражительность, взрывчатость с несвойственной ранее злостью и последующим раскаянием наблюдались у 3 пострадавших. Психологический тип реагирования мы отнесли к реакции «обвинения», во всем происшедшем курсанты винили реальных людей, высказывали идеи возмездия за погибших, были негативно настроены к «штатскому» населению, особенно к своим сверстникам.

9 курсантов из 26 обследованных не имели выраженных психопатологических проявлений и не нуждались в психореабилитации в специализированном стационаре. Тем не менее при проведении превентивной психокоррекции и психотерапии выявлено, что реакция на случившееся сформировалась как психологическая защита и при неблагоприятных условиях непременно проявилась бы психическими или соматическими расстройствами. Данную реакцию мы посчитали возможным отнести к психоадаптационному синдрому. Психозадаптационный синдром выявлен у 17 пострадавших, которым требовалась психотерапевтическая и фармакологическая помощь. После проведения реабилитационных мероприятий наблюдалась позитивная обратная динамика клинической симптоматики, что способствовало формированию адекватной продуктивной коммуникации и восстановлению социальной адаптации с учетом личностных установок на поддержание «психического гомеостаза» (Семке В.Я., 1996, 1997). Своевременность фармако- и психотерапии психологических реакций при различных катастрофах является необходимой превенцией развития психических и психосоматических расстройств.

Посттравматическая личностная измененность описывается в исследованиях военно-травматического стресса Е.О. Лазебной, М.Е. Зеленовой (1999)³⁶. Авторами показано, что изменяются не столько внешние обстоятельства жизни, к которым надо заново приспосабливаться испытывавшим на себе этот разрушающий стресс, сколько становится другим собственный внутренний мир пациентов. Под воздействием травмы происходят изменения в когнитивных моделях существования, которые на субъективном уровне находят свое отражение в возникновении ощущения личностной измененности, а также в особенностях личностной оценки пережитого травматического события как индивидуального жизненного опыта. Переживание экстремального стресса не всегда ведет к негативным для личности последствиям. В ряде случаев оно способствует личностному росту и повышению самоуважения, что, в свою очередь, во многом помогает успешно выйти из травматической ситуации. После психической травмы обычно начинается процесс переоценки индивидуальных ценностей и приоритетов. При этом возникшее ощущение «я стал другим» может приобрести как позитивную, так и негативную окраску. В то же время преобладание сниженной самооценки, ощущений типа «я стал хуже, чем был до того», как правило, свидетельствует о неблагоприятном характере посттравмати-

³⁶ Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Военный травматический стресс // Психологический журнал. 1999. Т.20, № 5. С. 68–73.

ческой адаптации. Определенное число участников травматических событий склонны также воспринимать полученный травматический опыт в целом как оказывающий положительное влияние на их дальнейшую жизнь. По результатам опроса жертв травматического стресса различной этиологии были выделены три категории возможной позитивной субъективной оценки последствий переживания травматического опыта: это изменения в самовосприятии и самооценке («стал более сильным», «появились новые возможности», «знаю, чего стою»), во взаимоотношениях с окружающими, в общей философии жизни.

В исследовательской выборке афганских ветеранов определенная часть как хорошо адаптированных, так и дезадаптированных обследованных склонны оценивать свое пребывание в Афганистане как значимое позитивное событие в жизни, однако среди хорошо адаптированных позитивное отношение к афганскому опыту в целом встречалось в несколько раз чаще. Среди ветеранов, считавших факт пребывания в Афганистане «яркой и светлой» страницей своей жизни, преобладала позитивная оценка личностной измененности после того, как они побывали в зоне боевых действий. Среди тех, кто в целом воспринимал свое пребывание в Афганистане резко негативно, преобладали дезадаптированные ветераны с ПТСР. В этой подгруппе в основном личный опыт, приобретенный за время службы, оценивался как вредный и мешающий жить, а характер личностных изменений после возвращения к мирной жизни свидетельствовал о снижении самооценки в посттравматическом периоде. У хорошо адаптированных даже при резко отрицательном отношении к своему участию в боевых действиях в Афганистане негативные личностные последствия оказались не столь выраженными. Трудности адаптации после пережитой психической травмы не следует связывать только с развитием посттравматического стрессового расстройства. Успешное преодоление негативных последствий переживания травматических событий зависит от уровня активности субъекта в посттравматической адаптации и его способности к реализации оптимальных стратегий выхода из кризисной ситуации.

Природные и техногенные катастрофы разрушительно действуют на жизнь и собственность, опустошая сообщества цепочкой катастрофических событий, негативно действуя на социальное и экономическое развитие. Они являются часто событиями, которые трудно предсказать, предотвратить и контролировать. Они вызывают психосоциальный кризис личности, представляя тем самым вызов для профессионалов психического здоровья, призванных помогать травмированному населению. Помощь после бедствия устремлена на преодоление кризиса, интегрирует интерактивную, гибкую систему связи между специализированной психиатрической помощью и органами неотложного реагирования. Решение о «жизненной ситуации после бедствия» принимается с учетом идентификации различий в потребностях после бедствия между группами выживших. Первичными выжившими являются те, кто пережил максимальную подверженность травматическому событию; вторичными выжившими являются убитые горем близкие родственники первичных жертв; выжившими третьего уровня являются спа-

сатели, медики, психиатры, представители Красного Креста, духовники, персонал неотложек, пожарники, полиция; жертвами четвертого уровня являются люди, вовлеченные в бедствие, – репортеры, правительственный персонал; жертвами пятого уровня являются индивидуумы, которые могут переживать состояние дистресса или нарушения при слежении за сообщениями средств информации.

Техногенные, природные катастрофы и стресс: экологический кризис

Психопатологические состояния, возникающие в очагах стихийных (природных) и техногенных катастроф, имеют клиническое и социальное значение. Оно определяется одномоментным вовлечением в драматическую ситуацию огромных масс населения, создавая сложную картину многофакторного коллективного дистресса. При этом индивидуальные и групповые способы реагирования на происходящее настолько тесно переплетены, что нередко создают впечатление психических эпидемий (примером может служить массовое бедствие в виде наводнения, цунами, случившееся в Азии в конце 2004 г.). Как следствие, у большинства населения, пребывающего в очаге поражения, формируются хронические стрессовые состояния, оказывающие влияние на психическое и телесное здоровье. Оказание действенной специализированной помощи затруднено из-за массовой поведенческой дезорганизации.

Катастрофа (стихийное бедствие) определяется как событие, которое приводит к разрушениям и смерти, ранениям и страданиям (в первую очередь душевным) большого числа людей. По ВОЗ, катастрофа – это ситуации, характеризующиеся непредусмотренными, серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью. Выделяют три типа катастроф, стихийные, природные бедствия (землетрясения, извержение вулканов, сели, оползни, лавины, наводнения, ураганы, смерчи, пожары, засуха), техногенные катастрофы (аварии на промышленных предприятиях, атомных станциях, транспортные аварии, повреждения нефте- и газопроводов, крупнейшие катастрофы на море), социальные катаклизмы (войны, этнические и религиозные конфликты и т. п.

В последние полтора-два десятилетия в общественной и медицинской сферах всё большее распространение получает понятие «экологическая катастрофа», охватывающее изучение экстремальных, «кризисных» ситуаций, оставляющих в результате вредоносных последствий необратимый многолетний токсикогенный эффект. Действие такого рода техногенных катастроф трудно предсказуемо, а степень ущерба для общественного и индивидуального здоровья не поддается прогнозу и превентивному влиянию. Результаты, полученные нами в ходе многолетних обследований, свидетельствуют о тесном взаимодействии саногенетических и патогенетических механизмов, представленных эндогенными и экзогенными влияниями (психогенными, соматогенно-органическими, конституционально-биологическими и личностными). Можно с уверенностью прогнозировать всё возрастающую роль окружающей среды (производственной, природной, социальной) на показатели психического здоровья индивида и популяции, что, в свою очередь, приведет к выявлению скрытых резервных механизмов приспособления и реагирования на предъявляемые стимулы.

Взаимодействие социальных и природных факторов, антропогенный прессинг на функциональные системы человеческого организма создают предпосылки к ухудшению показателей психического здоровья нации. Констатация негативного прогноза должна предусматривать поиск выхода из наметившегося кризиса. Он видится, с медико-социальных позиций, в расширении объема и функций превентивной психиатрии, прежде всего тех ее разделов, которые связаны с анализом социальных и биологических факторов, с поиском путей интегральной профилактики хронических неинфекционных заболеваний человека. Вопросы экологической патологии, в том числе психиатрической и наркологической, приобрели первостепенное значение в связи с преобразованиями среды обитания человека. Усиление процессов загрязнения окружающей среды непосредственным образом связано с растущей индустриализацией и урбанизацией территориально-промышленных комплексов. Систематическое превышение в человеческой популяции допустимых антропогенных нарушений уже привело к существенному напряжению эндогенной и экзогенной экологической обстановки, что наиболее показательно в ряде регионов. При этом следует иметь в виду, что скорость технологического преобразования общества в значительной степени превышает адаптационные возможности конкретного индивида, а это чревато затратами здоровья, болезненной ломкой физиологических и биологических механизмов приспособления.

Масштабы неблагоприятного воздействия современного производства на окружающую среду достигли в настоящее время катастрофических размеров, свыше 300 ареалов страны отличаются сложной экологической обстановкой, вызывающей перенапряжение и даже полом адаптационных свойств организма. Результатами таких экологических воздействий являются напряжение демографических процессов, увеличение интенсивности миграции, деформация структуры семьи. Состояние здоровья есть важнейший индикатор экологического риска индустриальных регионов, и его оценка, прогноз тенденций изменения здоровья должны стать непременным условием в процессе разработки проблем первичного предупреждения и коррекции патологических процессов человека и его потомства. Социально-экономические и климатогеографические условия восточного региона России являются существенными факторами, во многом влияющими на показатели психического здоровья и психической патологии. Промышленное освоение обширнейших сибирских и дальневосточных территорий сопряжено с необходимостью трудовой деятельности в экстремальных природных условиях. Различные экзогенные вредности малой и средней интенсивности ведут к дестабилизации функционирования человеческого организма, которое проявляется на донозологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации-дезадаптации.

Данные экологической генетики показывают, что экзогенные факторы действуют на развитие психической патологии двумя путями, прямо – как провоцирующие реализацию генетической предрасположенности воздействия; косвенно – через конституциональные особенности, формируя их, определяя их пластичность и модифицируя норму реакции. Наряду с этим исследование роли личностных факторов в патогенезе пограничных состоя-

ний убедительно показывает, что в становлении жесткой (ригидной) структуры ребенка и взрослого человека, проявляющейся в разнообразных фиксированных, неадаптивных (вплоть до патологических) формах поведения, решающую роль играет как «экология тела» (климат, питание, загрязнение среды, радиация и т. д.), так и «экология души» (социально-психологические факторы семейной, школьной среды, «улицы»).

Оценка и интерпретация критериев ранней диагностики и профилактики пограничных состояний должны проводиться с учетом принципов системности, дифференцированности, прогноза.

Итоги изучения психического здоровья у занятых на производстве с высоким риском аварий обнаруживают формирование патологических сдвигов в ранние сроки, значимость хронических психогений (вследствие взрыво- и пожароопасности технологического процесса) в первые 2–3 года работы, нарастание органических «знаков» поражения мозга токсического генеза (церебрально-соматическая астенизация, снижение толерантности психофизиологических нагрузок), стойкий субдепрессивный радикал. По мере роста трудового стажа в условиях данного производства происходит структурирование патологического развития личности (астеноипохондрического, дистимического вариантов). Предупредительные мероприятия осуществляются в рамках трехзвеньеовой организационной модели, включающей территориальные учреждения города, где расположен обследуемый индустриальный объект (цеховой здравпункт, МСЧ предприятия, психотерапевтическая и наркологическая службы горздравотдела); региональный центр пограничных состояний; связующее звено в виде мобильной реабилитационной бригады (из научных сотрудников исследовательского института).

Базисом экологической психиатрии должно служить исследование внешнесредовых (климатогеографических, производственных) влияний и личностно-типологических характеристик индивида. Специфические условия Сибири и Крайнего Севера (гиповитаминозы, суровый климат, природно-очаговые инфекции, хронические стрессы, неразвитость социнфраструктуры) негативно влияют на гомеостаз организма и формирование типовых особенностей индивидуального системогенеза иммунитета. В неблагоприятной экологической ситуации адаптация к субэкстремальным и экстремальным природным условиям достигается за счет напряжения, а затем и «полома» многоуровневых защитно-приспособительных систем.

В русле изучаемой проблемы особое значение приобретает характеристика экологических условий Севера в формировании донозологических состояний психической адаптации. Среди них подчеркивается ведущая роль социально-психологических и производственных факторов (Аскарова З.Ж., 1981; Зайцев Е.А., 1986), исходя из социальной опосредованности природной среды. Напряжение и последующий срыв приспособительных механизмов могут развиваться не только в полярных, циркумполярных зонах, но и в приравниваемых к ним восточных регионах России.

В настоящее время увеличилась распространенность психических заболеваний, связанных с неблагоприятной экологической обстановкой и воздействием социально-стрессовых факторов. Наиболее явно эта проблема проявляется среди ликвидаторов аварии на ЧАЭС, что определяет значи-

мость и необходимость изучения пато- и саногенетических механизмов и разработки реабилитационных мероприятий. Авария на Сибирском химическом комбинате весной 1993 г. явилась дополнительным повреждающим воздействием, которое наложилось на неблагоприятный в целом фон, негативно отразилось на состоянии здоровья населения Томской области. Выявляемые в этом контингенте заболевания обладают широким спектром клинических проявлений, что обусловлено воздействием комбинированных факторов – радиационных, психогенных, соматогенных, экзогенно-органических, конституционально-биологических.

Коллективом отделения пограничных состояний клиники НИИ психического здоровья проведено клинико-динамическое изучение психических, соматических и иммунологических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в 1986–1988 гг., проживающих в Томске и Северске Томской области. Обследовано 612 ликвидаторов в возрасте от 26 до 72 лет (средний возраст $46 \pm 0,5$ года). После исключения из выборки лиц с расстройствами «непограничного» профиля были сформированы две группы: основная группа (жители Томска, «непрофессионалы»), контрольная группа («профессионалы» – работники основного производства на СХК, профессионально имеющие контакт с малыми дозами радиации – 5 Бэр в год). Выявлена высокая заболеваемость пограничными психическими расстройствами с преобладанием их в «непрофессиональной» группе (90 % и 60 %), причем анализ более тяжелых расстройств показал почти пятикратное их преобладание в этой группе по сравнению с «профессионалами».

Клинические проявления ПНПР у ликвидаторов имели полиморфный характер. Степень выраженности данных нарушений – от простых астенических реакций до психоорганического синдрома, причем именно высокий уровень астенической симптоматики (96,5 %) на ранних стадиях развития пограничных заболеваний являлся основным фактором дезадаптации данных пациентов. Почти с такой же частотой наблюдались аффективные расстройства в виде неустойчивости настроения, эмоциональной лабильности (90 %); реже – дистимии и депрессивные нарушения (38,5 %).

У многих обнаруживались не свойственные им ранее мнительность, раздражительность, тревожность, неуверенность в себе, утрачивался интерес к общению с окружающими. Больные становились замкнутыми, у них возникали обидчивость, слезливость, ипохондрическая фиксация. Обращает на себя внимание большая распространенность интеллектуально-мнестических расстройств (42,5 %), формирование психоорганических нарушений – от церебрастенического (82 %) до энцефалопатического (18 %) уровня. Это проявлялось в фиксационной гипомнезии (71,5 %), обеднении словарного запаса (17,5 %), тугоподвижности мышления, затруднении понимания, переработки и воспроизведения новой информации.

В 87,5 % случаев у ликвидаторов аварии на ЧАЭС наблюдались алгические расстройства в виде головных болей (мигрирующих, давящего и сжимающего характера). Часто встречались (74,5 %) оссалгии – боли по ходу костей, усиливающиеся в покое и в ночное время, метеозависимого характера (Семке В.Я., Аксенов М.М., Рудницкий В.А., 1994, 1995). Отмечались вестибулярные нарушения – головокружения, нарушение координации дви-

жений, шаткость при ходьбе (43,5 %). Характерными проявлениями были нарушения сна, диссомнии в виде затрудненного засыпания, бессонницы ночью с повышенной сонливостью днем (92,2 %). У 72,5 % больных отмечались нарушения вегетативной регуляции, лабильность пульса и АД, гипергидроз, снижение либидо, вегетативные пароксизмы симпатоадреналового, вегетативно-инсулярного и смешанного типов.

Клинико-динамическое изучение показало своеобразие четырех этапов: начального (с момента воздействия повреждающего фактора до структурирования клиники неврозоподобных реакций); инициального (неврозоподобные и психопатоподобные реакции); подострого (состояния); хронического (ПНПР с затяжным течением). На заключительной стадии заболевания стирались границы между отдельными вариантами и нозологическими формами и на первый план выступали прогрессирующие церебрально-органические нарушения. Отмечались сопутствующие соматические заболевания и иммунологические расстройства (супрессия Т- и В-клеточного звена, нарушение соотношения субпопуляций лимфоцитов, фагоцитоза и сывороточного иммунитета, чаще иммуноглобулинов класса G).

Изучены показатели психического развития детей и подростков, проживающих в поселках Томской области в зоне загрязнения радиационными частицами в результате аварии на СХК (Стоянова И.Я., Сперанская Л.Ф., Мучник В.С., 1996). Выявлен высокий уровень психических расстройств (53,6 %), астенический симптомокомплекс (85 %), задержки психического развития (20 %), патохарактерологическое развитие и поведенческие нарушения (11,5 %). Экспериментально-психологическое исследование показало снижение продуктивности познавательных процессов, уровня обобщения (85 %).

Нозологическую специфичность психических расстройств определяют стабилизация личностной патологии, кристаллизация стереотипа болезненного процесса, его «саморазвитие» с меньшей зависимостью от внешних влияний и снижением доли симптомов, отражающих первопричину. Манифестация нозоспецифического заболевания может произойти остро на фоне внешнего благополучия, но «по преформированному пути», будучи «реакцией измененной почвы».

Определена взаимосвязь соматической патологии, вторичной иммунологической недостаточности пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов аварии на ЧАЭС. По Международной шкале ядерных событий, авария на Чернобыльской АЭС в 1986 г. соответствует седьмому, самому высокому уровню. В то время (почти 20 лет назад) никто не мог предположить, что повлечёт за собой крупнейшая экологическая катастрофа в мире, в каких направлениях и пересечениях ее разрушительная сила отразится на человеке, на окружающей среде, на обществе в целом. Спустя два десятилетия становится очевидной сложность, значимость и многогранность проблем, обусловленных её последствиями. Чернобыльская катастрофа привела к тому, что образовалась многотысячная армия участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, получившая официальный юридический статус. С точки зрения медицинских факторов, на современном этапе целесообразно распознавание и изучение отдалённых последствий

воздействия ионизирующей радиации на организм человека. Для участников ликвидации аварии на ЧАЭС эта проблема поздних эффектов малых доз ионизирующего облучения остаётся приоритетной, но не единственной, ведь она включает вопросы не только медико-биологического значения, но и аспекты социальной реабилитации и адаптации пострадавших, защиту их экономических и правовых интересов. По результатам отечественных публикаций, характеризующих состояние здоровья ликвидаторов аварии независимо от сроков наблюдения, отмечается высокая частота заболеваний как соматической, так и психической сферы. В Томской области эта ситуация в значительной мере усугубляется экологическим неблагополучием природной среды.

Участие иммунной системы в патогенезе большинства хронических заболеваний является фактом неоспоримым. По данным иммуноэпидемиологических исследований, установлена тесная взаимосвязь признаков нарушения психического здоровья и вторичной иммунологической недостаточности. У лиц, отнесенных в группу риска по иммунологической недостаточности, развивающейся на неблагоприятном экологическом фоне, чаще наблюдаются признаки нарушения психического здоровья. Длительное воздействие на организм неблагоприятных факторов обуславливает напряжение биологических систем, обеспечивающих постоянство внутренней среды организма, приводит к срыву защитно-адаптационных механизмов, в которых ведущая роль принадлежит иммунному гомеостазу.

Являясь индикатором экологического влияния на организм и обладая высокой радиочувствительностью, иммунная система занимает центральное место в процессах адаптации к неблагоприятным внешним факторам. Радиационные поражения иммунокомпетентных клеток приводят к формированию вторичной иммунологической недостаточности, структура и выраженность которой зависят от параметров дозы облучения и исходного физиологического состояния организма. Закономерным следствием иммунодефицита является аутосенсбилизация, способствующая развитию аутоагрессии с вовлечением в патологический процесс системы иммунитета и других органов и систем.

Переживание утрат и острого горя: психогенный кризис

Эмоциональные реакции являются распространенным феноменом, возникающим при напряжении или срыве механизмов психической адаптации. Их картину составляют сдвиги гипотимического (субдепрессивного) полюса или гипертимического – эйфорического, псевдоманиакальные. Наиболее часто отмечены дистимические реакции гнева, обиды с депрессивным, тревожным и фобическим компонентами, переживанием психического дискомфорта. Эмоциональные сдвиги при психической дезадаптации в условиях Севера описаны в рамках «синдрома психоэмоционального напряжения»: эмоциональная гиперестезия, тревожный или субдепрессивный фон настроения.

В структуре психодезадаптационных расстройств с преобладанием эмоциональной неустойчивости выявлены проявления дистимии, раздражительности с истощаемостью, беспокойством, тревожностью, колебания настроения в сторону понижения, психический дискомфорт, дисфориче-

ские вспышки с недовольством, озлобленностью. Картина дезадаптации во всех случаях смешанная, т. е. отклонения в большей или меньшей мере состояли из перечисленных компонентов. Дополнительными симптомами являлись вялость, пассивность, безынициативность, снижение психической продуктивности, неприятные ощущения в голове, диссомния, цефалгия.

Значимыми проявлениями были кратковременные, полиморфные дистимические реакции, т. е. «срывы», «перепады», «вспышки» от ровного настроения к сниженному или раздраженному. Они возникали в связи с напряженными микросоциальными ситуациями и выражались переживанием недовольства, порой озлобленности, которые описывались этими лицами как «раздраженность по любому поводу». Особенность подобного дистимического реагирования заключалась в периодическом повышении уязвимости к одним и тем же микросоциальным факторам. Это было обусловлено нарастанием астенизации в связи с производственными влияниями, эмоциональной напряженностью. Обследованные жалуются, что «всё вызывает раздражение», что «нервозность переходит на все подряд», что «проблемы кажутся неразрешимыми», что «окружающие придираются» и т. д.

При уточнении природы подобных высказываний оказывалось, что у данной группы лиц психотравмы отсутствуют, но на почве астенизации заостряются повседневные проблемы, микроконфликты. Явления слабости описывались обследованными как «повышенная утомляемость», «работа с перерасходом сил», «выматывание при неравномерном режиме труда». Астения, выступая почвой при дистимическом варианте дезадаптации, развивалась в результате производственных влияний (ночные смены, конвейерное производство, ненормированный вахтовый труд) и микросоциальных.

Дистимические реакции субъективно оценивались как «непривычные, «неожиданные», «ненормальные», «срывы на окружающих». У одного и того же лица эмоциональные отклонения были схожи при попадании в разные ситуации. Они не соответствовали по выраженности и продолжительности внешним стимулам. Подобное реагирование не облегчало, а наоборот, осложняло приспособление индивида к микросоциальной среде.

Необходимо отграничить дистимические реакции в связи с дезадаптацией от невротических реакций, выделяемых многими авторами (Кербиков О.В., 1971; Лакосина Н.Д., 1979; Ушаков Г.К., 1987). Последние, по мнению исследователей, представляют этап клинической динамики неврозов – психогенных заболеваний, в основе их лежит «невротический конфликт». Отмечается возникновение невротических реакций только в патогенной для данного субъекта ситуации по типу условного рефлекса (Семке В.Я., Нохрина Л.Я., 1986). Невротические реакции носят черты того же клинического радикала, который характеризует последующее невротическое состояние (Ковалев В.В., 1980). Дистимические сдвиги развивались под влиянием астенизирующих производственных или микросоциальных факторов, не имевших очерченности и массивности, как психотравмы, в случае психогенных ПНПР. В основе психодезадаптационных нарушений была повышенная уязвимость индивида к мелким микросоциальным воздействиям, а не «невротический конфликт», как при неврозах. Обследованные не могли указать на «источник раздражения», описывая множество факторов.

В связи с особенностями дистимических реакций они были сходными с психической неустойчивостью, ситуационными реакциями, аномальными личностными реакциями и переходными состояниями от здоровья к болезни (психическая дезадаптация). Дистимические отклонения в форме кратковременных «срывов», «перепадов», «вспышек» при их серийном возникновении меняли фон настроения. Последний сохранялся от нескольких часов до 1–2 суток и поддерживался астенизирующими воздействиями и периодическим возобновлением дистимических реакций. Дистимические психодезадаптационные расстройства проявлялись сдвигами гипотимического полюса. Под влиянием астенизирующих производственных и микро-социальных факторов в производственной или семейно-бытовой сфере возникали единичные тревожно-гипотимические реакции.

Обследованные указывали на «внутреннее напряжение», психический дискомфорт. Окружающая рабочая среда, бытовая обстановка воспринимались как «надоевшая», «однообразная», «серая». Отрицательные переживания взаимосвязывались, в их круг вовлекались новые личностно значимые проблемы. Тревожный фон настроения описывался в виде «неопределенного беспокойства», «ожидания неудач», «предчувствия худшего». Внешне эти лица выглядели нетерпеливыми, беспокойными, оценивали обстановку заведомо негативно. Преобладали жалобы на «невезение во всем», «лавину неприятностей», «нервное истощение от проблем». Однако выделить ведущие факторы, приводившие к «плохому настроению», они затруднялись, начиная рассуждать обобщенно. Внутреннее беспокойство сопровождалось грустью, воображением ретроспективных событий с их переоценкой, сожалением по поводу собственных неправильных действий, ошибок. «Горизонт» переживаний сужался до тревожных и субдепрессивных тонов: «настроения нет», «хорошего не предвидится», «пропал интерес» к жизни. Переживая бесперспективность существования и несбыточность планов, эти лица оставались малоинициативными, бездейственными, не пытались изменить свое субъективно «безвыходное положение».

При усугублении дезадаптации по дистимическому варианту к тревожно-гипотимическим отклонениям присоединялась агриппния. Перед засыпанием оживлялись представления прошлых или будущих событий с их переоценкой. «Прокручивание» представлений по типу «умственной жвачки» препятствовало наступлению сна. Засыпание удлинялось до 2–3 часов, как при астеническом варианте дезадаптации, но отличалось от него гиперболизированными эмоциональными переживаниями в это время. По словам обследованных, они засыпали с проблемами в голове, «продолжали думать сквозь сон». После утреннего пробуждения отмечалось «сдавливание в голове», «наполненность», «чувство натянутой струны», «разбитость» с нежеланием вставать с постели. Физическая астения приводила к большей уязвимости в производственной и семейно-бытовой сфере. При образовании комплекса симптомов эмоциональной неустойчивости, дистимического фона настроения и их сочетания с диссомническими сдвигами появлялись единичные вегетативные дисфункции, кардиалгии, парестезии, колебания АД.

На почве дистимических реакций формировался не только тревожно-гипотимический фон настроения, но и дисфорический. В этом случае об-

следованные подчеркивали, что «в любую минуту могли взорваться», «поскандалить», «высказать недовольство». Сознывая свою повышенную «нервозность», они избегали решения острых проблем, контактов с некоторыми из окружающих лиц и т. п. Несмотря на это, обследованные с подобными сдвигами часто являлись зачинщиками скандалов, конфликтов, образовывали вокруг себя микрогруппы из лиц, имевших аналогичные дезадаптационные отклонения.

Таким образом, дистимический вариант психической дезадаптации характеризовался эмоциональной неустойчивостью в виде кратковременных реакций со спадом настроения, переживанием недовольства, озлобленностью. При их протрагировании формировался тревожно-гипотимический или дисфорический фон настроения. Дополнительными были симптомы физической, психической слабости и вегетативные дисфункции.

Астенические состояния встречаются и в психиатрии, и в соматической практике, имея аналоги и в психологических переживаниях здоровых. В клиническом плане астения характеризуется повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, расстройствами сна, болевыми сенсациями. Неврастению вследствие переутомления описывают терминами «псевдоневроз ситуации», «болезнь руководящих кадров», «директорский невроз», «невроз истощения» и «реактивная неврастения». Степень выраженности астенической симптоматики зависит от силы раздражителя, длительности протекания, преморбидного личностного фона, нозологической специфичности симптомокомплекса. На начальном этапе отмечаются возбудимость, нетерпеливость, суетливость, непоседливость (в первой половине дня), эмоциональная неустойчивость, утомляемость, слабость (во второй). В целом этот вариант определяется как гиперстеническая стадия. При затяжной, торпидной динамике превалирует ощущение «бессилия», вялости, угнетённости (гипостеническая стадия невротического синдрома). Астенические состояния возникают после продолжительного интеллектуального или физического напряжения, нередко связанного с профессиональной спецификой («болезнь менеджеров»). Их расценивают как приспособительную реакцию на снижение жизнедеятельности организма в результате психогенного или эндогенного процесса, соматических или органических поражений головного мозга. Клиническая картина синдрома отражает нозологическую специфику болезни.

При синдроме деперсонализации-дереализации ведущими признаками являются нарушение самосознания и восприятие утраты единства собственной личности, с отчуждением отдельных физиологических или психических проявлений. Другой компонент синдрома связан с безжизненностью, искусственностью, блёклостью, незнакомостью окружающего пространства, нарушением восприятия течения времени (брадихрония, тахихрония), узнаванием/неузнаванием «пережитого» («уже виденное», «никогда не виденное»). Частым феноменом является утрата эмоций, собственного «Я», расстройство «схемы тела», «болезненное бесчувствие». Данный синдром часто бывает спутником депрессивного, фобического, обсессивно-компульсивного расстройств, но может наблюдаться (в рудиментарном и фрагментарном виде) и у здоровых лиц при сенсорной депривации, усталости, во время крайней опасности для жизни (феноменологически близок к «пред-

смертным состояниям»). Оба синдрома обнаруживаются в сочетании и имеют схожее клиническое и патогенетическое значение.

Тревожно-фобические расстройства по интенсивности отличаются – от лёгкого дискомфорта до ужаса, сочетаются с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля, сумасшествия (алиенофобия). *Фобический* синдром включает навязчивые страхи, охватывающие пациента в определённых условиях, при душевных переживаниях. Начинаясь с проявлений монофобии, синдром постепенно «обрастает» другими опасениями (кардиофобия усложняется страхом езды в транспорте, агорафобией, клаустрофобией, тапанофобией и т. д.).

Социальные фобии концентрируются вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих, что приводит к избеганию общественных ситуаций. Они могут быть изолированными (ограничиваясь боязнью публичных выступлений, общения с лицами противоположного пола) и диффузными (социальные ситуации вне семейного круга), сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики, достигая степени панических атак.

Агорафобия включает страхи открытых пространств и близких к ним ситуаций (наличия толпы – петтофобия). Интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения бывают настолько дезадаптирующими, что пациенты полностью «прикованы» к домашней обстановке.

Панические атаки возникают в фобической ситуации, наблюдаются неожиданно возникающие сердцебиения, боль в груди, ощущение удушья, головокружения, чувство нереальности. Атаки продолжаются недолго (минуты), хотя их частота и течение весьма переменчивы.

Социально-стрессовое расстройство, или «стресс повседневной жизни» вызван общегрупповыми психогениями в виде коллективной психической травмы, изменяющей стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения, структуру общественных отношений, выходящих за рамки общего опыта, смена системы культуральных и идеологических представлений, изменение социальных связей и жизненных планов. Клиническая картина представлена астеническими и истерическими нарушениями, вегетативными дисфункциями, инсомническими и паническими расстройствами. При затяжных вариантах наблюдаются личностная дисгармония, саморазрушающие формы поведения, асоциальные и антисоциальные действия.

Расстройства адаптации относятся к типичным реакциям на стресс. Они представлены депрессивными проявлениями с преобладанием тревоги или нарушений поведения (как ответ на феномен утраты с переживанием разлуки, наличие или возможность серьёзной физической болезни). При этом социальный фактор поражает интегральность сети пациента, широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Проявления картины дезадаптации различны, включая депрессивные, тревожные переживания, беспокойство, неспособность справиться с ситуацией или оставаться в ней. У лиц подросткового возраста могут быть агрессивные и диссоциальные поступки.

Кризис идентичности приводит к личностным девиациям на донозологическом и нозологическом уровнях. Выделяются 4 его клинических варианта (Положий Б.С., 1998): аномический (поведение с утратой жизненного

тонуса, неверием в свои силы), диссоциальный (нетерпимость к окружающим, стремление к агрессии), негативистический (с упрямством, нарочитым недовольством окружающим, пессимистической оценкой происходящего), магический (интересы к иррациональному, мистическому).

Диссоциативные и соматоформные расстройства «поглощают» истерические проявления «старого времени». Термин «диссоциативный» объединил расстройства, считавшиеся ранее истерическими, причём как собственно диссоциативного, так и конверсионного типа. Им присущи близкие психологические механизмы развития. Термин «конверсия» подразумевает неприятный аффект, порождённый проблемами и конфликтами, которые пациент не в состоянии разрешить и трансформирует их в истерические симптомы (диссоциативная амнезия, фуга, ступор, трансы, состояния овладения, расстройства движений и ощущений). Начало и окончание диссоциативных состояний часто внезапны, с тенденцией к ремиттированию (при возникновении травматического жизненного события). Главный признак *соматоформных* расстройств – повтор физических симптомов с требованием медицинской помощи и обследования. Часто наблюдается истерическое поведение с привлечением к себе внимания.

Среди *истероневротических* (конверсионных) расстройств отмечаются «ком» в горле («глобусная истерия»), икота, дисфагии, спазмы, боли, истерические трансы. Сочетание истерических симптомов с ипохондрической окраской описывается как *синдром Брика*. Нередко невротический конфликт получает «вторичный» соматический ответ и переработку, когда симптом приобретает символический характер, а его демонстрация оценивается как попытка разрешения стрессовых погрешностей. *Синдром нервной анорексии* в динамике развития связан с синдромом *дисморфофобии*, когда наблюдаются активные действия для похудения с целью «устранения» физического недостатка. Из страха поправиться пациенты препятствуют оказанию им помощи, прибавка в весе вызывает у них повторные истеродепрессивные реакции и новые упорные попытки похудеть.

Аффективные расстройства выражаются в унынии (депрессивное расстройство) или повышенном, приподнятом, неадекватном обстоятельствам настроением (гипертимическое расстройство личности), чередовании этих двух крайностей (циклотимическое расстройство). Понятие невротической депрессии в современной клинической психиатрии претерпело изменение, что связано с данными, полученными в рамках клинических исследований и в результате успехов нейронаук. Термин «невротическая депрессия» употребляется в отношении рекуррентных депрессивных расстройств или дистимии (при длительности заболевания более 2 лет).

Отдельные варианты невротической депрессии при современном классификационном подходе трактуются как расстройство адаптации. Вероятность депрессивного состояния у человека зависит от его специфических генов. Важную роль в формировании депрессивных расстройств невротического уровня играют длительные неразрешимые ситуации, порождающие фрустрацию.

Для невротической депрессии характерна гипотимия без аффекта тоски, с идеями самообвинения, идеаторной и моторной заторможенностью; де-

прессивный оттенок больше звучит в высказываниях больных, чем выражается в их внешнем облике и поведении (Смулевич А.Б., 2003). Характерными клиническими признаками невротической депрессии являются подавленность, расстройства сна, слезливость, тревога, жалобы на слабость и разбитость, снижение активности, жалость к себе в сочетании с тенденцией к обвинению окружающих. Течение невротической депрессии не всегда благоприятно. Нередко клиническая картина носит ундулирующий характер и в конечном итоге трансформируется в дистимию.

Ларвированные (маскированные, соматизированные) депрессии выражаются чувством утраты бодрости, энергии, активности, потерей перспективы. Депрессивная симптоматика «вуалируется» субъективными переживаниями (парестезии, алгии, вегетативно-висцеральные и сексуальные нарушения). Диагностическое значение приобретает критерий лечебного эффекта от приёма небольших доз антидепрессантов.

Невротическая ипохондрия связана с психогенией, отсюда субъективно необоснованные сомнения, страхи, опасения по поводу здоровья. Они формируются на фоне борьбы личности с мнимой болезнью («ипохондрия здоровья»). Нередко ипохондрическое симптомообразование связано с сенестопатиями, стремлением фиксировать даже малейшие отклонения от нормы. Ятрогенная ипохондрия появляется в связи с неправильной врачебной тактикой, неосторожными действиями медицинского работника, коммерческими тенденциями в фармации. Со времен С.С. Корсакова многие авторы допускают существование самостоятельной «ипохондрической болезни» и «ипохондрического невроза». Клинические проявления депрессии – это серьезные нарушения с тенденцией к рецидивированию, важно своевременно диагностировать их и начать лечение. До сих пор не разработан оптимальный подход к классификации этих нарушений. Значимое место должно быть отведено субсиндромальной депрессии после тяжелой утраты.

Реактивные депрессии (депрессии утраты) занимают промежуточное место между невротическими формами реагирования и эндогенными расстройствами, имея наследственную связь с маниакально-депрессивной болезнью. Поэтому отмечается выраженный эндогенный компонент в клинике психогенных депрессий, что позволяет экстраполировать часть данных, полученных при исследовании психопатологической наследственности при МДП на массив больных депрессией утраты.

Наследственная отягощенность пациентов с депрессией утраты составляет около 30 %. Выражено преобладание наследственной отягощенности аффективной патологией (70 %), МДП (16 %). Семейно-генетическая отягощенность депрессией утраты превышает таковую в общей популяции, особенно в спектре аффективных расстройств. Сопутствующая соматическая патология при депрессии утраты в большинстве случаев выражается заболеваниями ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, неврологической патологией. Соматические и неврологические расстройства в силу своей компенсации не снижают социально-трудовой адаптации, но уменьшают адаптационные биологические механизмы при психотравмировании. Ранее перенесенные депрессивные реакции и соматические заболевания характерны для паци-

ентов с депрессивным эпизодом после утраты и совместно с другими факторами предопределяют его развитие.

Инициальные компоненты депрессий утраты проявляются аффективно-шоковыми и субшоковыми реакциями, возникающими под действием тяжелых и катастрофических стрессоров. Аффективно-шоковые реакции, проходящие с психомоторным заторможением, преобладают у лиц с травматической реакцией горя. Чем более однороден и выражен преморбид, тем больше аффективно-шоковая реакция коррелирует с типом течения реактивной депрессии.

Описаны два варианта психогенной депрессии – «типичный» и «истерический» (Елисеев Ю.И., 1971). Е.С. Авербух (1962) выделяет 6 синдромов: меланхолический, тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, астенодепрессивный, деперсонализационно-депрессивный, навязчиво-депрессивный. Реактивная депрессия часто проявляется депрессивным, тревожно-депрессивным и истеродепрессивным синдромами, реже – астенодепрессивными и депрессивно-параноидными проявлениями (Синицкий В.Н., 1986). По данным литературы, часто встречаются депрессивный, астенодепрессивный, тревожно-депрессивный, истеродепрессивный и депрессивно-ипохондрический синдромы (Скороходова Т.Ф., 1988; Решетников В.И., 1990).

Определена частота встречаемости депрессивного эпизода, симптоматической субсиндромальной депрессии и депрессивной реакции (травматической реакции горя). Предикторами возникновения ДЭ являются циклоидный преморбид личности, наследственное отягощение аффективными расстройствами и алкоголизмом, ранее перенесенные депрессивные реакции, соматические заболевания. Для появления субсиндромальных затяжных депрессивных расстройств после утраты характерны тревожные и зависимые черты личности, гипокINETические реакции в ответ на переживания утраты по типу эмоционального паралича. Для возникновения депрессивных реакций типичны тоска, навязчивые мысли и поглощенность образом умершего, неверие в смерть близкого, переживание утраты смысла жизни, состояние дистресса.

Примером клинической динамики адаптивного расстройства может служить реакция горя, следовавшая за смертью значимого человека. После такой утраты возрастают заболеваемость и смертность среди близких родственников (40 % и выше). Реакция на это событие возможна в виде реакции горя в рамках расстройства адаптации. Неосложненная реакция утраты является нормальной реакцией на смерть близкого. Клинически она характеризуется депрессивными переживаниями, сопровождающимися анорексией, бессонницей, снижением веса, чувством вины. Она возникает остро или пролонгировано (через 2–3 месяца). Иногда имеет место «печаль предвидения», развивающаяся на этапе получения известия о фатальном заболевании близкого человека. Длительность неосложненной реакции утраты во многом определяется личностными характеристиками пациента, его окружением и социокультуральными традициями.

Реакция горя как клинически оформленное психическое расстройство приводит к дезадаптации. А.Г. Амбрумова (1983), Г.В. Старшенбаум (1994)

выделяют 8 этапов реакции горя. На первом этапе доминирует эмоциональная дезорганизация (от нескольких минут до нескольких часов, сопровождается паникой, гневом, отчаянием). На втором этапе превалирует гиперактивность (2–3 дня), в этот период пациент чрезмерно деятелен, активен, склонен к разговорам о личности и делах умершего, реже отмечается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя. На третьем этапе (около 1 недели) преобладают психофизическое напряжение и тревога. Внешне пациенты скованы, молчаливы, а их лица амимичны. Их состояние периодически прерывается суетливой активностью, спазмами в горле или судорожными вздохами. Часто они раздражаются при попытке отвлечь их или переключить внимание на бытовые темы. В этом случае необходимо кризисное консультирование, целью которого является оказание помощи в проработке и выражении аффекта горя. Далее следует этап поиска, который протекает на второй неделе с момента утраты близкого человека. При этом доминирует дистимический фон настроения, потеря перспективы и жизненного смысла. Умерший воспринимается пациентом как живущий, он говорит о нем в настоящем времени, мысленно беседует с ним, иногда случайных прохожих воспринимает как усопшего. Уже на начальных этапах пребывания пациента в стационаре необходимо провести его кризисное консультирование и осуществить меры интенсивной опеки. Период отчаяния максимальных душевных мук развивается на 3–6-й неделе после потери значимого близкого. Доминируют жалобы на бессонницу, тревогу и страх, высказываются идеи самообвинения, собственной малоценности и вины, одиночества, беспомощности, потери смысла жизни и перспективы. Пациенты склонны причинять себе боль, наносить самоповреждения. В некоторых случаях они просят назначить им болезненные инъекции, готовы участвовать в различных психологических экспериментах, настроены на психокоррекцию.

Следующий этап наступает при неразрешении этапа отчаяния, преобладают невротические синдромы (неврастенический с доминированием вегетосоматических нарушений), маскированные субдепрессии и депрессии. Пациенты малообщительны, сосредоточены на внутренних переживаниях, ими овладевают безнадежность, ненужность, одиночество, избегание контактов с окружающими, формально беседуют с медицинском персоналом, отказываются от психотерапии. Следующий этап – разрешение, в этот период пациент смиряется со случившимся и начинает возвращаться к докризисному состоянию, хотя мысли об утрате «живут в сердце», возможно прекращение терапии транквилизаторами. При хронификации тревожных расстройств и нередуцировавшихся депрессивных расстройствах лечение антидепрессантами целесообразно продолжить. Психотерапия направлена на изменение семейного положения, т.е. ролевых позиций на работе и в семье, межличностные проблемы (тренинг релаксации и выработка адаптации к изменившимся условиям). Следующий этап – рецидивирующий, т.е. в течение года возможны приступы горя и отчаяния, сопровождающиеся депрессивными расстройствами. Провоцирующие факторы – определенные календарные даты, значимые для личности (день рождения умершего). Приступы горя могут возникать остро на фоне кажущейся стабилизации

состояния и могут завершаться суицидальными попытками, которые расцениваются окружающими как неадекватные.

Таким образом, переживание утрат и острого горя в рамках психогенного кризиса личности есть переживаемый отклик на значимую потерю; тяжесть утраты рассматривается как состояние; психологические и физические реакции на неё – скорбь, печаль. Траур – тип поведения (социальные конвергенции связанные с похоронами, ношением одежды). Осложненное горе, по данным ряда исследователей, отличается от депрессии (это поиск умершего, острая тоска, поглощенность мыслями об умершем). Процесс скорби проходит классические этапы: неверие и шок, осознание, разрешенные проблемы (с возвращением в обыденную реальность).

Женщина на путях своего развития: онтогенетический кризис

Эволюционный, онтогенетический подход к изучению психогений предусматривает дифференцированное рассмотрение изучаемого контингента по возрастным периодам: детско-подростковому, зрелому, позднему. Перспективными следует считать научно-клинические исследования по созданию специализированных детских, подростковых и гериатрических подразделений, формированию медико-генетической, психотерапевтической и превентивной служб. Психокоррекционная работа должна проводиться рациональным разрешением специфических психологических проблем, возникающих в каждой из возрастных фаз и «кризисов». Наиболее адекватным объектом изучения человеческой судьбы (в гендерном и онтогенетическом преломлении) является женщина, о чем свидетельствует выделение специального понятия «женский стресс» (Виткин Дж., 1997).

По Финли-Джонсу и Брауну (1981), события, несущие в себе угрозу, имеют значение для развития депрессии. Большинство из них связаны с потерей или ролей, или идеи, или близкого. Риск возникновения депрессии у них в 3 раза выше, если травмирующие обстоятельства относятся к области с высоким уровнем ответственности, такой как материнство, замужество или работа. В современном мире женщины работают и учатся наравне с мужчинами, однако никто не отменял их традиционных обязанностей матери и хранительницы очага. При совмещении семейных и внесемейных ролей возникают конфликты, женщины беспокоятся, что не уделяют должного внимания детям в силу профессиональной занятости, что их эмоциональные и физические ресурсы напряжены до предела из-за постоянного цейтнота.

На «уязвимость» женщины как одну из специфических черт ее пола указывают и гинекологи (например, Вильгельм Липман), и психоаналитики (в частности, Карен Хорни, автор «Женской психологии»). Видная феминистка нашего времени Симона де Бовуар (1997) в работе «Второй пол» дает анализ реальности «женского бытия», особенность которого в том, что, обладая автономной свободой, она познает и выбирает себя в мире, где мужчины заставляют ее «принять себя как Другого». Описывая разнообразные «этапы», «ситуации», «роли», в которых оказывается женщина, автор, по сути, акцентирует внимание на одном «сверхфеномене» – зависимости и ущербности. Его ключевые составляющие – пассивность, вечное ожидание, томление плоти, смысл вне предела личностной воли (своеобразный са-

домазохистский психастенический синдром); заставляя мужчину платить, женщина компенсирует свой комплекс неполноценности. Своеобразным выходом из этой ситуации служит рецепт – «Надо жить естественной жизнью, не стремясь постоянно видеть свои действия со стороны».

На каждой возрастной ступени женщину (девушку) подстерегают подводные «рифы», угрожающие здоровью и благополучию. В пубертатном возрасте, помимо социально-психологических факторов в «становлении личности», созревании и выборе жизненного пути, для девочек-подростков значимы биологические пертурбации (менархе, убыстренное/медленное развитие половых признаков, вазовегетативные «всплески», неподготовленное вступление в сексуальную жизнь). Молодые женщины на рубеже 20-летия сталкиваются с выбором профессии, спутника жизни, партнёра, стремлением придать супружеству устойчивость, заботой о будущем потомстве, боязнью заражения венерическим заболеванием и СПИДом. На авансцену выдвигаются проблемы ведения хозяйства, материальной обеспеченности, поддержания женственности и обаяния. Для женщин «за тридцать» наиболее значимы заботы о воспроизведении потомства, неустанный беспокойства о семейном благополучии, здоровье мужа и детей, дефицит времени для отдыха и ухода за собой, волнения за служебную карьеру (особенно в периоды беременности и декретного отпуска).

На рубеже 40-летия женщина встречается с «кризисом второй половины жизни», к нему присоединяется озабоченность изменяющимися супружескими отношениями, надвигающимся биологическим увяданием, тревогой за судьбу детей и собственную профессиональную карьеру. 50-летняя женщина наряду с биологической перестройкой организма испытывает психологическую дилемму, названную Джорджией Виткин (1991) «синдромом сэндвича», она как бы «зажата» между одинаково значимыми для неё проблемами подрастающих детей (окончание школы, поступление в вуз, выбор профессии, сексуальные предпочтения) и уже вступающих в завершающую фазу жизни престарелых родителей. С учётом фактора инволюционных пертурбаций, менопаузы и возрастного склероза коллизии физической перестройки организма женщины переживаются болезненно, создавая основу «кристаллизации» психологических и аномальных реакций. В 60-летнем возрасте заявляют о себе вопросы материального обеспечения, «пенсионного банкротства», соматоневрологического неблагополучия, а также факторы «малой психической травматизации» (кухонные конфликты с соседями, ссоры с сослуживцами, непонимание со стороны начальства, чёрствое отношение «взрослых детей», переживания за судьбу внуков). Старческий период («жизнь после 70 лет») в принципе однозначен по имеющимся общечеловеческим проблемам – это боязнь тяжёлой соматической патологии, страх стать беспомощной, «никому не нужной», переживание «цепочки утрат» близких, родственников, друзей и др.

Д. Виткин (1991) описывает женские стрессы: физиологические (развитие вторичных половых признаков, менструаций, беременности, менопаузы), перемены в жизни (дефлорация, замужество, материнство, разводы, повторный брак, вдовство), психологические проблемы незамужних («старых дев»), одиночество, перегруженность домашним бытом, беременности,

роды, гинекологическая патология; скрываемые от других стрессы (измены партнёра, сексуальная неудовлетворённость, бесплодие, вызванное жизненными неудачами, «подпольное» употребление спиртного с последующей психологической зависимостью от него), стрессы «середины жизни»: уход за тяжелобольными родственниками, стрессы при сочетании ролей (более 60 % американок вынуждены «играть роль» жены, матери, служащей); стрессы «домохозяйки», стрессы в связи с потерей работы, стрессы «ответственности за двоих», стрессы «двойной нагрузки» при старении. Особо выделим страх неудачи, подпитываемый психологическими мифами и стереотипами. Один из них берёт свои истоки во взглядах «великого женоненавистника» Отто Вейнингера, автора труда «Пол и характер. Принципиальное исследование» (Вена, 1903), где утверждает, что «регистр чувств и настроений у женщины так беден!», а мужской любви противостоит «бабья похоть», мужскому формотворчеству – «женский хаос». В этом «принципиальном исследовании» автор категоричен, считая, что «гений может быть только мужчиной», женщина же лишена «дара рефлексии» и является «рабой самой себя».

Совмещение этических требований «двух миров» порождает у женщины психологические проблемы. Она беспокоится, что не уделяет должного внимания детям, что её профессиональная жизнь обедняется нехваткой времени и должной энергии, что её эмоциональные и физические ресурсы напряжены до предела, что она «измотана и находится на грани срыва». Ролевой конфликт связан с семью показателями (Nevill D., Damico S., 1978): управление временем, отношения с мужем, управление хозяйством, финансы, забота о детях, собственные ожидания, ожидания других.

Интересен феномен отношения женщины к продвижению по службе, получивший название «отказ от карьеры». Большинство опросов за рубежом и в нашей стране выявляют осознанное отрешение женщин от служебного роста (главным образом у женщин до 30 лет). По данным американского социолога М. Комаровски, этот феномен сопряжён с правилом «быть на два шага позади мужчины». Считается, что большинство американок привыкли в общении с мужчинами казаться глупее и инфантильнее, чем есть на самом деле; это стремление диктуется намерением «слыть женственными». В соответствии с культурными традициями, не одобряющими факт превышения женой достигнутых мужем социальных успехов, для поддержания в семье тёплых отношений отказ от карьеры происходит вследствие рождения ребёнка. Поэтому принято считать, что карьеру могут осуществить только незамужние женщины и не имеющие детей. По мнению западных психологов (Виткин Дж., 1996; Berg B., 1986), в основе деструктивного поведения женщины в сфере производства лежит ролевой конфликт с формированием чувства вины, что, в свою очередь, лежит глубоко в бессознательном человека и оказывает сложное и воздействие на поведение субъекта (Crosby F., Jaskar K., 1993).

Проявление чувства вины определяет психосоматические симптомы. Сверхкомпенсация этого чувства на практике оборачивается «подавляющей любовью» матери к ребёнку (покупка огромного числа игрушек, исполнение всех желаний малыша, гиперопека и снисходительность в условиях до-

машнего пребывания). В конечном счёте «конфликт боязни успеха» на производстве заставляет женщину минимизировать свои способности и возможности продвижения, формируя «синдром самопожертвования». Свои личные дела (косметика, макияж, занятия спортом, посещение магазинов) приносятся на алтарь семьи, включаются в перечень жертвенных дел, в список планов, до которых никогда «не доходят руки».

Осмысление проблем «психического здоровья здоровой женщины», помимо общеметодологических вопросов, ставит задачу персонологических женских характеристик в конкретных сферах жизнедеятельности. Основная позиция в этом рассмотрении – женщина на производстве. Новые социально-экономические условия современной экономической и общественной жизни, диктуют необходимость получения объективной информации о работающих в производственной сфере.

Актуальность приобретает эпидемиологическое изучение пограничной психической патологии у женщин, выявляемой в 2,5 раза чаще по сравнению с мужчинами, в женской популяции особое значение принадлежит ухудшающемуся положению на рынке труда. Возможной причиной роста уровня пограничных личностных расстройств в зрелом возрасте (от 21 до 40 лет) является риск психотравмирующих ситуаций, связанных с производственной (профессиональная адаптация) и социально-бытовой (начало семейной жизни, воспитание детей) сферами. Максимальный уровень болезненности в 41–50 лет свидетельствует о подверженности в развитии пограничных заболеваний у работниц, находящихся в близком к инволюционному возрасту, что может быть связано со снижением устойчивости барьера психической адаптации за счёт гормональной перестройки организма и присоединения соматической патологии.

Вторая позиция связана с профессиональной деятельностью женщин в сфере народного образования. Социологи и экономисты приводят доказательства того, что получение образования сегодня является важным фактором производительности труда, качества продукции и грамотного использования техники. Следовательно, вопрос о повышении эффективности преподавательского труда – одна из главных проблем стабильного роста и формирования нового типа человеческой личности. Обращает на себя внимание феминизация профессии педагога во всём мире и в России, где женщин-учителей насчитывается более 80 % преподавателей.

До сих пор объектом изучения были отдельные звенья педагогической системы, безотносительно к её функционированию в целом, с забвением личности самого педагога. Поэтому сейчас актуальной становится проблема «психическое здоровье всех участников педагогического процесса». Неблагоприятно влияющими факторами на состояние здоровья педагогов считаются психоэмоциональные перегрузки как на работе (81 %), так и во вне-рабочее время (22 %), неудовлетворённость результатами и перспективами деятельности (45 %), низкая зарплата, плохие жилищно-бытовые условия (49 %), проблемы в семейной сфере (29 %). В структуре пограничных личностных расстройств преобладают неврозы (59 %), органически обусловленная и соматогенная деформации (25 %), патология личности (12 %).

К психологическим трудностям, связанным с нарушениями профессиональной реализации и приводящим к фрустрации, относятся индивидуально-личностные особенности работников образования. При изучении стилей педагогического взаимодействия преподавателей средней школы обнаруживается в основном авторитарный подход (30-45 %) при полном отсутствии сотрудничающего стиля. Возможность личностного роста обеспечивается феноменом самореализации и такими её аспектами, как самоактуализация, выраженность истинной природы человека (самовыражение, самосовершенствование), адаптация, нравственность, индивидуализация, свобода, счастье.

Развитие гуманистической парадигмы создаёт предпосылки для расширения профессиональной реализации учителя XXI века наполняет образовательную и воспитательную функции психокоррекционным и психотерапевтическим смыслом, предъявляет более высокие требования к личностным качествам, из них особо значимыми становятся умение вживаться в роль ученика, перевоплощаться, безоценочно принимать воспитанника. Во всех педагогических ситуациях целостная личность стремится реализовать себя, выбирая ситуативно наиболее приемлемые (сознательные или бессознательные) формы реализации. Эффективный выход из кризиса достигается поэтапно, последовательно осознавая суть кризиса, его самоидентификацию и переориентацию. В целом новый подход к выбору стратегий поведения – как к особым поведенческим синдромам – определяется актуализацией, усилением, совершенствованием адаптивных механизмов психической саморегуляции, входящей в систему комплекса превентивных мероприятий. Факторы раскрытия творческого потенциала личности (высокий интеллект, антиконформность, широта интересов, мотивация к творческому росту) способствуют преодолению возрастных и ситуационных воздействий без ущерба для её целостности и гармоничности.

Важную роль приобретает оценка психического и соматического здоровья женщин с учётом экологического влияния. Систематическое превышение допустимых антропогенных нагрузок приводит к дестабилизации нервной и иммунной систем организма. Стрессы и экстремальные воздействия в связи с психогенными, социально-экономическими, экологическими и производственными факторами ведут к возникновению пограничных психических расстройств, развитию иммунологической недостаточности. Это требует раннего выявления и превенции пограничных расстройств с учётом состояния иммунной системы организма, улучшения условий социально-бытовой и производственной сфер женщины.

В стране, именуемой демократической, женщины подвергаются дискриминации (явной и скрытой). Зачастую они не имеют возможности повысить профессиональный статус, занять более высокую должность или же вообще бороться «на равных» за место под солнцем. Существует мнение, что «у безработицы женское лицо». Именно женщины первыми попадают под сокращение, их первыми увольняют с работы, стремятся вытеснить из ранее считавшихся «чисто женскими» профессий (продавцы, менеджеры, работники сферы кредитования, страхования и т. п.). Созданная в нашем научном коллективе психогигиеническая служба помощи незанятому населению осуществляет поэтапное изучение данного контингента, скрининг-

обследование, оценку клинического состояния психического здоровья безработных, оказание соответствующих форм и методов помощи (амбулаторное или стационарное лечение), динамическое наблюдение за состоянием здоровья с разработкой рекомендаций (особенности общения, желательные варианты трудоустройства).

Вызывает интерес проблема оценки психического здоровья жён бизнесменов. В данном контексте представляют интерес результаты обследования самих супругов (так называемых новых русских, т. е. лиц, имеющих собственное дело и доход, превышающий средний уровень). По А.А. Билинскому (1997), для супружеских отношений бизнесменов характерны насилие, супружеские измены, ревность, поэтому закономерно, что их жены часто прибегают к помощи специалистов Телефона доверия. Зачастую эти женщины вынуждены мириться с создавшейся ситуацией, потому что некуда уйти от мужа, страшно лишиться средств на содержание детей, негде найти поддержку и понимание. В кризисных условиях женщина становится подавленной, растерянной, выбитой из привычной колеи, что вызвано надвигающимся «крахом семьи», необходимостью пересмотра привычных семейных ролей. Невыносимыми становятся всё возрастающие требования мужа соблюдать строгий отчёт в трате денег, отказаться от общения со старыми друзьями, а также проявления грубости, предвзятости, непонимания запросов, отсутствия прежней теплоты и взаимности.

Вызывает интерес проблема жертв бытового насилия, основным объектом которого являются женщины. Применительно к ним мужчина решает психологическую дилемму «любить или бить». Вот некоторые причины этого феномена, динамика которого делится на этапы: нарастание межличностной напряжённости, взрыв, насилие, раскаяние. На первой стадии досада и недовольство нарастают, появляется ощущение приближающейся «грозы». Иногда напряжение становится столь сильным, что неизбежный взрыв кажется облегчением. В фазе взрыва жертву толкают, бьют, хватают, душат, оскорбляют, звучат угрозы добраться «до ножа», лишить жизни. Затем следует стадия раскаяния, когда совершившая насилие сторона испытывает муки совести, неудобство, униженность, сожаление о потере самоконтроля, попытки оправдания, обещания в дальнейшем «не повторять» подобное, поиски способов уверить жертву в своей неизменной привязанности и преданности. Данный этап психологи образно называют «медовым месяцем». Со временем раскаяние постепенно уменьшается, а напряжённость в отношениях, перерастающих в новый взрыв ярости и насилия, становится всё сильнее и чаще. Ситуацией на этапе раскаяния в большей мере владеет жертва насилия, поскольку только таким путём она получает те проявления любви, привязанности и тепла, которых ей недостаёт в повседневной, будничной жизни (недаром столь распространено высказывание: «если бьёт, значит любит»). Причины бытового насилия следует искать как в семье, так и за её пределами. В современном обществе насилие становится символом и атрибутом социальной действительности. О насилии ежедневно сообщается с экранов телевизоров, о нём постоянно напоминают средства массовой информации, с ужасающими подробностями межличностных конфликтов и ссор на бытовой основе знакомятся дети и подростки.

Примат насилия культивируется и неправильными типами воспитания, ведь с детства во многих семьях мальчикам повторяют, что «настоящие мужчины» должны быть сильными и способными продемонстрировать в любой момент «мужественность и волю». Не поощряются разговоры о чувствах, которые расцениваются как слабость, «слюнтяйство». Юноше не подобает испытывать жалость, боль, страх. Нередко в попытках справиться с «душевной слабостью и ранимостью» подростки начинают алкоголизироваться, прибегают к наркотикам, «глушат» чувства взрывами злости и безжалостного отношения к ближнему. Противоположный стереотип поведения прививается девочкам, которым якобы положено выражать чувства сдержанней и суше, а в отношениях с лицами противоположного пола быть пассивными, покорными. Общество поощряет доминирование мужчин над женщинами, первенство и превосходство мужского пола подчёркивается в религии, политике, производственной сфере, семье. Это нарушает баланс в семейных отношениях, способствует конфликтам на бытовой и сексуальной почве. Наиболее разрушительное воздействие последствия бытового насилия оказывают на чувство самоуважения жертвы. Осознание женщиной неспособности защитить себя может привести к постоянному ощущению страха, отчаяния, незащищённости. В ней просыпается тревожная бдительность, заставляющая её постоянно следить за появлением у мужа малейшего раздражения или недовольства. Чувствуя неспособность прекратить насилие над собой, жертва вырабатывает в себе «рабскую покорность», безропотность, «слепое послушание», беспомощность. Попытки женщины разорвать круг действий, ведущих к вспышкам насилия, оказываются безуспешными, и они научаются вести себя так, чтобы избежать насилия. Такая женщина маскирует свои чувства иногда даже от себя самой, вырабатывает роль уступчивой, пассивной, «всепрощающей». На фоне трагической жизненной коллизии сокращается стрессоустойчивость, снижается жизненный тонус, возникают затяжные проблемы на работе и во взаимоотношениях с детьми. В клинической картине угнетённого состояния доминируют усталость, физическое недомогание, депрессивные переживания (даже при сохраняемом оптимизме и напускной бодрости), появляются пассивные суицидальные мысли. В подобных ситуациях женщина нуждается в медико-психологической поддержке, помощи консультанта по семейным вопросам, клиническом психологе или психотерапевте.

Предикторами личной уязвимости женщины в ответ на утрату близкого человека (сына, мужа) являются неподготовленность к трагическому событию, опыт психологического травмирования (механизм кумуляции психических травм), индивидуальная пониженная стрессоустойчивость, предшествующая соматогенная астенизация, неумение преодолевать жизненные затруднения, преморбидная застреванность на аффективных переживаниях, ограниченный круг близких, могущих оказать психологическую поддержку в поисках выхода из депрессивного состояния.

В числе стержневых позиций в ряду проблем «мужчина-женщина» следует указать на женский алкоголизм. Его особенностями в последнее время являются безудержный рост (на фоне превратно понимаемой эмансипированности женщины), завуалированный характер, злокачественность, слабая

податливость социотерапевтическим воздействиям. Эта проблема влечёт за собой негативные последствия, связанные с уродливой трансформацией инстинкта материнства – алкогольного синдрома плода, феномена «детей улицы», асоциальных и антисоциальных форм поведения.

В аспекте превенции алкоголизма (с учётом половозрастных особенностей) интерес представляют наши исследования (Семке В.Я., Солонский А.В., 1995) по повреждающему действию этанола на нервные клетки, позволяющие рассматривать потомство злоупотреблявших алкоголем матерей как группу высокого риска по нервно-психической патологии. Это демонстрирует необходимость изучения психического здоровья женщины не только на этапах его нарушения, но еще на донозологическом этапе в рамках психоадаптационных и психодезадаптационных сочетаний.

В заключение добавим, что образ женщины-матери, женщины-труженицы длительное время идеализировался и был главным в иконостасе российской идеологии, беззащитно эксплуатировался в пропагандистских целях. В наше сложное, быстро меняющееся время государство и общество обязаны перейти от лозунгов к заботе об укреплении физического и душевного здоровья женщины. Оптимистичен в этом отношении тезис Л. Перлоффа (1987) о том, что люди «мотивированы верить в справедливый и упорядоченный мир, в котором они получают то, что заслужили, и заслуживают то, что получают, – мир, в котором плохие вещи не случаются с хорошими людьми». Заметным шагом на пути повышения престижа женщины служит признание нового праздника страны – Дня матери. Дальнейшие усилия должны воплотиться в действенных комплексных программах федерального и регионального уровней по многостороннему поддержанию и охране психического здоровья женщин.

Личность и транскультуральный стресс: экзистенциальный кризис

По «Словарю современной американской психиатрической терминологии», кросскультуральная (транскультуральная) психиатрия призвана осуществлять сравнительное изучение психического здоровья и психических болезней в разных обществах, нациях и культурах. Другое понятие – культуральная психиатрия – представляет отрасль социальной психиатрии, изучающей связь психических заболеваний с культуральным окружением. Этнопсихиатрия исследует влияние географических, культурных и общественных условий, в которых живет народ, на нормальные и болезненные представления, формирование симптоматики, происхождение и частоту психиатрических симптомов и заболеваний, выбор лечебных методов, формирование новых организационных форм и психиатрического обеспечения и другие аспекты психической жизни народа (Вульф Э., 1995).

Транскультуральные исследования представляют интерес с позиций их семиологической оценки, когда одни и те же симптомы в одной культуре трактуются как психопатологические, в другой – как приемлемые для нормы. Отсюда термин «сравнительная психиатрия», прародителем этого направления считается Э. Кребелин.

Приведем ряд примеров: cargo cult syndrome – бред получения большого богатства; синдром фригофобии (в Китае) – болезненный страх холода; геофагия – поедание земли, глины, связанные в ряде культур с расстройствами

при беременности; тайджин-куофу-ту – японский синдром, проявляющийся страхом потери доброжелательности по отношению к себе других людей, иногда сопряженный с физическим дефектом, который может отталкивать людей; варианты этого синдрома сближают его с дисморфофобией, антропофобией, социальной фобией, что вызвано чисто культуральной болезнью «быть рассматриваемым» другим человеком, страхом взаимодействовать с ним «лицом к лицу». В Корее распространен синдром хва-биинд – страх неожиданной смерти, характеризующийся особым ощущением в эпигастриальной области. Важен современный поведенческий синдром отаку, встречающийся не только в Японии, хотя и отнесенный к её культуре, когда поведение подростка характеризуется глубоким погружением в виртуальную реальность, видеоигры, прослушивание музыки через наушники с вытеснением социальной интеграции.

Среди часто упоминаемых культурно-специфических синдромов отметим и ряд других: амок – острая гомицидомания (у малайцев), виндиго – бред овладения людоедским чудовищем с ажитированной депрессией, страхом, импульсивностью (у канадских индейцев), пиблокток – приступы крика, плача, бега нагишом по снегу (у эскимосов), коро – страх, что половой член уйдет внутрь живота и это приведет к смерти (Юго-Восточная Азия), латах – вызванная потрясением дезорганизация психики со свехвнушаемостью, автоматическим послушанием и эхопраксией. К этим состояниям относятся психогенно обусловленные истерические психотические симптомы у алтайцев в виде эхоталии и эхопраксии, а также проявления «полярной, арктической истерии» или эмирячения, наблюдаемой у якутов, «никотницы», распространенной на Урале, и эндемического психоза, именуемого «болотин», типичного в популяции бурят.

Необходимость всестороннего изучения социальных, биологических, личностных механизмов, закономерностей, формул становления психологических и психопатологических феноменов, сопряженных с поиском веры и истины, с разграничением добра и зла, выбором рациональных (или иррациональных) способов реагирования, приобретает междисциплинарный характер, «иначе целый ряд исторических и социальных явлений получает неполное, недостаточное и частью даже несоответствующее освещение» (В.М. Бехтерев).

В переломные моменты жизни общества, на стыке социальных эпох, в кризисные периоды государственного и политического преобразования пышно расцветают псевдонаучные воззрения и предубеждения, подспудно культивируются суеверия, спиритические верования, невежество современных «вызывателей» духов, «ясновидящих», «прорицателей». В последние годы наблюдается настоящая волна оккультизма, спиритизма, дремучего «врачевания» не только физических, но и душевных недугов.

Религиозное раскрепощение привело множество людей в секты, окутанные флером необычности и усложненности совершаемых обрядов, умело использующие общегуманистические лозунги, фальшиво пропагандирующие истину и добро. Искусно манипулируя человеческим легковерием, иллюзорными надеждами на легкое избавление от житейской неустроенности, бедственного материального положения, чувства одиночества, поки-

нутости и внутренней неадекватности, прикрываясь безоглядной верой в чудеса словесного воздействия, руководители таких групп (по данным многих исследователей, в мире существует до нескольких тысяч разных новых культов и сект) упорно доказывают, что именно они являются носителями истины «в первой инстанции». Отличительная особенность подавляющего большинства таких сект – стремление к тоталитарности, направленное на подавление, а затем полное разрушение личности человека, а в некоторых случаях даже физическое истребление. Известный судебный психиатр профессор Ф.В. Кондратьев применяет даже специальный термин «сектомания», считая, что в основе данного психопатологического явления лежит синдром зависимости от ранее испытанного психотропного или психологического воздействия на человека, от которого он получает известное облегчение, а затем возникает чувство привыкания, таким образом со временем человек оказывается в безграничной власти и рабском подчинении умелых манипуляторов и ловцов человеческих душ.

Сейчас ни для кого не секрет, что именно идеологическая база террора и задачи терроризма направлены на то, чтобы вовлечь большую массу людей, для которых либо цели террора столь высоки, что оправдывают любые средства, либо сами они столь неразборчивы в средствах, что готовы реализовать любую мерзость. Через «возвышенные мотивы» обычно вовлекают молодежь, которая в силу умственной и моральной незрелости легко «клюет» на радикальные национальные, социальные или религиозные идеи. Вовлекают молодых людей чаще всего через тоталитарные (т. е. полностью подавляющие волю людей и подчиняющие их только воле «вождя»), религиозные или идеологические секты. Самым известным примером является секта «Аум Синрикё». Терроризм как массовое и политически значимое явление есть результат повальной «деидеологизации», когда отдельные группы в обществе легко ставят под сомнение законность и права государства, тем самооправдывают свой переход к террору для достижения собственных целей.

Одна из опасностей оккультных практик заключается в изменении состояния рядовых членов сектантских организаций, основанном на вторжении в сферу подсознания и сознания. Имеется этапность такого направленного преобразования психики. На первой стадии предпринимаются усилия по достижению установки полного доверия к руководителю, безоглядной готовности выполнять любую его команду, подкрепляемые демонстрацией в ходе сеанса исключительных достоинств лидера, неповторимости, таинственности. Все эти действия направлены на «прививание» новизны жизненных позиций и освобождение от прежних духовных и нравственных запретов с последующей готовностью принять любую команду на подсознательном уровне (этап обостренной сенсорики). В дальнейшем программируется сознание с кодированием и выработкой новых норм поведения, с полным подчинением «учителю», гуру, миссии и др. Это свидетельствует о формировании своеобразной психической зависимости, проявляющейся в неспособности принимать в критических ситуациях самостоятельные решения, потребности в постоянных контактах с другими участниками секты и повторении психофизических упражнений. Помимо этого у многих, подвергшихся психотропному воздействию, наблюдаются признаки физи-

ческой зависимости, сходной с энонаркотической, напоминающей картину постнаркотической абстиненции.

В ряду медиумических феноменов привлекают внимание сложные картины полтергейста («игра духов») в виде перемещения предметов, самовозгораний, телепортации, хрональной аберрации, воздействия на здоровье людей (все эти явления сопровождаются повышенной заболеваемостью, стрессами, апатией, снижением тонуса), а также разнообразные проявления ясновидения, биолокации, уфологии, телепатии, астрологии.

«Синдром прыгающих людей» имеет большой разброс по географической распространенности (ЩигOLEV И.И., 1995). Культуральной разновидностью сексуального невроза является синдром дхат (Марилов В.В., 2001) у мужчин в азиатских (Индия, Шри-Ланка) и африканских странах, он выражается в убеждении, что из организма с мочой выделяется беловатая субстанция (дхат), что приводит к тяжелому психосоматическому заболеванию (жизненная сила покидает человека через половой орган, приводя иногда к смерти). «Пальма первенства» в объяснении подобного рода психопатологического реагирования, несомненно, принадлежит В.М. Бехтереву, усматривавшему в его основе ведущую роль внушения, которое действует путем «жестов, мимики, движений и знаков или символов». Заслуживает упоминания описываемый в последние годы «синдром кувад», или «высихивания птенцов», обозначающий совокупность психогенных и психосоматических нарушений у мужчин, имеющих беременных жен; перенос дискомфорта беременности подпитывается огромным, но неосознаваемым чувством вины перед женой.

Феномен самоубийства как человеческая драма: пресуицидальный кризис

По данным ВОЗ, официально регистрируется от четверти до половины самоубийств. Среди мужчин суициды наблюдаются в 25-48 лет, среди женщин – в 25-46 лет. Парасуициды чаще встречаются в молодых возрастных группах (15-25 лет), в основном у женщин (у мужчин чаще суициды). Высокие показатели суицидов коррелируют с мужским полом, увеличением возраста, вдовством, отсутствием семьи и детей, высокой плотностью населения, проживанием в крупном городе, высоким общественным и жизненным стандартом, экономическими кризисами, психическими заболеваниями, состоянием алкогольного опьянения, ситуацией «неполного дома». Самоубийства в возрасте от 15 до 29 лет во многих экономически развитых странах занимают второе-третье места в структуре основных причин смерти, так же как и высок удельный вес самоубийств у лиц старческого возраста (суицидальные тенденции у 50 % пожилых).

Ежегодно около 500 тыс. американцев пытаются свести счеты с жизнью. Среди молодежи от 15 до 24 лет самоубийства уверенно держат третье место в числе причин смерти, унося больше жизней, чем рак, болезни сердца, СПИД, пневмония, грипп и хронические заболевания легких вместе взятые. Социологи из Университета штата Пенсильвания провели опрос студентов колледжей в надежде выяснить, кто из молодых людей наиболее уязвим для этой «эпидемии». В опросе приняли участие 194 юноши и 227 девушек – всего 421 человек. В мужской и женской выборках мысль о самоубийстве

возникает одинаково часто (20 %), примерно у 1 из 5. При этом реализовать задуманное пытаются 4 % девушек и только 1 % юношей. Среди девушек наиболее предрасположены к суициду те, чьи матери не просто ожидают от них стабильных успехов в учебе, но и требуют повышения результативности, отцы в таких семьях пассивно поддерживают супруг. В мужской группе тесты не выявили корреляции между уровнем родительских ожиданий и склонностью к самоубийствам.

В первую группу стран с максимальными проявлениями суицидального поведения в населении (более 30 на 100 000 населения) входит Венгрия; во вторую (от 20 до 29) – в основном европейские страны и Япония; в третью (от 10 до 19) – часть европейских стран, США, Канада; в четвертую (до 9) – страны с наименьшей величиной самоубийств. Парадоксально, что в экономически развитых странах самоубийства совершают ежегодно десятки тысяч людей, в то время как в развивающихся странах – лишь единицы.

На основе мультидисциплинарного исследования агрессивного и аутоагрессивного типов личности А.Г. Амбрумова, А.Р. Ратинов (1986) составили психологический портрет суицидента, выделяя направление и характер деятельности с опорой на социально одобряемые ценности, низкую самооценку, неуверенность, ощущение своей малоценности, слабость, потребность в самореализации, значимость эмоциональных связей, искренность взаимоотношений, эмпатию, понимание и поддержку окружающих. Авторы указывают на высокую значимость трудового и профессионального статуса, трудность волевых усилий, потерю активности, снижение оптимизма в ситуациях фрустрации, стресс и затруднения, тенденцию к самообвинению, несамостоятельность, зависимость, симбиотичность, затрудненность в принятии решения, аутоагрессию как проявление личностных установок, высокую тревожность. Такая личностная характеристика среднестатистического суицидента может использоваться при выборе адекватных психокоррекционных и предупредительных мероприятий.

Самоубийство – третья основная причина подростковой и юношеской смертности после несчастных случаев и убийств. Какими бы тревожащими эти данные ни были, они занижены. О самоубийствах не всегда сообщают по причинам религиозных запретов и исходя из пожеланий семьи. До 13 % подростков указали при опросах, что хотя бы раз в жизни пытались покончить с собой. Суицидальные попытки молодых не являются их реакцией на единичное, выводящее из душевного равновесия событие. Решение покончить с собой вызревает в контексте накапливающихся продолжительное время личных или семейных проблем. Однако сама по себе попытка может быть импульсивной. За профилактическими мерами должна следовать психотерапия. В терапевтическом процессе юноши и девушки с суицидальными тенденциями достигают осознания своих проблем и вырабатывают совладающие стратегии. Психотерапия помогает тинэйджерам укрепить позитивное отношение к себе и веру в себя.

Стратегия и тактика превенции суицида строятся на изменении взаимоотношений суицидента с ближайшим окружением, создании действенной обстановки сострадания, сочувствия, сопереживания, душевного отклика на все животрепещущие и трудноразрешимые проблемы человека, пре-

бывающего в атмосфере непреодолимого социального конфликта. Такая гуманистическая линия предупредительного подхода к суициду является альтернативной к прежнему весьма распространенному – регрессивному. Успешное претворение в жизнь задач предупреждения самоубийств зависит от двух аспектов этой проблемы: прежде всего следует определить «величину проблемы», очертить размеры суицидального контингента, «групп риска» (включая суицидальные намерения, в том числе и «демонстративно-шантажные»); во-вторых, создать на этой основе действенные программы предупреждения суицидального поведения.

Первая группа суицидентов представлена индивидами с низким уровнем социализации, в ряде случаев с криминальным прошлым (Амбрумова А.Г., 1984). У них, помимо социально-психологической дезадаптации, наблюдаются слабая социальная приспособляемость к требованиям общества, нежелание считаться с социальными запретами и нормами. Психологический кризис в предшествующем суициду периоде выражается дезинтеграцией психической деятельности, ситуационными реакциями оппозиции. Вторая группа объединяет лиц с высоким уровнем социализации, в основе суицида лежит социально-психологическая дезадаптация, развивающаяся в силу неспособности субъекта преодолеть душевный конфликт.

Концепция многофакторного генеза самоубийства, как сложного биопсихосоциального явления, предусматривает дифференцированный характер проведения превентивных и реабилитационных мероприятий, направленных на прерывание цепи патогенного процесса на разных этапах ее разрывания – от неблагоприятной predisposition до отчетливых проявлений конфликтного напряжения и состояния пресуицида. Трактовка многогранной природы суицидального поведения имеет в виду включение превенции (от профилактики самоубийства до предотвращения повторных покушений).

Основным отличительным принципом работы по преодолению душевного суицидального кризиса этого звена является доступность помощи, что позволяет в срочном порядке устранить гнетущее чувство одиночества, ненужности, внутренней тревоги, как бы «подводящих» личность к суицидальному решению. В сочетании с фактором «анонимности» этот принцип оказывается субъективно наиболее значимым и имеющим значение в «прерывании» суицидальной линии поведения. Важно закрепить достигнутый результат в ходе последующих бесед с пациентом и перевода на режим полного доверия, атмосферы партнерства, соучастия.

Для преодоления социально-психологического кризиса необходимо устранить ситуацию «неведения», преодолеть имеющийся дефицит информации, научить пациента механизмам отвлечения, помочь ему избавиться от мнимого представления «исключительности», «непреодолимости» конфликта. Приобретение навыка «отвлеченного», «отстраненного» анализа затруднительной ситуации снижает субъективную значимость психотравмирующих обстоятельств, повышает ценность других интересов и привязанностей, нацеливает на позитивные жизнеутверждающие приоритеты. Во многом такой характерологической перестройке содействует позитивная поддержка авторитетных для пациента лиц из ближайшего окружения. Большое значение на этом этапе превентивной работы имеет начальный

контакт с пациентом, нуждающимся в поддержке и помощи. Деликатность, высокий профессионализм, чувство эмпатии, успешное владение приемами «интенсивной» психотерапии являются залогом предстоящего преодоления «кризиса», овладения конфликтной ситуацией. Последующие беседы (в среднем 4–6) нацелены на укрепление воли к жизни, искоренение чувства неуверенности и импульсивности, придание убежденности в дальнейшем самостоятельном жизненном пути. Как показывает опыт, около 20–30 % первоначально обратившихся за социально-психологической поддержкой в будущем продолжают сохранять психотерапевтические связи с врачом, как бы переходя во второй круг суицидологической превенции.

Анализ современной литературы показывает, что среди различных форм психического реагирования в ответ на комплекс негативно влияющих средовых факторов значительное место занимает аутоагрессивное поведение. Усиливающийся интерес к проблеме психического реагирования на различные внешние психотравмирующие ситуации обусловлен расширением масштабов таких экстремальных ситуаций, как стихийные бедствия, техногенные катастрофы. Необходимость дифференцированного подхода к формированию суицидального поведения в ответ на различные экстремальные ситуации диктуется рядом факторов, отличающих вооруженные конфликты от других перечисленных психотравмирующих ситуаций. В первую очередь это связано с длительной по времени и напряженной по темпу воздействия психотравмирующей ситуацией, связанной с угрозой жизни индивида и его окружения. По данным ВОЗ (1993), лица, проживающие в местах вооруженных конфликтов, являются наиболее уязвимой категорией населения. Вооруженный конфликт в Таджикистане в период с 1992 по 1993 г. характеризовался формированием специфических форм реагирования на экстремальную ситуацию, во многом определяемых этнокультуральными особенностями психического реагирования местного населения. Изучение мотивационных факторов, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения, показало увеличение числа суицидов, непосредственно связанных с реагированием на имеющую место экстремальную ситуацию. Как отмечал М.Г. Гулямов (1994), «гражданская война в Таджикистане стала полигоном для испытания нервно-психической деятельности человека». Д.М. Мухамедовым изучены особенности психического состояния суицидентов в ситуации вооруженного конфликта и влияние тематики указанной психотравмирующей ситуации на формирование мотивов, участвующих в суицидогенезе, в форме самосожжения. Ведущее место в мотивации суицида занимали ситуационные реакции, непосредственно связанные с вооруженным конфликтом.

Общими чертами для женщин-суициденток с непсихотическими психогенными депрессиями были отсутствие психологической готовности к экстремальной ситуации, связанной с вооруженным конфликтом, нежелание и неумение приспособиться к ней, что также имело решающее значение в формировании аутоагрессивного поведения. Анализ мотивационных факторов, участвующих в формировании суицида в форме самосожжения в период вооруженного конфликта, показал их отличие от суицида семейно-бытового плана, вызванного конфликтами с родственниками мужа, самим мужем, принуждением к замужеству. В обследованном контингенте лиц

преобладали мотивационные факторы, прямо связанные с тематикой гражданской войны. Так, основными психогенными мотивационными факторами являлись горестные известия о трагической гибели либо исчезновении родных и близких (мужа, детей, братьев, сестер), огласка факта имевшего места насилия и, как следствие этого, унижение чести и достоинства поруганной женщины. Длительная экстремальная ситуация, связанная с вооруженным конфликтом, является мощным психотравмирующим фактором, формирующим психогенную депрессию и участвующим в суицидогенезе в форме самосожжения среди женщин.

Самоубийство, по мнению Г. Чхартшвили (2003), «происшествие гораздо более распространенное и обыденное, чем представляется многим из нас». Автор приводит статистику, что ежедневно около 1200 человек сводят счеты с жизнью путем самоубийства, еще 7500 делают неудачную попытку посягательства на жизнь. Современная Россия занимает одно из первых мест в ряду стран с высокой суицидальной смертностью. Задача всей перестройки общественной страны – покончить с этой трагической тенденцией, принять участие в решении государственных, региональных и муниципальных программ превенции суицидального поведения.

Любая человеческая драма неминуемо приводит к формированию психологического кризиса, обусловленного крушением привычной картины мира, потерей смысла жизни. Являясь формой психологической депривации, жизненная трагедия создает основу аподафического кризиса (вариант экзистенциального кризиса), завершающегося нередко суицидом. Суицидальные действия тщательно продумываются (отсюда высокий риск пресуицидального кризиса). Важен анализ возможностей т. н. институционального суицида (Farberow, 1980), при котором суицидальные действия обусловлены социальным императивом. К их числу относят жертвенные, ритуальные самоубийства на религиозной почве или в соответствии с принятыми в данном обществе нормами поведения.

Парасуицид является несмертельным умышленным самоповреждением, преследующим достижение желаемых индивидом изменений. N. Kreitman (1969) считает парасуицид «призывом о помощи», способом воздействия на ближайшее окружение. Пресуицидальный синдром (Ringel E., 1953) способствует суицидальному поведению путем «ограничения психической жизни», межличностных контактов (иногда с наличием суицидальных фантазий). При наличии суицидального императива («внутреннего» призыва к осуществлению суицида) пресуицидальный период отсутствует, а весь суицидальный процесс имеет редуцированный характер. В целом суицидогенез (процесс формирования суицидального поведения) охватывает период от первых антивитальных переживаний до окончательной реализации суицидального акта.

Таким образом, переживание человеком внутренней трагедии, психологического шока таит в себе высокий риск формирования суицидогенной аффективной реакции с ощущением душевной боли (психалгии), со сверхценной потребностью избавиться от страдания. С учетом сказанного высока вероятность рецидивирования суицидальных намерений и действий.

Многочисленные исследования особенностей саморазрушающего поведения при различных типах акцентуации характера у подростков позволили выделить группы. Вероятность аутоагрессивного поведения более значима при циклоидном, эмоционально-лабильном, эпилептоидном, истероидном типах личности в подростковом возрасте. По данным Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок (1994), 95 % совершивших суицидальные попытки страдали психическими и поведенческими расстройствами. По данным отечественных авторов, получена другая статистическая картина, среди суицидентов выявлено только 25 % душевнобольных, 75 % составили лица с пограничными психическими расстройствами и психически здоровые. Причем в последние годы растет число суицидальных попыток в рамках непатологических суицидальных реакций (Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В., 1995). Суицидальный риск среди состоящих на учете в психоневрологических диспансерах в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц.

Описывают два варианта суицидального поведения у психически больных: ситуационный (психогенный), при котором суицидальные тенденции возникают в результате взаимодействия психогенных и личностных факторов, а психическое заболевание выступает в роли патопластического фактора; психотический (психопатологический), при котором суицидальные проявления обусловлены психопатологическими проявлениями болезни и реакцией на них пациентов. Известен смешанный вариант, при котором ситуационный и психопатологический механизмы в равной степени участвуют в формировании аутоагрессивного поведения. Суицидальный риск при биполярных аффективных расстройствах обусловлен психопатологическими феноменами и ситуационными факторами. На этапе рецидива биполярного аффективного расстройства суицидальное поведение пациентов обусловлено психотическими проявлениями, на инициальной стадии и на этапе выздоровления – ситуационными. При ситуационном варианте в основе суицидального поведения лежат психологически понятные психогенные факторы, межличностные и социальные конфликты, профессиональные и бытовые трудности, потеря значимых близких, попытка привлечь внимание к своему состоянию и положению. Повышен суицидальный риск и в период выздоровления, когда у пациента восстанавливаются критика и энергетический потенциал. Именно в этот период возможен парадоксальный суицид, то есть исполняется суицидальное намерение предшествующего периода болезни. В связи с этим на амбулаторном этапе лечения особенно необходима суицидальная настороженность врача.

ГЛАВА 7. ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Сердце в будущем живет;
Настоящее уныло:
Всё мгновенно, всё пройдет;
Что пройдет, то будет мило.
А.С. Пушкин

Динамический подход к исследованию пограничных областей психиатрии, в первую очередь проблемы психопатий, в последнее время получает всё большее признание, позволяя изучать психопатическую личность на протяжении длительного периода, всей жизни индивида. Заслуга в разработке учения о **динамике** психопатий принадлежит отечественной психиатрической школе, прежде всего П.Б. Ганнушкину, который говорил о необходимости накопления клинических фактов и их анализа под углом выяснения «типов, законов, формул развития психопатий». Усилиями многих клиницистов (О.В. Кербиков, Н.И. Фелинская, В.Я. Гиндикин и др.) изучались вопросы становления психопатий, их динамики и определения последовательности в смене синдромов. Важным является положение о возможности регрессиентной динамики психопатий. Полученные клинические данные позволяют подходить к психопатиям с эволютивной (онтогенетической), терапевтической и медико-педагогической точки зрения.

Возрастная динамика личностной патологии. Необходимость возрастного рассмотрения личностных нарушений продиктована историческим ходом развития естественно-научных знаний. Идеи Ч. Дарвина нашли отражение и в психиатрии: в 1871 г. он отмечал возрастные особенности человеческой психики и призывал исследовать её в направлении от изучения психики ребёнка к психической деятельности взрослого. Первым из клиницистов обратил внимание на влияние возраста в появлении психических нарушений С.С. Корсаков (1901), указывая, что «возраст обуславливает особую для каждого периода жизни неустойчивость и ранимость», а с разными возрастными этапами может совпадать развитие соответствующей «психопатической конституции», располагающей к заболеваниям «от известных причин и с известным оттенком». П.Б. Ганнушкин (1933) указывал на проявления жизненной динамики нормальной личности: «жизненные явления никогда не остаются стационарными, неподвижными, неизменяемыми... человеческая личность... претерпевает коренные изменения и делается иной раз неузнаваемой». Понимая под «широким подходом» динамики психопатий описание жизненного пути аномальной личности, он писал, что «неразработанность этого вопроса» не позволяет «наметить... особый тип выражения и течения возрастных изменений». В «программе-максимум» последующих изысканий он призывал исследовать каждый тип психопатии, «во всех фазах и случаях жизни мы должны знать, как протекают возрастные сдвиги данного типа психопатии».

При всей актуальности **возрастная динамика** личностных расстройств недостаточно разработана³⁷. Отмечается, что важным звеном в динамике психопатий, помимо средовых воздействий, являются периоды биологической перестройки организма, во время которых постепенные изменения, происходящие как следствие возрастного развития организма, прерываются интенсивными преобразованиями, «возрастными кризисами», причём наиболее важными из них являются пубертатный и пресенильный. Их быстрое формирование не позволяет организму в должной мере приспособиться к новым условиям существования и ведёт к нарушению душевного равновесия. Наряду с признанием биологической общности между этими двумя периодами отмечается и существенная разница, на которую указывали старые клиницисты. П.Б. Ганнушкин (1933) считал, что симптоматология инволюционного кризиса беднее, чем предшествующего пубертатного. Определено психологическое различие динамики формирования личности по двум сопоставляемым периодам (Семке В.Я., 1965, 1967, 1994). В пубертатном возрасте происходит превращение неполноценного подростка, опекаемого средой, в полноправного члена общества со всем объёмом предъявляемых к нему требований и прав. В пресенильном периоде на смену некогда полноценной личности приходит этап угасания творческих способностей и уменьшения физических возможностей.

Психопатии и пубертат. Одним из первых исследователей, обративших внимание на данную проблему, был француз V. Magnan (1892, 1903). Он отменил значение полового созревания «дегенеранта», когда тот должен сделать выбор карьер и, освободившись от опеки, «которые могли защищать и поддерживать его до этих пор в пределах разумного равновесия, он должен войти в свободную жизнь, которая будет не один раз источником опасности для него самого или для другого. Имея отныне право и обязанность управлять самим собой, он как никогда проявляет свою неполноценность».

Взгляды Маньяна развивают положения Б. Мореля (1857) о том, что дегенеративная стигматизация даёт влияние на все эпохи жизни, сопровождая человека «от колыбели до могилы». Th. Ziehen (1905) устанавливает связь психопатической конституции с пубертатным кризом: «Период полового созревания является тем утёсом, о который разбиваются именно те, кто имеет тяжёлую наследственность». Существенная роль пубертатного криза в заострении и выявлении психопатической симптоматики признавалась многими авторами (Кандинский В.Х., 1883, 1890; Бехтерев В.М.,

³⁷ Семке В.Я. Клиническая динамика психопатий в позднем возрасте: Автореф. дис. ... к.м.н. М., 1965; Семке В.Я. Клиническая динамика психопатий в позднем возрасте // Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л., 1967. С. 183–199; Семке В.Я. О клинической динамике истерической психопатии // Журн. невропатологии и психиатрии. 1976. Вып. 11. С. 1694–1698; Семке В.Я. К проблеме дифференциальной диагностики, патогенетической терапии истерических и истероформных состояний // Терапевтический архив. 1982. № 8. С. 127–133; Семке В.Я. К проблеме клинико-патогенетического анализа и коррекции нарушения поведения подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. 1982. Вып. 10. С. 1517–1523; Семке В.Я., Нохрина Л. Я. Динамика основных форм неврозов // Журн. невропатологии и психиатрии. 1987. Вып. 11. С. 1662–1667; Семке В.Я., Плешаков В. И. Клинические аспекты формирования кардиофобического синдрома // Журн. невропатологии и психиатрии. 1988. Вып. 11. С. 55–59; Семке В.Я. Истерические состояния. М., 1988. 224 с.; Гурьева В. А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994; Одарченко С. С. Депрессии и коморбидные расстройства в позднем возрасте: Автореф. дис. ... к.м.н. Томск, 2004. 25 с.

1886; Суханов С.А., 1905, 1912; Бруханский Н.П., 1928; Сухарева Г.Е., 1959; Kahn E., 1928, 1949; Rumke H., 1952; Staehelin S., 1954; Stafford-Clark D., 1952; Petrilowitsch N., 1961, 1967). В работах N. Petrilowitsch отмечена «шкала» психопатических реакций в периоде полового созревания – от неустойчивости и импульсивности до аутизма и депрессивных фаз с опасностью суицида. После минования этого этапа все перечисленные явления могут исчезнуть, тогда наступает гармонизация личности. R. Destunis (1959) подчёркивает значимость пубертации как опаснейшей биологической фазы развития, приносящей свой вклад в неправильное развитие характера. Г.К. Ушаков (1987) указывает на возможность выявления психопатических особенностей уже в детском возрасте, среди них он подчеркивает неуверенность в себе, боязливость, ранимость, эмоциональную холодность, тупость, поверхностность, необузданность, слабоволие, фанатичность. Причём психопатическая инфантильность может отмечаться весьма рано в виде асинхронного, неравномерного развития.

В динамике «дегенеративной психопатии» как непреложный факт отмечается очень раннее или слишком позднее наступление половой зрелости (Рыбаков Ф.Е., 1917), наличие так называемых эволютивных анахронизмов. Именно в этот период у некоторых «кандидатов в психопаты» обнаруживается симптоматическая лабильность и склонность к соматическим реакциям, оцениваемым как проявления невропатической конституции. Под этим термином понимается наследственно обусловленная аномалия нервной деятельности в области чувствительных, двигательных и психических функций без грубых деструктивных изменений. При этом внимание акцентируется не на личностных расстройствах, а на вегетативных дисфункциях. О возможности трансформирования детской невропатии в астеноневротическую акцентуацию писал А.Е. Личко. По мнению Н. Stutte (1967), невропатическая конституция может, наряду со специфической неполноценностью органа, стать решающим условием для возникновения любого «органного невроза». Описанная Н. Weitbrecht (1979) «психопатическая астенция» проявляется соматическими приступами, в которых «выступают рука об руку вегетативные и вазомоторные расстройства» (рассматриваемыми в рамках концепции соматопатий как конституционально обусловленная личностная патология).

Возникновение эволютивных анахронизмов наблюдается на той же конституциональной основе, из которой происходит психопатическая манифестация, отсюда проистекает их тесная связь (Кан Э., 1928). Во всех вариантах психопатической структуры раннего периода клиническая картина фрагментарна, слабо дифференцирована и подвижна. Позднее (в негативной фазе пубертата) сказываются «мозаичность» и взаимозаменяемость психопатических синдромов (стремление к самоутверждению, инфантильность поведения и запросов, эгоцентрическая позиция, тормозимость и сменяемость основной линии поведения), обязанные своим происхождением комплексу гормональных, вегетативных и психосоциальных воздействий. На фоне биологической недостаточности мозга (асинхронии развития, явления ретардации) возникают социально-психологические сдвиги, закрепляющие и усугубляющие уродливость патохарактерологического облика.

Отрицательные влияния микросреды содействуют подвижной и многообразной динамике личностных расстройств. При сохранности патологического «ядра» характера и малой обратимости облигатных качеств появляются новые и усложняются прежние аномальные признаки. Отчётлива связь инфантилизма с оформлением отдельных вариантов психопатий, в первую очередь истерической и шизоидной. По Т.И. Юдину (1926), истерические реакции возникают только у субъектов, остановившихся на инфантильной ступени развития. Первые попытки оценить истерию с эволюционных позиций относятся к началу двадцатого столетия. L. Schnyder (1907) предложил рассматривать её как «детский тип» реагирования: в детской психике есть основные черты «истерической болезни». Е. Краепелин (1913) различал «истерию развития», возникающую у детей после наказания и болезни.

Пубертатному возрасту придаётся некоторыми исследователями важная роль в гармонизации психики. После его минования личность, угрожаемая в направлении развития психопатии, приобретает душевное равновесие, «депсихопатизируется» (Кербиков О.В., 1961). Высказывалось мнение о том, что нередко психопатии «проходят с наступлением зрелости организма» (Краснушкин Е.К., 1929). З.А. Соловьёва (1939) наблюдала сглаживание шизоидных черт в пубертатном возрасте. И.Л. Кулёв (1963) указывал на огромное значение в регрессионной динамике «органических психопатий» пубертатного периода. Уже обсуждавшаяся нами проблема невропатии и психопатии имеет несколько аспектов, прежде всего они встречаются на разных стадиях формирования личности. Невропатия рассматривается как болезнь роста, как проявление болезненного становления основных функций детского организма (Ушаков Г.К., 1987). Психопатия представлена болезненным состоянием («*pathos*») уже созревшей личности. Создание благоприятных условий для коррекции генетической и органической неполноценности составляет непреложное условие в формировании гармонии личностной индивидуальности.

Имеются попытки (Giel, 1965) формулирования критериев для суждения о здоровье личности: здоровый человек — это тот, кто способен сопротивляться «давлению» обстоятельств жизни, может преодолевать разочарования, удовлетворён семейной жизнью, лишён уклонений в сексуальной сфере, продуктивен в работе, не имеет признаков болезней. Биологические предпосылки, обнаруживаемые в инициальном постнатальном онтогенезе, служат залогом как грядущего становления аномальной структуры личности, так и возможной благоприятной динамики и ранней коррекции. При наличии условий для развития личности большое число «потенциальных невропатозов и психопатозов может быть переведено в разряд совершенно нормальных людей, нередко большой социальной ценности» (Гиляровский В.А., 1934).

Зрелый возраст и психопатии. В вопросе дальнейшей судьбы аномальной личности в последующие возрастные периоды имеются противоречивые точки зрения. Некоторые авторы (Суханов С.А., 1912; Рыбаков Ф.Е., 1917; Stafford-Clark D., 1952) указывали на малую изменчивость психопатических черт после завершения пубертатного периода. Ф.Е. Рыбаков (1917) показал, что явления дегенеративной психопатии проходят через всю жизнь,

хотя и встречаются случаи колебания «в смысле устойчивости психического равновесия и наличности отдельных симптомов». Применительно к данному аспекту нормальной персонологии можно использовать высказывание Агаты Кристи: трагедия человека в том, что он никогда не меняется. Между тем в клинической практике частыми являются наблюдения по постепенному смягчению, сглаживанию психопатических проявлений к зрелому возрасту. По В.Е. Осипову (1931), психопатическая личность в зрелые годы может настолько приспособиться к окружающей среде, что «болезненные реакции постепенно ослабевают и даже совершенно прекращаются». D. Henderson (1952) писал о возможном достижении с течением времени спонтанного улучшения. Однако психическая зрелость у психопатических личностей наступает в более поздние сроки, чем это бывает в норме.

На материале катамнеза подростков-психопатов R. Kochmann (1963) наблюдал у многих из них впоследствии хорошую трудовую и семейную адаптацию. H. Darling (1945), J. Read (1960) относят первые проявления расстройств личности к препубертатному периоду, они держатся на протяжении длительного времени и имеют тенденцию к сглаживанию после 40-летнего возраста. В работе И. Рида приводится 20 характеристик психопатической личности, причём все они исчезают на четвёртом десятке жизни. Поставив вопрос, почему это происходит, является ли это рождением одновременно и смертью аномальной личности или это экзацербация психопатических реакций в периоде созревания и зрелости – автор оставляет вопрос нерешённым.

Е.К. Краснушкин (1928) писал о многолетней длительной компенсации психопатического состояния. F. Fabregues (1954) отмечает повышение числа психопатов в молодом возрасте, а затем снижение симптоматики за счёт достижения степени адаптации к окружающей среде (личность «осоциологизируется»), смягчения характера и угасания импульсивных влечений. Gregori (1961) объясняет уменьшение числа психопатов после 40 лет достижением зрелости, повышением смертности и длительным пребыванием их в тюрьме. По мнению Е. Kahn (1928), многие психопаты, приближаясь к третьему десятилетию, выравниваются, делаются мягче и уступчивей, хотя некоторые из них под влиянием окончательного краха их надежд и череды жизненных неудач становятся ожесточённой и трудней.

Облигатные истерические симптомы, оставаясь в зрелые годы стержневыми, несколько смягчаются и затушёвываются, перекрываясь вторичными компенсаторными образованиями. В структуре этих симптомов отмечают умелое моделирование душевности, отзывчивости, выработка чувства ответственности, трезвого расчёта своих сил и возможностей (Семке В.Я., 1970–1988). Формированию относительной социальной адаптации содействует удачный выбор профессиональной деятельности, связанной с воплощением стремления «быть на виду» и использованием основных типологических свойств истерической личности (повышенная обращённость вовне, образное мышление, яркость восприятия, артистизм и богатство перевоплощения). Достижение необходимой личностной «экологической ниши» происходит за счёт многотрудных выборов и противоречивых поступков по методу поиска «проб и ошибок», однако полная регрессионная динамика в

этом возрастном периоде наблюдается крайне редко. Применительно к другим вариантам психопатий О.В. Кербиков (1952) высказал предположение, что они могут совсем исчезнуть при гармонизации направленного соотношения нервных процессов, тогда многие психопаты с возрастом «перестают быть таковыми». При благоприятных условиях нерезко выраженные психопатические натуры, по П.Б. Ганнушкину (1933), «выравниваются и ведут до глубокой старости нормальную трудовую жизнь, принимаясь окружающими за вполне здоровых людей».

Пресениум и психопатии. Вступление в поздний возрастной период приводит к преобразованию патохарактерологического облика. По словам И.Н. Шевелева, «скверный характер укорачивает жизнь, хороший характер – предпосылка долголетия». Общие психологические характеристики пресенильного возрастного кризиса заключаются в наклонности к депрессивным реакциям с оттенком тревоги, уменьшении творческой активности, потускнении эмоциональных переживаний, сужении круга интересов, нарастании ипохондричности. П.М. Зиновьевым (1959) отмечено активирование патологических черт характера психопатов под влиянием инволюции. Климакс, которому приписывается способность выявления эндогенных свойств личности, отчётливо проявляется у психопатических натур.

Эндокринные изменения создают почву для массивного и продолжительного ухудшения состояния. У лиц с психопатической структурой личности выраженность эндокринно-вегетативных нарушений значительна: продолжительный (в среднем 3,5 года) и нередко патологический климакс с приливами, тахикардией, потливостью, диэнцефальными расстройствами в виде озноба, головных болей, обморочных состояний, гипотонии, массы неприятных болезненных ощущений (Семке В.Я., 1965, 1980). На этом этапе впервые возникают навязчивые опасения умереть от «остановки сердца», злокачественного новообразования, страх одиночества. Обращают на себя внимание красочность и полиморфизм жалоб, их частая сменяемость, желание убедить окружающих в безнадёжности своего положения, близкой смерти.

В пресенильном возрасте усиливаются патохарактерологические черты. При меньшей сопротивляемости и стойкости, которыми обладает психопатическая личность, глубина пресенильных изменений становится наглядной. «Чем ярче, выпуклей, красочней психопатия, диагностируемая по нозологическому принципу, тем демонстративнее конституциональная реакция в психозе». Имеется в виду клиника пресенильных психозов, описанная Р.Е. Люстерником (1926, 1928). В личностном облике истерических психопатов начинают превалировать впечатлительность, капризность, театральность, эгоизм и эгоцентризм, незрелость и даже детскость суждений, несоответствие бурного выражения эмоций глубине переживаний, их инфантильная окраска, слабоволие. Имеет место преувеличенная психологическая реакция на половое увядание: состояние панической растерянности, тревожности с налётом трагичности («страшно быть дряхлым, беспомощным», «тягостно ожидать мучительного угасания жизни», «не покидает ощущение заброшенности и ненужности»).

Весьма патогномичной в динамике психопатий на инволюционном этапе является ипохондрическая симптоматика, варьирующая от подострых

ипохондрически-фобических и депрессивно-ипохондрических реакций до стойких ипохондрических развитий. В их происхождении существенную роль играют нарушения interoцепции (вследствие массивных эндокринных сдвигов) и церебрально-атеросклеротические изменения. Придавая значение роли сосудистого процесса, П.Б. Ганнушкин (1933) писал о двухэтапности его действия: вначале обостряет и выявляет, а затем сглаживает «конституциональные особенности личности». А.Н. Бунеев (1930) отмечал у эпилептоидных психопатов под влиянием возрастных и артериосклеротических изменений перерастание сверхценных идей в бредовые (с наличием сутяжного комплекса).

Психогенные воздействия в период пресениума у психопатических натур имеют определённую специфику. Состояния декомпенсации и психопатические реакции возникают на фоне нарастающей астенической симптоматики. На передний план выступает повышенная чувствительность к малым по интенсивности, но длительным внутрисемейным конфликтам и бытовым неурядицам. На мелкие житейские затруднения реагируют появлением длительных психогенных депрессий, стойких астенодепрессивных и астеноневротических состояний. У большинства пациентов колебания настроения сопровождаются слезливостью, тревожным беспокойством, приступами озлобленности и отчаяния, суицидальными высказываниями и попытками, сверхценными и бредоподобными идеями ревности.

С момента вступления в пресенильный возраст возрастает роль соматогений, служащих непосредственной причиной декомпенсаций (или выступающих в комбинации с психогениями). Имеет место преувеличенная реакция на соматическое заболевание. По мере прогрессирования соматических нарушений психогенные вредности отходят на второй план. Переплетение ситуационных и соматогенных компонентов поддерживает затяжное ухудшение состояния по типу «порочного круга». Отрицательные средовые воздействия находят выражение в обострении имевшихся в прошлом соматических болезней, в манифестации сосудистого процесса. Церебральный атеросклероз, уменьшая подвижность нервных процессов, снижает возможности адаптации. В стадии выраженной сосудистой патологии отмечается постепенное стирание патохарактерологических качеств, уменьшение внутренних ресурсов личности.

Психопатия и старение. Образ человека на заключительном этапе его жизнедеятельности привлекает внимание своей трагичностью, незащищённостью от социальных катаклизмов, беспомощностью и бесперспективностью. Человечество всегда стремилось постичь тайны угасания жизни, предпринимая усилия к раскрытию механизмов старения. Наш великий коллега Н.Н. Бурденко вполне справедливо полагал: «Тот, кто работает, всегда молод. Иногда мне кажется, что, может быть, труд вырабатывает какие-нибудь особые гормоны, повышающие жизненный импульс...»

Рост невротических и патохарактерологических реакций в старческом возрасте признаётся многими исследователями. Е. Greppi (1961) считает их основными заболеваниями этого периода. К болезненным проявлениям отнесены состояния тревоги и страха, неврастенический и астенодепрес-

сивный синдромы, истерия и обсессии. При психопатических формах, характеризующихся односторонним развитием аффективности, «старость дебютирует выходом на первый план эгоизма, душевной чёрствости, патологической скупости» (Ганнушкин П. Б., 1933). К. Ясперс (1923, 1959) оценивал душевную конституцию при психопатиях как прирождённую, стойкую и указывал на интенсификацию в старости подозрительности, жадности, эгоизма. «Особое развитие проделывают в старости... психопатические черты, в особенности там, где вследствие... благоприятных (семейных и иных) условий они культивировались и углублялись в течение всей жизни» – эгоизм, холодность, безразличие к окружающему, черты лживости, неустойчивости, отвращение к труду (Жислин С.Г., 1965).

Показательна динамика личностных расстройств в старости у истерических натур. Происходят нивелировка истерического способа реагирования, утрата живости и многогранности эмоциональных проявлений. Аффективные переживания становятся монотонными, колебания настроения не столь резкими, с депрессивной окраской, ущербными высказываниями и опасениями. Типичными являются демонстративные реакции протеста с требованиями выполнения всех капризов, объявлениями «голодовок», суицидальными попытками в присутствии родных. В жалобах «сквозит стремление к покою», усталость и безразличие к происходящему, а временами – «отвращение ко всему живому».

Существует и иная точка зрения на динамику истерии в позднем возрасте. С.А. Суханов (1912) считал, что истерия редко встречается у стариков, исходя из положения об истерии как болезни «человеческого духа», а в старости психическая эволюция заканчивается. Подобного мнения придерживался Ю.К. Белицкий (1911). Известно «сенильное развитие характера» у психопатических личностей, идущее по пути количественного сдвига в личностной структуре (Schneider K., 1933). С.И. Консторум (1959) приводит историю болезни истерической женщины, которая «до преклонного возраста... сохраняет в полной неприкосновенности весь облик пышной истеричности: сплошная аффективность, театральность, угрозы покончить с собой, при этом неугасающее желание нравиться».

Роль психогенных и соматогенных факторов. С.Г. Жислин (1956) рассматривает инволюционный психоз как «особый (пресенильный) тип реагирования на психогенные и соматогенные вредности». В динамике психопатического состояния значение придается соматическому звену, артериосклеротическим и органическим изменениям мозга, которые «обостряют и выявляют, а затем сглаживают конституциональные особенности личности». П.Б. Ганнушкин (1983) и Д.А. Аменицкий (1934) отмечали у психопатов более раннее наступление церебрального артериосклероза.

Проведено клинико-катамнестическое обследование 86 психопатических личностей в возрасте от 50 до 85 лет (средний возраст 65 лет), которые были распределены по четырем группам – возбудимые, тормозимые, истероидные и паранойяльные (Семке В.Я., 1965). В исследование не вошли малодифференцированные и сложные (полиморфные) формы психопатий, случаи с рано возникшим и выраженным злоупотреблением алкоголем, сексуальные психопатии. Подобный отбор объясняется стремлением отразить

возрастную динамику психопатий в часто встречающихся и «чистых» вариантах, не представляющих диагностических затруднений.

Группа возбудимых психопатий состояла из 23 больных (12 мужчин и 11 женщин) от 52 до 74 лет (в среднем 64 года). Группа тормозимых психопатий охватывала 23 больных (14 мужчин и 9 женщин) от 55 до 84 лет (в среднем 66,2 года), состояла из 14 психастенических, 6 астенических, 3 шизоидных психопатов. Группа истероидной психопатии включала 22 больных (5 мужчин и 17 женщин) от 50 до 81 года (в среднем 63,2 года). Группа паранойяльной психопатии объединяла 18 больных (6 мужчин и 12 женщин) с колебанием возраста от 50 до 85 лет (в среднем 66 лет), в том числе 37 мужчин и 49 женщин.

Основной метод — клинико-катамнестический. Длительность катамнестического обследования варьировала от 3 до 45 лет, но большинство больных прослежены с продолжительным сроком катамнеза (свыше 15 лет). Началом катамнеза является первое обращение в диспансер или стационарирование в психиатрическую больницу. Обычно к этому моменту уже имелись клинические признаки сформировавшейся психопатии. 68 пациентов ко времени обследования продолжали находиться под психиатрическим наблюдением. Психопатическая симптоматика в этих случаях оставалась выраженной (12 из них обратились к врачу впервые в инволюционном возрасте ввиду резкого ухудшения психопатического состояния). Остальные 18 больных в последние годы не посещали диспансер, поэтому выпали из поля зрения психиатров. Для больных характерна удовлетворительная адаптация к окружающим условиям в зрелые годы со значительным смягчением психопатических проявлений.

Клинико-катамнестические данные позволили выделить два этапа в динамике психопатий позднего возраста — инволюционный и старческого регресса. Первый из них охватывает период от 50 до 65 лет (15 мужчин и 27 женщин) и проходит под знаком воздействия эндокринно-психологических факторов. Второй этап наступает после 65 лет (22 мужчины и 22 женщины) и характеризуется влиянием органического (сосудистого и сенильного) процесса. Распределение больных по периодам соответствует общепринятым возрастным стандартам.

Начало инволюционного периода у психопатических личностей было отмечено усилением, заострением прежних характерологических свойств и нередко сопровождалось появлением новых, не свойственных данному психопату особенностей. Пресенильный сдвиг вносил коррективы во всю психопатическую структуру личности. Наблюдаемые в этом возрасте патологические процессы имели разную оформленность и стойкость. Определяющими условиями являлись уже сложившийся в зрелом возрасте конституциональный «строй» личности, темп пресенильных изменений, присоединение к ним сосудистого и атрофического процессов, психогенные влияния и воздействие общественно-психотической ситуации, возникающей в возрасте обратного развития.

Патогенная роль ситуационных воздействий в ухудшении состояния на инволюционном этапе была ведущей, хотя и специфичной. Декомпенсации вызывались малыми по интенсивности и выраженности психическими

травмами: это длительные внутрисемейные и служебные конфликты, мелкие бытовые неурядицы, актуализация прошлых жизненных переживаний и неудач. Клиническая картина ухудшений состояния была разнообразной, часто встречались депрессивные, астенические, истерические, паранойяльные, obsessивные и фобические синдромы. Протекая с участием биологического фактора, эти состояния были устойчивы, мало обратимы и способствовали патологическому развитию личности.

Влияние оказывали и факторы социально-психологического порядка: перемены в привычном укладе жизни, изменения условий труда и быта, понижение работоспособности и переход на пенсию. В этих ситуациях развивались невротические состояния с переживанием собственной малозначимости, неуверенности и тревожности. Отчетливо подобные закономерности выявлялись у истероидных и тормозимых психопатов. У некоторых больных (из группы возбудимых и паранойяльных) с возрастом наступало ухудшение социальных контактов и усиление паранойяльного реагирования вследствие утраты прежней гибкости и приспособляемости, нарастания консерватизма мышления, недостаточной критичности.

Клиническая динамика психопатий на этапе старческого регресса прослежена у 44 больных (13 возбудимых, 12 тормозимых, 8 истероидных и 11 паранойяльных психопатов). Для старческого периода характерно снижение роли ситуационных воздействий и возрастание значимости органического (сосудистого и атрофического) мозгового процесса. Реактивные состояния у психопатических индивидов в старческом возрасте были непродолжительными по течению и бедными по клиническому оформлению. Типична избирательность по отношению к некоторым психогенным воздействиям. Большое значение приобретали ситуации угрожающие – мнимо или реально – созданию благополучию личности, её дальнейшему существованию, а также социальная изоляция и чувство одиночества, покинутости (вынужденный уход из семьи, обособление от родных и близких, атмосфера недоверия и подозрительности). В этих условиях возникало патологическое развитие характера, выразившееся в усилении и выдвигении на первый план настороженности, недоверия, черствости, замкнутости и отгороженности. Наиболее частый фон настроения, сопровождавший это состояние, – депрессивный. Подобные изменения наблюдались у властных, деспотичных и эгоцентричных натур. Причем протекали они при малой затронутости или полной интактности интеллекта и выражались в количественном нарастании характерологических свойств.

Психопатическое поведение в старости в ответ на внешние трудности в основном содержало истерическую симптоматику. В ней отражались ущербные переживания больных, при этом акцент переносился на эгоистические и эгоцентрические тенденции личности: повышенная требовательность, капризность, объявление голодовок, демонстративные суицидальные высказывания и попытки. Непереносимыми оказывались даже незначительные физические и интеллектуальные перегрузки. Особенности клинических проявлений динамики психопатий в инволюционном и старческом возрастах зависели от типа психопатии у данной личности.

Клиника возбудимых (эксплозивных) состояний. Первыми признаками наступающего возрастного увядания в группе психопатий служили

артериосклеротические изменения, появлявшиеся уже в сравнительно молодом возрасте (35–40 лет). Их возникновение усиливало присущие личности характерологические свойства: взрывчатость и раздражительность приобретали оттенок озлобленности и агрессивности, учащались приступы тоскливо-злобного настроения со смесью тревоги, растерянности и слабодушия, уродливо выпячивались эпилептоидные компоненты личности. Аффективные реакции при нарастании сосудистого процесса возникали по незначительному поводу, приобретали диффузный, генерализованный характер. Артериосклеротические нарушения подготавливали качественный сдвиг психопатической личности в сторону паранойяльного, ипохондрического или истерического реагирования. Обычно для этого нужно было действие дополнительной ситуационной или соматогенной вредности. Невротические реакции имели депрессивную и ипохондрическую окраску. Из психогенных переживаний основное место занимали конфликтные отношения в кругу семьи, вытекавшие из чувства утраты положения «главы семьи» и кажущегося неповиновения родных и близких.

При прогрессировании артериосклеротических и сенильных нарушений психопатическая симптоматика смягчалась и бледнела, утрачивалась прежняя конфликтность, на смену ей выступали раздражительность, брюзжание, придирчивость и мелочность. Тоска заменялась унынием и постоянной слезливостью. При выраженных органических расстройствах психопатические проявления замещались старческими — неряшливость, скупость, назойливость, недоверчивость и подозрительность, «поглупение». Выраженными были мнестические и интеллектуальные нарушения. В целом у возбудимых психопатов физическое и психическое одряхление наступало в более ранние сроки, чем в остальных группах психопатий.

Многими авторами (П.Б. Ганнуншин, М.О. Гуревич, Е.К. Краснушкин, Я.П. Фрумкин, Э. Крепелин, О. Бумке и др.) устанавливается связь формы психопатии если не с эпилепсией, то с судорожной готовностью головного мозга. Наличие у психопатов припадков, похожих на эпилептические, было отмечено Н. Oppenheim, Bratz, K. Bonhoeffer, П.Б. Ганнушкиным; Герум писал о «частичном симптоматическом сходстве с эпилепсией». В 30-е годы XX столетия вышло несколько работ (А.Н. Бунеев, Г.Г. Бойно-Родзевич, И.Я. Завилянский, И.А. Мизрухин и др.), посвященных типологии, клиническому описанию и динамике эпилептоидной психопатии. Данную форму относят в группу возбудимых или эксплозивных психопатий. О.В. Кербиков считал её вариантом возбудимой психопатии и выделял стереотип динамики у возбудимых психопатов: на первых порах они дебютируют чертами возбудимости и взрывчатости, затем проявляют склонность к дисфории, появляются эпилептоидные (в понимании Ф. Минковской) черты — вязкость, педантизм. Имеются единичные указания (А.Я. Левинсон) на изменение в последние годы жизни клинической динамики эпилептоидной психопатии; несмотря на патологию характера, их общественно-трудовая и семейная жизнь протекает без потрясений.

Постановка диагноза эпилептоидной психопатии представляет трудности в плане отграничения её от прогрессирующего эпилептического процесса. Дифференциальная диагностика осложняется отсутствием единства взгля-

дов на сущность этих страданий. Однако болезни распознаются не только по симптомам, но и по их развитию и течению. Принцип динамики психопатий, выдвинутый П.Б. Ганнушкиным и продолженный О.В. Кербиковым, позволяет наметить пути к разрешению имеющихся трудностей.

Проведенное нами клинико-катамнестическое обследование группы психопатов пожилого возраста (13 пациентов) дало возможность уточнить особенности динамики психопатий на завершающем этапе жизнедеятельности. По личностным качествам все они были отнесены к эпилептоидному варианту (в прошлом им ставился диагноз «эпилептоидная психопатия»). Среди обследованных было 6 женщин и 7 мужчин. Возраст больных колебался от 55 до 78 лет (8 психопатов прослежены на этапе старческого регресса). В клинической картине эпилептоидного варианта возбудимой психопатии имелись первичные (облигатные) и вторичные (факультативные) признаки. Первый из них представлен патологическими особенностями личности, относящимися к соматобиологическим – повышенная готовность к аффективным и двигательным разрядам, частые спонтанные дисфории, «вязкость психических процессов» (Ф. Минковская); второй обусловлен ситуационными, средовыми воздействиями. Преобладание в динамике психопатических состояний роли первого ряда качеств позволяло расценивать их как «ядерные», конституциональные психопатии.

Начальные проявления психопатии относились у большинства обследованных к детскому или юношескому возрасту, уже на первых этапах формирования возбудимой психопатии решающая роль принадлежала эпилептоидным качествам: взрывчатость с бурными аффективными разрядами (гневливость, брутальность, агрессивность) и расстройствами настроения, раздражительность, двигательное беспокойство. Уже в молодом возрасте преобладали эпилептоидные черты: вязкость, обстоятельность, аккуратность и мелочный педантизм, деспотичность и злопамятность, упорная настойчивость с повышенной самооценкой. В ряде случаев имела место гиперсоциальность больных; их отличала непреклонная прямолинейность в отстаивании интересов коллектива, утрированная борьба «за правду и справедливость». У некоторых больных, помимо этих симптомов, имелись истерические черты, которые наиболее рельефно обнажались при реактивно обусловленных декомпенсациях (истерические реакции в виде потери речи, спазмов в горле, неудержимого плача, взрывов отчаяния и безысходной тоски, сумеречных расстройств сознания, выраженного эгоцентризма, нарочитости и театральности поведения).

У большинства больных эпизодически развивались судорожные припадки, возникавшие после неприятностей и волнений. Развивались они постепенно, начинаясь обычно с головных болей, головокружений, ощущения тумана в голове (всё вокруг становилось неясным», «уплывало куда-то», «обносило»), стремления бежать, уединиться от людей. Припадки отличались значительным полиморфизмом и нередко походили на истерические: больные рвали на себе одежду, вытягивались в струну, дико кричали. Продолжались длительный срок, возвращение к ясному сознанию происходило постепенно и не заканчивалось сном. Редко имели место и настоящие эпилептические припадки, однако их появление не отражалось на общем

развитии больных: отсутствовали признаки прогрессивного процесса (завершали школу или вуз, сохранялась прежняя работоспособность), многократные тщательные обследования не выявляли симптомов органического поражения головного мозга.

Прослеженная на значительном отрезке времени клиническая динамика эпилептоидной психопатии имела много общего с основными закономерностями динамики психопатий при других формах и протекала по типу **«психопатического цикла»** (О.В. Кербиков) с постепенным утяжелением патохарактерологических свойств. Вместе с тем в зрелые годы состояния возбуждения становились незначительными, не было прежней контрастности в колебаниях настроения, припадки возникали чрезвычайно редко. Биологическое звено как бы выравнивалось, уступая место психогенным влияниям в появлении ухудшений состояний. В ряде наблюдений имели место компенсированные и латентные формы психопатий, проявившиеся с прежней силой в инволюционном периоде. В условиях полового увядания обнажалось патологическое «ядро» личности, гротескно заострялись ведущие психопатические черты, усиливалась с возрастом присущая эпилептоидным психопатам инертность основных нервных процессов. О ведущем значении биологического фактора свидетельствовали данные анамнеза: у женщин с большей силой, чем у мужчин, выступала болезненная реакция на эндокринный сдвиг.

Первыми признаками возрастного увядания являлись артериосклеротические изменения, возникавшие у данных больных в сравнительно молодом возрасте (35–40 лет) и видоизменявшие, в основном, аффективно-волевую сторону психики. Резко возрастала взрывчатость, правда, с налетом астении, по малейшему поводу развивалась генерализованная реакция с длительным застытием, фиксацией аффекта. На протяжении нескольких дней после таких вспышек больные оставались мрачными, неразговорчивыми, учащались приступы тосливо-злобного настроения с примесью тревоги, растерянности и слабодушия, упорными суицидальными мыслями. Наряду с усилением возбудимости крайне уродливо выступали такие черты личности, как утрированная аккуратность, пунктуальность, вязкость и обстоятельность мышления.

С возрастом наступало ухудшение социальных контактов («социальная дезадаптация») вследствие повышения стеничности, конфликтности, подозрительности, усиливающегося консерватизма мышления и недостаточной критичности. Артериосклеротические нарушения подготавливали качественный сдвиг психопатической эпилептоидной личности в сторону паранойального или истерического реагирования. На семейные и служебные конфликты реагировали появлением сутяжно-кверулянтных реакций и раз витий, паранойдной настороженности, сверхценных идей ревности. Церебральный артериосклероз благоприятствовал возникновению у обследованных больных реактивных состояний (факт, отмеченный Я.П. Фрумкиным).

В общем комплексе изученных возбудимых психопатов эпилептоидные личности занимали наибольший удельный вес по числу госпитализаций. Длительность их пребывания в стационарах была довольно значительной, что объяснялось продолжительностью и частотой состояний декомпенса-

ций. В связи с увеличением в позднем возрасте числа хронических общесоматических заболеваний часто встречался соматогенный вариант развития ухудшений состояний с преобладанием в клинической картине ипохондрических реакций и развитий.

Соматогенная астения делала психику пожилых epileптоидных психопатов еще более ранимой в отношении ситуационных воздействий, среди которых первое место занимали факторы социально-психологического порядка. Наиболее значимыми оказывались ситуации, связанные с реальной или мнимой потерей прежних жизненных позиций. В этих условиях развивались невротические состояния с переживанием собственной малоценности, неуверенности и тревожности, усугублявшие депрессивные и ущербные высказывания больных. У 6 психопатов в инволюционном возрасте наблюдались психотические состояния различной продолжительности и клинической оформленности (бред ревности, преследования, виновности и отрицания – синдром Котара).

Ухудшения состояний на почве психогений нередко сопровождались резким усилением двигательных актов с выраженными разрушительными тенденциями, агрессией, с определенной степенью сужения сознания и частичной амнезией на происходящее. Изменение настроения шло по типу нарастания безотчетной тоски, растерянности, интенсивного страха и панического ужаса перед надвигающейся дряхлостью и старостью. Заметно подчеркивались патохарактерологические свойства личности: становились еще более возбудимыми, конфликтными, кверулянтными, «устроивали невообразимые склоки». От малых доз алкоголя больные быстро пьянели, делались драчливыми и скандальными, появлялись продолжительные судорожные разряды», обморочные состояния. Припадки по-прежнему носили атипичный характер, сохраняя сходство с истерическими.

В старческом возрасте, с постепенным прогрессированием атрофических и сосудистых нарушений, происходило обеднение аффективно-волевой деятельности. Психопатическая симптоматика значительно бледнела и смягчалась, аффективные вспышки приобретали крайне рудиментарный характер, утрачивалась прежняя конфликтность, на смену ей приходили импульсивная раздражительность, постоянное брюзжание, придиричивость и мелочность. Заметно ослабевало стеническое «жалоб» личности, наблюдались глубокая погруженность в собственные переживания и медленное нарастание вялости, пассивности, «покорности судьбе». Тоска заменялась унынием, подавленностью, продолжительной слезливостью. Наиболее стойкими оказывались прежние epileптоидные качества личности в виде чрезмерной обстоятельности, педантизма, лживости, эгоизма и эгоцентризма. Из факторов социально-психологического порядка наиболее патогенной представлялась специфическая ситуация, связанная с относительной социальной изоляцией и чувством одиночества, покинутости. Она развивалась вследствие вынужденного ухода из семьи, обособления от родных и близких, появления атмосферы недоверия и подозрительности. Нередко роль такой социальной ситуации в динамике психопатического состояния оказывалась первенствующей и способствовала своеобразному развитию характера с выдвиганием на первый план таких черт, как настороженность,

недоверчивость, замкнутость и обособленность от окружающих, черствость, боязнь обнищания. В его формировании имело значение усиление консерватизма мышления и непонимания реального хода событий – как в семье, так и в обществе.

Отличительная особенность подобного психологического развития характера состояла в том, что оно протекало на фоне малой затронутости или полной интактности интеллектуально-мнестических способностей. Для психопатических индивидов характерным являлось их активное участие в создании такой специфической обстановки «социальной изоляции», когда возникающая вокруг них атмосфера «отчужденности и враждебности» была обязана своим происхождением аномальному складу характера и патологическому способу реагирования на окружающее. Наиболее частый фон настроения, сопровождающий эти состояния, – депрессивный.

В целом в группе эпилептоидных психопатов рано начинали формироваться выраженные мнестические расстройства, ослабление интеллекта, падение инициативы. Отмечалось усиление головных болей и головокружений, общей слабости и утомляемости, во все большей мере проявлялись признаки физического одряхления. При выраженном сенильном процессе наблюдалось замещение психопатических черт характерологическими особенностями, свойственными старческому возрасту. Обращали на себя внимание поразительная неряшливость, скупость, назойливость и подозрительность. Значительное место в клинической картине занимали ущербные и ипохондрические идеи.

Психастенические (ананкастические) и иные тормозимые расстройства. В эту группу входили психопатические натуры, объединяемые наличием общего для всех признака – тормозных реакций, «слабости нервных процессов со склонностью к пассивному торможению». Она состояла из психастенических, астенических и шизоидных психопатов.

С наступлением инволюционных изменений у психастенических личностей наблюдалось усиление прежних черт тревожности, мнительности, обострение навязчивых страхов и опасений. Частые и повторные массивные ухудшения состояния на почве пресенильных и соматогенных нарушений приводили к возникновению фобических, obsessивных, астенических, ипохондрических развитий. Ухудшающееся самочувствие и ослабление жизненного тонуса были сопряжены со страхом преждевременного вынужденного ухода на инвалидность, паническим опасением «не дотянуть до пенсии». Важную роль в появлении своеобразных «дезадаптационных реакций» играли социально-психологические факторы, связанные с переменой привычных условий и изменением обычного жизненного ритма. Нарастали неуверенность, тревожность, растерянность, двигательная и интеллектуальная заторможенность, отсутствие инициативы, угнетенное настроение. В старческом возрасте происходило появление не свойственных ранее вспыльчивости, грубости, несдержанности и раздражительности. С наступлением артериосклеротических изменений отмечалось расторможение в эмоциональной жизни и сфере влечений. Усиливались, гипертрофируясь, вязкость, пунктуальность и обстоятельность таких личностей. Постепенно

смягчались и исчезали навязчивости, уступавшие место ипохондрическим переживаниям.

У *астенических* психопатов с появлением инволюционных изменений нарастали вялость, подавленность, однообразие в поведении с предъявлением массы ипохондрических жалоб и фобических опасений. Обращали на себя внимание соматические расстройства по типу сенестопатий, невротических и вегетативно-сосудистых нарушений. Более рельефными становились присущие им психопатические черты: ранимость, обидчивость, застенчивость, нерешительность. Старческие изменения в психике наблюдались у 2 больных из 6 и сопровождались усилением пассивности, угрюмости, необщительности и интеллектуальным снижением.

Начало периода увядания для *шизоидных* психопатов характеризовалось возрастанием патологической замкнутости, отгороженности, чрезмерной сенситивности, чувства беспомощности и неуверенности за будущее. Реактивно-обусловленные ухудшения состояния включали истерические и паранойяльные признаки: капризность, подозрительность, настороженность и недоверчивость. Старческие наслоения выражались в эгоцентризме, тревожной настроенности, усиливающейся вялости, расчетливости и скупости. Отчетливым становилось стремление к уединению, усиливалось угрюмо-мрачное настроение с мыслями о близкой смерти.

Истерические (диссоциативные) расстройства. Для представителей этой подгруппы вступление в поздний возраст приводило к преобразованию психопатического облика. Климатерические изменения создавали почву для массивных и продолжительных ухудшений состояний. Выраженность эндокринно-вегетативных нарушений у больных истерической психопатией была значительной. Наблюдался продолжительный (в среднем 3,6 года) и нередко патологический климакс с частыми приливами, тахикардией, потливостью, дисэнцефальными расстройствами в виде озноба, головных болей, гипотонии, обморочных состояний, парестезии конечностей. На этом фоне впервые появлялись навязчивые опасения умереть от «остановки сердца», злокачественного новообразования, страх темноты, одиночества. Обращали на себя внимание красочность и полиморфизм жалоб, их частая сменяемость и желание убедить окружающих в безнадежности своего положения, близкой смерти.

С момента вступления в инволюционный период повышалась роль соматогений; большей частью имела преувеличенная реакция на соматическое заболевание. У 27 из 34 больных, обследованных в период позднего возраста, наблюдались явления общего и церебрального атеросклероза, у 8 – гипертоническая болезнь и стенокардия, у 3 – нарушения мозгового кровообращения. Желудочно-кишечные заболевания (хронический гастрит, колит, холецистит, язвенная болезнь) обнаружены у 12 больных, у 3 больных – сахарный диабет в компенсированной стадии. По мере прогрессирования соматических нарушений психогенные вредности отходили на второй план. Сложное переплетение ситуационных и соматогенных компонентов поддерживало затяжное течение ухудшений состояний по типу «порочного круга». Отрицательные средовые воздействия находили выражение в об-

острении имевшихся в прошлом соматических заболеваний, манифестации сосудистого процесса.

Больная А.З.Ф., 1939 г.р., пенсионер, лечилась в НИИ психического здоровья с 7 по 31 октября 1997 г. и с 25 октября по 24 ноября 2005 г.

Анамнез жизни. Тетя по линии отца страдала «патологической ревностью», отец умер в возрасте 78 лет от рака желудка, по характеру добрый, спокойный, рассудительный, отзывчивый. Младшая сестра, 63 лет, добрая, внимательная, заботливая, властная, авторитарная, с детства была лидером в семье, при ней пациентка всегда чувствовала себя «младшей», хотя была старше по возрасту. Родилась первым ребенком в семье, в 4 года перенесла отравление угарным газом. По характеру росла живой, общительной, веселой, предпочитала активные игры, зачастую выступала их организатором и «играла главные роли», нравилось быть в центре внимания, была капризной, добивалась своего. Участвовала в легкоатлетических соревнованиях, занималась общественной работой, играла в школьных спектаклях, художественной самодеятельности, с удовольствием выступала, легко вживалась в роль. Окончила университет, 5 лет работала метеорологом в аэропорту, вышла замуж по любви (в 28 лет). Работала в горкоме, сильно волновалась, в горле пересыхало, чувствовала горечь во рту, сердцебиение (подобная реакция на стресс является характерной для пациентки с детских лет). С 35 лет (1974 г.) стали беспокоить урчание, бурление, переливание в животе, метеоризм, запоры, возникавшие при волнении. В возрасте 40 лет появились неприятные ощущения в животе, боли, «сильно похудела», появились мысли о раке, страх онкологического заболевания, тревога, «вынесла себе приговор, завещание написала». В 47 лет была прооперирована по поводу отосклероза, после операции развилось стойкое снижение слуха. Менопауза с 50 лет, климакс протекал без существенных психовегетативных проявлений, но на его фоне стали нарастать слабость, колебания настроения, раздражительность. Испытывала напряжение, переутомлялась, нарушался сон, появлялись «ноющие» боли внизу живота, ощущения «вздутия, распирания», урчания, переливания в животе, метеоризм, усиливались запоры. Ситуацию усугубил перевод на другую должность «в связи с перестройкой»: «потеряла в зарплате», но в большей степени угнетала утрата статуса, престижа работы; снизилось настроение, нарастала слезливость, появились «ноющие», «тянущие» боли в правой ягодице и по задней поверхности правой ноги. В 1997 г. появились ревнивые подозрения, «не могла найти себе места». Разубеждения со стороны мужа и дочери были безуспешными, «умом понимала, что не права, но в душе продолжала ревновать». Стала обидчивой, слезливой, раздражительной, придирчивой, «доводила мужа, устраивала истерики». Снизилось настроение, нарушился сон, присоединились головные боли. Казалось, что в коллективе знают о её «слежке», подсмеиваются над ней. В силу снижения слуха не всегда могла разобрать, о чем говорят окружающие, часто относилась это на свой счет, стеснялась своего «дефекта», обижалась, замыкалась в себе.

Впервые обратилась в клинику НИИ психического здоровья, прошла стационарное лечение. При поступлении предъявляла жалобы на безосновательную ревность к мужу, слезливость, раздражительность, пониженное

настроение, слабость, утомляемость, нарушения сна, «онемение» левой руки, «перехватывание» горла при сильном волнении. В отделении чувствовала себя комфортно, но общалась ограниченно. Настроение было снижено. О своей проблеме говорит со стеснением, придвигается к врачу, понижает голос, оглядывается, чтобы убедиться, что никто не слышит. К своему состоянию критична, признает необоснованность идей ревности, но поделаться с ними ничего не может, причин своего поведения не понимает. Демонстративна, инфантильна, эгоистична, требует повышенного внимания к себе. В процессе лечения получала феназепам, экстракт алоэ, стугерон, витамины группы В, никотиновую кислоту, рациональную психотерапию. После выписки отмечала улучшение, окончательная редукция идей ревности произошла после выхода на пенсию, ограничила общение, сидела дома с внучкой, занималась огородом. «Жизнь была серой», стала раздражительной, придирчивой, обидчивой. Переезд дочери в соседнюю квартиру ухудшил отношения с ней: вмешивалась в её семейные дела, поучала, «жила на две квартиры», «погрузилась в проблемы дочери». Вскоре дочь развелась с мужем, в чем пациентка винит себя, «всё принимала близко к сердцу», снижалось настроение, беспокоили «тупые» боли в гипогастрии, вздутие живота, метеоризм, урчание, переливание, запоры. При сильном волнении, физических нагрузках возникали «давящие», «жгучие» боли в эпигастрии, которые пациентка считала проявлением гастрита. Госпитализировалась в гастроэнтерологическое отделение городской больницы № 3, был установлен диагноз синдрома раздраженной толстой кишки. В марте 2004 г. после физической нагрузки (помогала дочери делать ремонт в квартире) перенесла инфаркт миокарда с рвотой, сильной болью за грудиной. Через неделю лечения вновь появились «жгучие» боли в сердце, «врачи говорили об отрыве тромба». Прислушивалась к своим ощущениям, отмечала, где и что заболело, обращалась с жалобами к лечащему врачу. Появлялись «давящие», «опоясывающие» боли в эпигастрии. При выписке появилась легкая боль в левой половине груди, пациентка была сильно обеспокоена, строго придерживалась диеты. Усилился эгоцентризм, стала манипулировать семьей с помощью своего заболевания, «запустила» домашние дела, фактически занимается только приготовлением себе диетических блюд пять раз в день, но даже при такой диете, «перестраховываясь», принимает панзинорм после еды, предъявляет претензии: «вы меня не бережете», «со мной надо осторожно». Обижается, когда ей говорят, что она «не настолько больна, чтобы жить болезнью».

Соматическое состояние. Инфантильно-грацильного телосложения, рост 156 см, масса 46,8 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. Печень не увеличена. Болезненность, урчание при пальпации по ходу толстого кишечника. Окулист: начальная катаракта левого глаза, гипертензивная ангиопатия. Невролог: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, грыжа межпозвонкового диска в стадии ремиссии, корешковый синдром L₅-S₁. Психолог: в актуальном состоянии эмоциональная неустойчивость, склонность к депрессивным реакциям, ипохондрическая сосредоточенность на симптомах как средство манипулирования окружающими и для решения

внутриличностной проблематики у личности с истерическими, тревожными, ригидными чертами. В когнитивной сфере истощаемость, инертность, наиболее измененными являются функции внимания.

Психическое состояние. Сидит в открытой позе, жестикуляция экспрессивная. Мимика театральна. Мышление последовательное, ближе к конкретному. Речь периодически по типу монолога. Предъявляет жалобы на навязчивые мысли о своем заболевании, «погруженность в болезнь», сниженное, связанное с плохим самочувствием настроение, слезливость, тревогу, беспокойство, напряженность, общую слабость, «тяжесть» в голове, головокружение, сердцебиение, «нехватку воздуха», приступы жара, жжения в теле, «давление в эпигастрии, урчание, бурление, переливание в животе, запоры, «шевеление» в области печени, опоясывающие боли в эпигастрии, сухость, горечь во рту, бессонницу. Активно ищет контакта с лечащим врачом и медперсоналом, предъявляет множественные жалобы на болевые, неприятные ощущения в теле. Строго придерживается диеты. Фиксирована на своем состоянии, говорит, что уже устала так жить, но при этом о своей болезни рассказывает с упоением, заметно оживляется, особенно, на публике. Постоянно контролирует пульс и артериальное давление. Демонстративна, внушаема, эмоциональна. Соглашается измерить вес, если её будут сопровождать; стоя на весах, крепко зажмуривается, говорит, что боится посмотреть на показания весов.

На фоне лечения редуцировались болевые ощущения, слезливость, тревога, страхи, психовегетативная симптоматика, уменьшилась фиксация на своем состоянии, улучшились настроение, аппетит, сон, расширилась диета, поправилась до 48 кг. С удовольствием общается в кругу семьи, со знакомыми, занимается домашними делами, гуляет. Строит реальные планы на будущее.

Анализ наблюдения. Преморбидный склад личности отличается тревожностью, мнительностью, впечатлительностью, внушаемостью, живостью, непосредственностью, потребностью постоянно быть в центре внимания. Выявляются также черты стеничности, упорства, застреваемости, характерные для паранойяльного радикала. Истерические черты способствовали их смягчению и облегчению межличностных взаимодействий. Волнение, стрессы в течение жизни у пациентки всегда сопровождалось психовегетативными реакциями. Соматизация психических переживаний впервые отчетливо проявилась в 35 лет, что связано с повышенным уровнем производственного напряжения, невозможностью отреагировать. Наличие паранойяльных черт способствовало длительной фиксации пациентки на психотравмирующих ситуациях. В возрасте 40 лет на фоне обострения соматического статуса, снижения массы тела появились нозо- и канцерофобия, на фоне соматотропной терапии страхи редуцировались. Снижение слуха (с 47 лет) также содействовало трудовой и социальной дезадаптации. С 50 лет начался климакс с колебаниями настроения, повышенной раздражительностью, придирчивостью, протекавшими на фоне ряда значимых психогений, социальной и экономической нестабильности. Существенное ухудшение состояния с дальнейшим развитием ипохондрической симптоматики произошло после перенесенного в 2004 г. инфаркта миокарда и по-

следующей операции стентирования коронарных артерий. Установление диагноза хронического панкреатита вновь сместило локус фиксации в сторону развития абдоминальной симптоматики в области живота с «тематической» переоценкой ощущений со стороны других систем органов.

При появлении церебрального атеросклероза наблюдалось преобразование личностного облика. На этапе пресклероза возникали глубокие и продолжительные декомпенсации под влиянием прежде малозначимых микро-социальных погрешностей с наклонностью к кумулированию патогенных вредностей. В дальнейшем происходило заострение психопатических черт: претенциозность, себялюбие, лживость, тяга к вымыслам. Фантазии, несмотря на их связь с психогенией, приобретали стереотипный характер, без учета реальной обстановки. По мере усиления сосудистых расстройств ухудшались социальные контакты вследствие утраты прежней гибкости, эмоциональной подвижности, усиливавшегося эгоцентризма, требовательности к окружающим. Анализ прошлого, ретроспективное припоминание перенесенных обид и оскорблений приводили к неверной трактовке жизненных неудач и разочарований, а неисполнение собственных замыслов и планов содействовало паранойальному реагированию, поиску якобы существующей оппозиции.

Больная М., 1927 г.р.

Анамнез жизни. Наследственность психопатологически отягощена: младший брат страдал шизофренией, многократно лечился в психиатрической клинике, несколько лет назад умер в доме-интернате для психохроников. Отец активно алкоголизировался, в 42 года в состоянии алкогольного опьянения совершил убийство, скончался в местах лишения свободы. Мать слабовольная женщина, склонная к ипохондрическим реакциям. Умерла в 52 года от онкологического заболевания. Закончила 10 классов, затем техникум, получив специальность бухгалтера. Со слов дочери, всегда отличалась «стервозным» характером, на работе не любила, но боялись её «тяжелого» нрава. В одежде предпочитала яркие оттенки: «я не колхозница... и не серая мышь». Вела себя вызывающе, в связи с чем был организован товарищеский суд, вынесший предупреждение «за следование буржуазной моде». Часто конфликтовала с сотрудниками. Замужем с 24 лет, «вышла замуж, потому что все выходили... мужа не любила... он мне жизнь сломал». Была склонна к супружеским изменам, в течение жизни с мужем многократно покидала его, «каждый раз находила ... неземную любовь». После каждой измены возвращалась и продолжала конфликтовать с мужем. Имеет психически здоровую дочь, внука. На пенсии с 60 лет: «работала до последнего... они хотели уволить меня раньше, не понимали, что я самый лучший специалист в отделе... но я так просто не ушла... устроила скандал». После выхода на пенсию познакомилась на улице с ранее судимым лицом кавказской национальности, вступила с ним в сожительство, привела в дом, несмотря на протесты дочери. Вскоре сожитель уехал в Грузию, после чего состояние ухудшилось: стала слезливой, эмоционально неустойчивой, появилась ранее не свойственная ипохондричность, фиксированность на соматическом здоровье и внешности. Много времени проводила перед зеркалом, стала ярко и вызывающе использовать макияж.

Обострение вызвано конфликтом с соседкой, в результате которого усилились и участились головные боли, стала раздражительной, капризной, в течение нескольких часов настроение менялось от эйфорично-приподнятого до тоскливо-злобного, с гневливостью и агрессивным отношением к родственникам и себе. 6 декабря заявила дочери, что «все надоело», «хочу напиться и умереть». Вынудила дочь сопровождать её в «прогулке по городу» в течение 4 часов. Вернувшись домой, закрылась в ванной и заявила: «Если через 2 часа мне сюда водки не принесут, то я повешусь». Когда намеченный срок истек, нанесла себе поверхностные порезы на запястье, потом попыталась совершить самоповешение, но «стало страшно». Когда дочь взломала дверь, сообщила, что «решила немного еще помучиться», после чего спокойно смотрела телевизионную программу. В течение 2 недель сохранялась эмоциональная лабильность от рассудительности до взрывов аффекта с демонстративным поведением, крикливым и шумным выражением протеста против привычных норм, резкостью, утрированной грубостью и эгоистичностью. Нарушения поведения наблюдались на фоне астении, постоянной жалобой больной была «усталость от жизни», а также жалобы гиперестетического характера. Самостоятельно обратилась в психиатрический диспансер с просьбой «подлечить нервы». Была направлена в отделение.

Соматическое состояние. Достаточного питания. На запястьях множественные линейные шрамы от порезов. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуга на 1,5 см, селезенка не увеличена. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Неврологическое состояние. Общемозговых, менингеальных симптомов нет. Зрачки круглые, симметричные, реакция на свет заметно снижена. Движения глазных яблок в полном объеме, горизонтальный установочный нистагм слева. Периостальные, сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, усилены справа. Симптомы Бабинского и Маринеску–Радовича умеренные справа. В позе Ромберга неустойчива. Координаторные пробы выполняет неуверенно. Выраженный гипергидроз ладоней. Экстрапирамидных знаков нет.

Психический статус. Верно ориентирована в месте, времени, собственной личности и ситуации. Негативна к дочери, отказалась беседовать в её присутствии. В начале беседы держится напряженно, затем постепенно раскрывается, подробно излагает анамнестические данные. Некоторые суждения носят наивно-инфантильный, истероидный характер: старается преувеличить размеры «жизненной трагедии». Демонстративна, мнительна, капризна, во время первой беседы производит впечатление инфантильной. Жалуется, что «смертельно устала от всего ... ничего не хочу ... вообще жить не хочу». Суицидальная активность носит черты демонстративности. Влечение к алкоголю отрицает. Настроение лабильное. Внушаема.

Установка на лечение неустойчивая: вначале отказалась от «любого вмешательства в личную жизнь», затем согласилась участвовать в терапевтическом процессе. Обманов восприятия и бредовых идей не выявляется. Интеллектуально-мнестические функции снижены. Ночной сон не нарушен. Критики нет.

Поставлен диагноз: «Истерическое расстройство личности, декомпенсация» (F60.4).

За время нахождения в отделении вела себя вызывающе и демонстративно, на свиданиях была негативна к дочери, считая, что она «упрятала её в сумасшедший дом». Активно пользовалась косметикой. Через 2 недели после госпитализации стала настаивать на выписке. От медикаментов отказывалась, принимала только феназепам. Амбулаторно принимала хлорпропиксен по 15 мг 2 раза в день. Поведение выровнялось, стала более мягкой в реакциях, потеплела к дочери.

Клиническая динамика в старческом возрасте характеризовалась значительной нивелировкой способов реагирования, утратой прежней живости и многогранности эмоциональных проявлений, аффективные переживания становились монотонными, колебания настроения были не столь резкими. Основной фон настроения носил депрессивную окраску с ущербными переживаниями и опасениями, причем акцент ставился на эгоистических и эгоцентрических тенденциях личности. Наиболее типичными были демонстративные реакции протеста с требованием неукоснительного выполнения всех капризов, объявлением «голодовок», суицидальными попытками в присутствии родных. В жалобах сквозило стремление к покою, усталость и безразличие к происходящему, а временами «отвращение ко всему живому». Истерические компоненты личности выявляли наибольшую стойкость по отношению к действию органического процесса. Истерический способ реагирования оставался самым долговечным во всей «жизненной кривой» аномальной личности и проявлялся даже в случаях с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами. Личностные изменения при этом были весьма незначительными, в таких случаях пожилые становились спокойней, медлительней, у них появлялась не свойственная им прежде расчетливость, экономность.

В целом изучение основных этапов становления и динамики истерической психопатии подтвердило её генетическую неоднородность – в рамках ядерного, краевого и органического вариантов. В ходе структурного анализа установлено клиническое единство, представленное специфическими для данного типа личностных расстройств симптомокомплексами (облигатным, факультативным) и формами реагирования. Для истерической психопатии характерно многообразие видов клинической динамики (в рамках невротического, патохарактерологического и психотического содержания), объясняемое сложным взаимодействием различных патогенных и возрастных факторов.

Динамика паранойяльных психопатий в позднем возрасте. Проведено клинико-катамнестическое обследование 17 паранойяльных психопатов от 50 до 84 лет, которые находились под наблюдением психиатра от 1,5 года до 26 лет (Семке В.Я., 1965). В прошлом эти больные отличались недоверчивостью, подозрительностью, вспыльчивостью, раздражительностью, возбудимостью, эгоцентризмом и эгоизмом. Наряду с этим для них были типичны напористость, настойчивость, целеустремленность, переоценка своих способностей, прямолинейность, педантичность, склонность к застреванию. Ухудшение состояния впервые наступало в возрасте 30–35 лет.

Наиболее частой формой патологического реагирования являлось сутяжничество, зафиксированное у 9 больных, причем у 6 из них оно проявлялось в чистом виде, у 3 – в сочетании с идеями ревности и патологического изобретательства. У 4 больных клиническая симптоматика включала склонность к осуществлению различных идей неразумного изобретательства и реформаторства. Еще у 4 больных ведущими были стойкие идеи ревности.

В основе развивающейся декомпенсации лежали психогенные факторы. Среди них частыми были неприятности на работе, несправедливые репрессии, арест супруга, конфликты в семье, смерть близкого родственника, неблагоприятные жилищные условия, что приводило к образованию сверхценных идей. С наступлением инволюционного возраста большую роль приобретали эндокринные факторы в сочетании с сосудистыми изменениями и психологическими реакциями на перемену положения в семье и обществе при переходе на пенсию. В старческом возрасте основное значение имело нарастание органической симптоматики.

Рассмотрим динамику паранойяльной психопатии в позднем возрасте в зависимости от особенностей клинической картины. У психопатов с сутяжными проявлениями на протяжении длительного периода до наступления инволюционного возраста отмечалась относительная приспособляемость к требованиям социальной среды. Периоды продолжительной компенсации позволяли им выполнять работу по специальности, стеничность и упорство в достижении поставленной цели помогали завершать возникавшие конфликты в свою пользу. Удовлетворительной адаптацией больные во многом обязаны положительному воздействию членов семьи, которые смягчали их притязания и способствовали ликвидации возникавших на работе конфликтов. На протяжении жизни сутяжничество неоднократно изменялось в клиническом оформлении и интенсивности и имело склонность к волнообразному течению.

С появлением склеротических и инволюционных изменений картина сутяжного развития преобразалась, принимала развернутый характер с признаками органической недостаточности. Рельефнее выступали патологические черты характера: усиливались подозрительность и настороженность, некритическая оценка своих возможностей, раздражительность и вспыльчивость, более оформленными и постоянными становились кверулянтные проявления. Усилению сутяжничества предшествовал короткий этап астенизации (склеротический процесс в сочетании с климактерическими сдвигами) и реактивно обусловленной депрессии, которые постепенно замещались нарастающей стеничностью, конфликтностью, «правдоискательством».

В ряде случаев развивающийся артериосклеротический процесс и действующие на этом фоне психогенные вредности приводили к обнажению ранее скрытых паранойяльных наклонностей, заострению прежних психопатических особенностей личности. Сутяжные домогательства захватывали больного, который усиливал борьбу против «несправедливостей и бесчинств», вступая на путь длительных и изнуряющих тяжб со своими мнимыми «обидчиками». В подобных случаях правомерно говорить о психопатических паранойяльных реакциях.

Больная Б., 50 лет, шофер станции скорой помощи. Находилась в больнице им. Соловьева с 27.12.1963 по 3.01.1964.

Анамнез жизни. Отец несдержанный, вспыльчивый, «крутой по характеру», страдает гипертонической болезнью. Мать добрая, спокойная, умерла от рака пищевода. Больная росла в трудных материальных условиях. В 13 лет уехала в Москву, где устроилась на завод. В дальнейшем работала слесарем-механиком, а с 1939 г. – шофером. Замужем с 22 лет. Имела 10 беременностей, одни роды. Взрослый сын живет отдельно. Месячные с 17 лет, безболезненные, прекратились в 47 лет. Перенесла ряд детских инфекций, в 1942 г. – операцию по поводу кисты яичника, аппендэктомию, в 1958 г. – тонзиллэктомию. По характеру была своенравной, настойчивой, энергичной, любила шумные игры, верховодила в компаниях сверстниц. На работе стремилась «быть на виду», справлялась с обязанностями, гордилась «мужской профессией». С окружающими бывала временами резка, прямолинейна, «никогда не старалась сдерживать себя, говорила правду в глаза... не терпела несправедливостей». Мало заботилась о семейном благополучии, в половом отношении была холодной, хотя отношения с мужем оставались хорошими.

Ухудшение здоровья началось во время войны: приходилось часто переутомляться, выполняла работу заведующего гаражом, подолгу не спала, жила в трудных бытовых условиях. Появились раздражительность, неустойчивое настроение, подозрительность и недоверчивость к окружающим; вступала с сослуживцами в конфликты, «отстаивала свои позиции». После демобилизации мужа стала спокойней, уравновешенней. Наступление климакса совпало с появлением первых признаков церебрального артериосклероза: упорные головные боли, головокружение, ослабление памяти, слезливость. В это же время (47–48 лет) возникали семейные ссоры из-за намерения сына жениться. Стала невыносимой в семье. Ухудшились и отношения с сослуживцами. Обвиняла врачей в неправильном лечении больных, предлагала свои методы терапии и диагностики. После того как получила замечание от начальника подстанции, стала подозревать его в «формировании порочащих документов». Начала писать жалобы в различные организации, в «поисках правды» дошла до руководящих работников Министерства здравоохранения, подчеркивала свои заслуги в прошлом и оскорбляла «обидчиков». В середине декабря 1963 г. состоялось профсоюзное собрание автобазы, где все присутствовавшие выступили с критикой в её адрес. На собрании держалась вызывающе, требовала «восстановить справедливость» и устроить разбор работы врачей станции скорой помощи. Чувствовала себя напряженной, «душила обида на сослуживцев, не могла сдерживать себя». Последующие 3 дня было подавленное настроение, не выходила на работу, придумывала «план отмщения за черствость». 27 декабря пришла в гараж и в присутствии большого числа рабочих приняла около 30 таблеток снотворных. Была доставлена в Институт скорой помощи, где сделано промывание желудка. Вечером пыталась повеситься в туалете, после чего была доставлена в больницу им. Соловьева.

Соматическое состояние. Бледность кожных покровов. Периферические артерии уплотнены, извитые. Тоны сердца глуховатые, акцент II тона

на аорте. Артериальное давление 115/70 мм рт. ст. Неврологически без патологии.

Психическое состояние. При поступлении озлоблена, раздражительна, гневлива, «не хочется никого видеть». В отделении быстро успокоилась, подробно рассказывает о своих неприятностях на работе. Считает, что начальство поставило себе цель «выжить» её и «создает кляузные материалы», так как опасается разоблачений. Поглощена создавшейся ситуацией, обвиняет во всех конфликтах сослуживцев, которые «замалчивают правду». Подчеркивает свое стремление к выявлению неполадок и злоупотреблений на работе. Сожалеет о суицидальной попытке и опасается, что её могут уволить, воспользовавшись этим поводом. Крайне стенична, намерена «добиваться правды и справедливости» и доказать необоснованность предъявляемых ей «обвинений». Скептически отзываясь о врачах, называет их «консерваторами», «бездушными работниками». Настроение подавленное, тяготится пребыванием в отделении. Память ослаблена. За время пребывания в больнице стала более спокойной, сон нормализовался, более критично относится к прошлому. По настойчивой просьбе выписана домой. Конфликтные отношения на производстве смягчились, продолжает работать шофером.

В данном наблюдении речь идет о психопатической личности с чертами паранойяльной и истерической психопатии, находившейся длительное время в состоянии компенсации. Ухудшение совпадает с появлением признаков полового увядания и быстро развивающегося склероза мозговых сосудов. На этом фоне возникают конфликтные отношения в семье (чувство рушащегося семейного благополучия) и на работе, приведшие к психогенной реакции, которая усугубляет психопатические особенности личности – усиливаются стеничность, сутяжничество, «правдоискательство» (классическая картина психопатического цикла, по О.В. Кербикову). Привнесенный возрастом налет паранойяльности, ущербности личности обостряет кверулянтные тенденции психопатов. Сутяжничество в старческом возрасте носит стойкий характер с потерей критики к своему поведению, зачастую скатываясь к бытовому, «кухонным» конфликтам. Происходит концентрация прежде генерализованных идей «борьбы за справедливость», правдоискательство приобретает утрированный и карикатурный характер. Болезненные проявления становятся монотонными и конкретными, преобладает повышенная забота о себе, нарастают опасения в отношении причинения ущерба своим интересам со стороны близких и сослуживцев, не покидает чувство беспомощности, неуверенности, немотивированной тревоги. Именно в этот период сказывается социальная неприспособленность больных, возникает необходимость врачебного освидетельствования для решения вопроса о дальнейшей трудоспособности, учащаются судебные разбирательства, привлечение к суду за клевету и склоки, нарастает конфликтность в семье, приводившая временами к разводу.

При ухудшении соматического состояния сутяжные явления перекрывались ипохондрической симптоматикой, достигающей степени ипохондрического развития личности. В этих случаях прежние идеи сутяжничества становились отрывочными, утрачивался интерес и аффективный резонанс на продолжавшую конфликтную ситуацию, наступало «примирение». Мед-

ленное и нерезко выраженное нарастание сосудистых и инволюционных изменений в сочетании с длительной психической травматизацией вело к возрастающему по интенсивности паранойяльному развитию. Все резче вырисовывались стенические компоненты – непреклонность, решительность, упрямство, подозрительность. В круг домогательств включалось все большее число лиц. Изменения в условиях работы, в личной жизни не меняли картину сутяжничества, и в новой обстановке больные находили предлог для упорного «правдоискательства», выискивали всё новые неполадки и злоупотребления, активно выступали за ликвидацию «несправедливостей и притеснений». С годами их претензии становились грандиозными и непомерными.

Иная динамика паранойяльного развития у психопатов позднего возраста, склонных к патологическому изобретательству и реформаторству (4 больных). Их отличает отсутствие заботы о собственном благополучии, всю жизнь они посвящают «глобальной» идее, переоценивая свои способности и возможности. Наблюдались расстройства мышления: узость и односторонность интересов, вязкость, обстоятельность, паралогичность мышления, резонерство. На первых этапах их практическая деятельность не носила отпечатка патологической продукции, увлеченность одной идеей сопровождалась правильными взаимоотношениями с окружающими на работе и выполнением всех профессиональных обязанностей. На протяжении жизни содержание и объект деятельности по несколько раз менялись («охваченность» моноидеей отмечалась редко). Эпизодически возникавшие конфликтные отношения на работе были обусловлены затруднениями в реализации своих изобретений и планов, но сутяжничество носило побочный и временный характер. Практическая приспособляемость у этих больных в зрелом возрасте оставалась высокой.

В периоде инволюции сверхценные идеи изобретательства и реформаторства перерастали в стойкие бредовые построения, не поддавались контролю и коррекции со стороны окружающих, чему способствовали усиливающиеся сомнение больных и переоценка своих возможностей. Идеи изобретательства приводили к сутяжному развитию, настойчивой борьбе за реализацию своих притязаний и проектов, которые приобретали характер патологического творчества. Эмоциональное состояние было неадекватно создавшейся ситуации: беспечность, экзальтация, благодушие, уверенность в скором завершении исканий и открытий, оценивавшихся больными как «великие», «революционные», «основополагающие». Астенизация на почве соматических заболеваний приводила к «затуханию» идей, однако с улучшением общего состояния они приобретали прежнюю силу. Постепенно сосудистый процесс вносил «дезорганизацию» в ранее стройную бредовую структуру, идеи изобретательства и реформаторства теряли стройность, становились нелепыми и непоследовательными, с малым аффективным резонансом.

Больной Г., 1900 г.р., пенсионер. Находился в больнице им. Соловьева с 6.12.1963 по 27.12.1963.

Из анамнеза: отец трудолюбивый, энергичный, жизнерадостный, умер в преклонном возрасте. Мать приветливая, заботливая, опекающая. Раннее развитие больного правильное. Перенес корь, скарлатину, брюшной и сыпной тифы, 4 раза воспаление легких. До 15 лет жил в деревне, рано

начал работать в сельском хозяйстве. По окончании электротехнического института трудился по специальности, часто меняя место работы, в последние годы преподавал в техническом училище, с 1959 г. — на пенсии. Живет в неблагоустроенной комнате. Холост, половая жизнь с 16 лет, в последние 5–6 лет отмечает понижение потенции. Рос подвижным смышленным ребенком, отличался общительностью, пользовался в компании сверстников непререкаемым авторитетом. Рано стал проявлять любознательность и смекалку, поражал взрослых своей изобретательностью и сноровкой. С 9 лет начал писать стихи. Не мог терпеть «ущемления свободы», однажды в ответ на грубое обращение едва не убил деда камнем. Чтобы обрести самостоятельность, покинул семью и переехал в город. С первых лет революции участвовал в организации студии крестьянских поэтов, был целиком поглощен поэтическим творчеством. Стихи получили высокую оценку в среде писателей и поэтов, его называли «вторым Кольцовым», печатали во многих столичных газетах. В это время было несколько конфликтов с членами студии из-за стремления диктовать окружающим свои вкусы. Раздосадованный «непониманием», решил порвать со студией. На продолжительный период отошел от поэзии, так как был занят учебой в институте и подготовкой дипломного проекта. Будучи на практике, изобрел регулятор напряжения тока в электросети, получил авторское свидетельство. Это изобретение, по мнению больного, могло бы принести огромную экономию, но из-за «бюрократов» осталось неиспользованным.

По окончании института был направлен в Смоленск техником на радиостанцию. Одновременно занимался изобретательством, соорудил «музыкальную радиогармонь». Настойчиво добивался признания авторского права, но потерпел неудачу, после чего успокоился и продолжал трудиться над другими проектами. Делал несколько попыток жениться, но «не мог найти надежную спутницу жизни». В 30 лет оставил прежнюю работу, уехал в Москву, чтобы «быть ближе к научной мысли». Жил на квартире брата без прописки, в стесненных условиях. Часто менял работу из-за конфликтов с начальством.

В 1932 г. уехал в деревню, чтобы участвовать в коллективизации. Предлагал несколько проектов переустройства жизни сельского населения. Считал крестьянство передовым классом, симпатизировал народовольцам и пытался во всем подражать им. Из-за своих высказываний «имел несколько раз дело с ГПУ», после чего стал более осмотрительным, «потерял интерес к политике». К 35–40 годам «стал более практичным и гибким», начал приспосабливаться к общепринятым взглядам, но не подвергал ревизии своих сложившихся моральных норм. Занимался изобретениями, так как понял, что это «безопасная область практической деятельности». По состоянию здоровья был освобожден от воинской службы, работал преподавателем в техникуме.

С 52–53 лет отмечает появление головных болей, раздражительность, плаксивость; временами возникали приступы головокружений, обморочные состояния, ослабела память. Продолжал заниматься изобретательством, одновременно работал над несколькими проектами, требовавшими больших материальных затрат, поэтому ограничивал себя во всем. Рассказывал со-

служивцам о своих изобретениях, подчеркивал их значимость, способность совершить «переворот в технической мысли», но в ответ «встречал насмешки». Жаловался в разные инстанции, что его открытия «сознательно скрывают». Ввиду ухудшения отношений с сотрудниками был вынужден уйти на пенсию. Ухудшилось соматическое состояние, часто обращался к терапевтам по поводу кардиосклероза и хронического гастрита. Стал ипохондричным, тревожным, появилась упорная бессонница. С соседями был вежлив, обходителен, хотя держался обособленно, помогал им чинить электроприборы, делал замки.

С 1961 г. вернулся к работе над проектом устройства выкачивания воды из небольших водоемов. В процессе работы стал понимать, что труд его имеет большое теоретическое значение, так как призван изменить основные законы гидромеханики. С трудом удалось получить нужные части для будущего устройства. Около года ушло на подготовительные работы, стойко выдерживал насмешки окружающих. 29.09.1963 «полуавтоматический гидротаран» начал работать – удалось поднять водяной столб на 1,5 м. Пригласил в качестве свидетелей рабочих техникума, которые назвали аппарат «русским чудом». После такой оценки стал добиваться внедрения «открытия» в практику, но поддержки не получил. Стал писать в газеты и журналы фельетоны, сатирические стихи, разоблачая бюрократизм и волокиту. Был направлен на стационарное лечение.

Соматическое состояние. Повышенного питания. Границы сердца расширены влево, на верхушке систолический шум, акцент II тона на аорте. АД 110/60 мм рт. ст. Сглаженность левой носогубной складки. Сухожильные рефлексы снижены.

Психическое состояние. Легко вступает в контакт, ориентировка не нарушена. Возмущен помещением в больницу, критики к своим высказываниям нет. Уверен, что сделал крупное открытие, создал «великое русское чудо» – устройство для выкачивания воды, призванное коренным образом изменить жизнь крестьян, которые признают его своим «лидером». Патетически говорит о грядущей крестьянской революции, о намерении до конца жизни бороться за правду на земле. Проявляет поверхностные знания крестьянской жизни, технические суждения примитивные, убежден в непогрешимости своих взглядов, склонен к переоценке личных достоинств. Обстоятелен, подолгу резонерствует. Память ослаблена. Настроение приподнятое, эйфоричен. Сон тревожный. После лечения физически окреп, сон нормализовался, повысился аппетит, появилась некоторая критика к прежним утверждениям.

Катамнез через 4 месяца: занят домашними делами; много читает художественной литературы, утратил желание бороться за осуществление своих планов – «стену лбом не прошибешь».

В данном наблюдении речь идет о психопатической личности паранойального склада. На протяжении жизни у больного было три увлеченности – изобретательством, поэзией, политикой, причем в разные периоды они поочередно занимали доминирующее положение, хотя стержневыми всегда оставались идеи изобретательства. В последние годы на смену сверхценным идеям пришло патологическое творчество с крайней переоценкой сво-

их способностей, а патологический изобретатель стал одновременно и выраженным сутягой. Ведущую роль в нарастании болезненной симптоматики играет прогрессирующий сосудистый процесс; на завершающем этапе он придает клинической картине налет ипохондричности.

Нами наблюдались 4 больных (2 мужчин и 2 женщины), у которых ведущим синдромом являлись **идеи ревности**. В прошлом они отличались ревностью, подозрительностью, щепетильностью, педантизмом с гиперсоциальными установками. Все они были женаты, с первых лет супружеской жизни проявляли недоверчивость, стремление к контролю за жизнью и деятельностью супруга. Однако лишь эпизодически (бытовые и служебные неурядицы, ухудшение соматического здоровья) возникали конфликтные отношения в семье. Идеи ревности носили сверхценный характер с критическим отношением к своему поведению. На протяжении длительного периода, вплоть до инволюционного возраста, больным удавалось «отойти» от болезненных предположений и подозрений, «установить мир» в семье. Период полового увядания приводил к нарушению равновесия, заострению психопатических черт: взрывчатости, аффективной неустойчивости, подавленности, озлобленности и агрессивности. На этом фоне оживали прежние подозрения, имевшие наклонность к прогрессированию и расширению. Паранойяльные идеи ревности у психопатов в позднем возрасте формировались постепенно и представляли на первом этапе сверхценные или бредоподобные образования. Смутные догадки и отдельные намеки, предубежденная оценка поведения супруга, воспоминания о событиях прошлого, истолковываемых по-новому, приводили больного к убежденности в реальной измене. Возрастали «кривая логика», подозрительность, настороженность, активность в попытках уличить в «измене», «обосновать» её в глазах окружающих. Вследствие усугубляющейся психопатичности поведения и усиления сексуальных притязаний на фоне ослабляющейся потенции и взаимоотношения в семье ухудшались, приводя к длительному конфликту. Отсутствие стремления к половой близости со стороны супруга расценивалось как факт «измены». Появляющаяся в инволюционном возрасте тревога в связи с возможной переменной социальной и семейного положения (переход на пенсию, угроза распада семьи) поддерживала ущербные высказывания больных.

Присоединение явлений церебрального артериосклероза (3 больных) усиливало патологическое реагирование психопатической личности на воздействия среды. Сверхценные идеи ревности перерастали в бредовые, длительно сохраняя наклонность к систематизации. Бредовые измышления носили конкретный характер, вытекая из повседневных наблюдений, иллюзорного толкования окружающего, ложных воспоминаний, ретроспективной оценки прошлых событий. Обращали на себя внимание конфликтность, придиристичность, раздражительность, сварливость, требовательность, не критичность. Прогрессирование сосудистых и сенильных расстройств ослабляло бредовую настроенность нарастало интеллектуальное оскудение, вялость, апатия, взрывчатость и брюзжание. Бредовые идеи теряли стройность и последовательность, перекрываясь ипохондрической симптоматикой.

У этих больных идеи ревности сменялись кверулянтной деятельностью, а затем ипохондрическим развитием. При развитии соматического страдания возникали идеи ущерба, преследования, отравления. В целом психотический вариант декомпенсации у паранойяльных психопатов наблюдался в позднем возрасте чаще, чем в других группах психопатий. Изучение клиники и динамики паранойяльной психопатии в позднем возрасте позволяет видеть взаимодействие личностных и средовых факторов в развитии состояний декомпенсации.

Специфические формы динамики личностных расстройств. Клиническая динамика отдельных форм психопатий в позднем возрасте имеет свои особенности в зависимости от участия различных для каждой из них личностных и внешних факторов. Установлена корреляция между содержанием патогенной вредности и типом личностного расстройства. На возбудимые натуры наибольшее патогенное влияние оказывают церебральный атеросклероз и сочетанное действие психогений и соматогений; на тормозимые – соматогении и климактерий, а психогении вызывают ситуации, связанные с болезненной ломкой привычного жизненного стереотипа; на истерические – климактерий и психогении; на паранойяльные – психогении и их комбинация с соматогениями. Помимо описанных вариантов динамики психопатий, на завершающем этапе жизнедеятельности имеют место и специфические формы её проявления, объясняющиеся фактом «развития личности в её новых условиях» (Ганнушкин П. Б., 1933).

Выявление **«латентной» психопатии** связано с тем, что у многих аномальных личностей тенденция к смягчению патохарактерологических проявлений подвергается в пресенильном периоде испытанию. В данном возрасте происходит «выявление вовне» психопатических черт, находящихся длительное время в субклиническом состоянии. Такая возможность реализуется в двух вариантах (Семке В.Я., 1965, 1967). В первом из них речь идёт о психопатических личностях, которым в зрелые годы при благоприятной микросоциальной обстановке и нерезко выраженной конституционально-биологической предрасположенности удавалось скомпенсировать аномальный «строй» личности. В условиях инволюции способность к компенсации и адаптации уменьшается и порог общественных требований оказывается непосильным. Это влечёт за собой «срыв», поломку установившегося ранее способа поведения и высвобождение прежних психопатических механизмов. В итоге вступление в пресенильный возраст чревато усилением и заострением скомпенсированных прежде патохарактерологических черт и появлением новых гетерономных (свойственных другим вариантам психопатии) личностных качеств. Наблюдаемые в этом периоде патологические процессы имеют различную клиническую оформленность и стойкость в зависимости от ряда обстоятельств: сложившегося к этому моменту конституционального «строя», темпа эндокринно-вегетативных и сосудистых изменений, психогенных и соматогенных влияний.

Во втором варианте проявление личностных расстройств в молодые и зрелые годы не бывает столь значительным, как в предыдущих случаях, и не приводит к нарушениям адаптации (отсутствует один из трёх критериев, определяющих, по П.Б. Ганнушкину, психопатию). В период пресениума

под воздействием астенизирующих организм факторов и при наличии индивидуально-неразрешимых конфликтов аномальное «ядро» разрастается, перекрывая прежние черты и затрагивая всю личностную структуру. Психопатия достигает степени «клинического факта». Данный вариант представляет собой патохарактерологическое развитие личности в инволюционном периоде. Возникнув под влиянием незначительных средовых погрешностей, психопатические реакции приобретают подострое и затяжное течение, способствуя фиксации личностных расстройств.

Трансформация психопатического состояния составляет наиболее частую разновидность клинической динамики психопатий в позднем возрасте (Семке В.Я., 1965, 1967, 1980). Она осуществляется в двух вариантах: при первом происходит перемещение психопатической личности из одного круга в другой. Это достигается за счёт смены в структуре личности облигатных и факультативных симптомов, которые, меняясь местами, изменяют аномальный облик. Возбудимые или истерические натуры в этом возрасте нередко становятся на путь паранойяльного реагирования, причём новая линия закрепляется и становится постоянной. Часто наблюдается переход возбудимой психопатии в астеническую или истерическую, превращение возбудимой натуры в патологического ревнивца или сутягу, смещение психастенической личности на путь истерического реагирования. Смена формы психопатий определяется личностными ресурсами и характером внешней вредности (её интенсивностью и продолжительностью). Поскольку в возрасте обратного развития проявляется тенденция к прогрессирующей астенизации организма, то и изменение аномальной личностной структуры идёт в направлении ослабления её стенических компонентов и нарастания астенической и истерической симптоматики (перемещение в плоскость тормозимого реагирования). Наибольшими возможностями такой динамики владеют сильные, стеничные (возбудимые, паранойяльные) личности, наименьшими – астенические, обладающие пониженным конституциональным «фоном».

Трансформация личностного склада во втором варианте наступает благодаря смене линии поведения в пределах сохраняющейся патохарактерологической структуры. При сохранении облигатных аномальных качеств происходят устранение факультативных и их замена новыми чертами. В пресенильном возрасте этот способ является более частым и характерным, вероятно, потому что в этот период завершено прогрессивное развитие личности и приобретение новых личностных свойств становится затруднительным, а смещение в пределах наличествующих ресурсов удаётся гораздо легче.

При нарастании соматического неблагополучия возбудимый психопат становится сварливым ипохондриком, паранойяльный – упрямо-раздражительным спорщиком, возбудимая или истерическая личность при «ущемлении» её прав, в атмосфере «несправедливости» приобретает наклонность к упорному сутяжничеству. В таких случаях приходится наблюдать причудливое наложение («интерференцию») симптомов различных кластеров личностных расстройств, часть из которых имеет реактивное происхождение, а часть – обусловлена конституциональными факторами.

Больная К., 1935 г.р., лечилась в отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья с 7 августа по 29 сентября 2000 г., пенсионерка.

Диагноз: ипохондрическое расстройство; органическое астеническое расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга; истерическое расстройство личности.

Из анамнеза. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школе училась хорошо. В 1977 г. прошла лечение описторхоза хлоксилем. В 1995 г. вышла на пенсию, с этого времени начались проблемы со здоровьем, стало повышаться артериальное давление; в течение 3 месяцев принимала андипал. В этом же году произошло острое нарушение мозгового кровообращения. Жаловалась на слабость в правой половине тела, 3 месяца находилась на постельном режиме. С тех пор принимает сердечные препараты и гипотензивные средства. В течение последних 3 лет на работе подвергалась проверкам различных инстанций (проверялась её бухгалтерская деятельность). Со слов пациентки, жалобу написала недоброжелательница-соседка, завидовавшая её «доброй славе» среди жильцов дома. Факт проверки явился шоком для пациентки, так как считала себя лучшей, честной и добросовестной. Появилось чувство обиды, стыда, боялась осуждения людей. Настроение снизилось, часто плакала в одиночестве, нарушился сон. Боялась за свою репутацию. Однако за помощью к специалистам не обращалась. В апреле 2000 г. резко возникли боли в желудке. При обследовании выявлены гастрит, холецистит, дуоденит. Интенсивность болевых ощущений была неадекватна выявленной патологии, принимала гастрофарм без эффекта, что привело к мыслям о раковом заболевании. Пациентка вспомнила, что мать умерла от рака, не могла заниматься никаким делом, постоянно думала о своем здоровье, настроение было сниженным.

Психическое состояние. Выражение лица взволнованное, в контакт вступает свободно, торопливо и подробно излагает свои переживания, перебивает собеседника, не дает вставить слово. Мимическая игра выразительная, жестикация активная, тон голоса меняется от высокого до приглушенного. Фиксирована на психотравмирующей ситуации, на другие темы переключается с трудом. Оправдывается перед врачом, старается представить себя с лучшей стороны. Статус квалифицируется тревожно-ипохондрическим синдромом.

Невролог: хроническая недостаточность мозгового кровообращения первой степени на фоне гипертонической болезни. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Окулист: начальная катаракта обоих глаз, гипертензивная ангиопатия сетчатки.

Лечение. Психотерапия, психофармакотерапия (сонапакс, феназепам, реланиум, неулептил, витамины группы В, циннаризин, кавинтон внутривенно капельно, пирацетам), симптоматическая терапия, физиолечение. В результате лечения повысился фон настроения, начала следить за своей внешностью, стабилизировалось артериальное давление, редуцировались цефалгии, восстановилась работоспособность. Однако сохраняются ипохондрическая фиксация на состоянии своего здоровья и личностные расстройства. Пациентка имеет вторичную «выгоду» от своего состояния, по-

этому психокоррекция затруднена. В связи с улучшением состояния выписана из отделения.

Поздняя депсихопатизация описана нами ранее, здесь же рассмотрим её в контексте клинической динамики, позволяющей отойти от традиционной точки зрения, что психопатия не имеет «ни начала, ни конца». В известной мере она подтверждает высказанную О.В. Кербиковым (1952) мысль о «конечности» психопатического состояния. Возможность регрессиентной динамики психопатий, вплоть до полного устранения (депсихопатизации), рассмотрена в основном применительно к пубертатному периоду (Кулёв И. Л., 1964; Гиндикин В.Я., Гурьева В. А., 1971). В наших исследованиях психопатий в позднем возрасте (Семке В.Я., 1965, 1967, 1970) имелись наблюдения, которые можно расценить как стойкое улучшение, определяемое термином «поздняя депсихопатизация», под влиянием благоприятных социально-психологических и внутренних условий.

Клинико-катамнестически обследованы 100 психопатов позднего возраста (24 возбудимых, 24 тормозимых, 32 истерических и 20 паранойяльных) (Семке В.Я., 1970). У 18 больных состояние можно было расценить как стойкое улучшение, как позднюю депсихопатизацию, понимаемую в плане полной гармонизации личности под влиянием благоприятных социально-психологических и биологических условий. Анализ факторов, содействовавших регрессиентной динамике психопатий, показал важную роль нормализации жизненных (служебных, бытовых, внутрисемейных) отношений, подготовленного перехода на пенсию, выравнивания биологического звена (устранение климактерических, эндокринных нарушений).

Создание нормодинамической структуры достигалось при настойчивом перевоспитании личности, продолжительном психотерапевтическом и медикаментозном воздействии. Например, для истерических психопатов существенное значение имела выработка нового устойчивого динамического стереотипа, позволявшего внести в дисгармоническую психику элемент субординации и устранить функциональные корково-подкорковые нарушения. Исчезновение прежней психопатической структуры определяло последующую стойкую социальную адаптацию личности. Процесс депсихопатизации в наших наблюдениях был выражен не столь ярко, как в постпубертатный период. Это становится понятным, если учесть общую тенденцию к социальной приспособляемости в возрасте увядания.

Активное участие в регрессиентной динамике психопатий на позднем этапе принимали сосудистые и атрофические сенильные изменения, которые растворяли, нивелировали прежние патохарактерологические свойства. Зависимость процесса старения, исчезновения психопатических особенностей от нарастания органических признаков видна из показателей проявления депсихопатизации по группам психопатий на различных возрастных этапах.

Чаще всего регрессиентная динамика психопатий выступала на поздних этапах эволюционного возраста и в старческий период, причем резче была выражена у возбудимых психопатов, у которых сосудистые и органические процессы развиваются в более ранний период жизни. Часто поздняя депсихопатизация проявлялась и у лиц с тормозимой формой психопатий, но в

более поздние сроки. Наибольшую стойкость по отношению к действию органического процесса оказывали истерические компоненты личности. Истерический способ реагирования оставался самым долговечным во всей «жизненной кривой» психопата и отмечался даже в случаях с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами. Личностные изменения при этом были незначительными. Больные становились спокойнее, медлительнее, появлялись расчетливость и экономность. Такими же устойчивыми и замедленными являлись психопатические реакции в группе паранойальных личностей, хотя органические изменения возникали у них в более раннем возрасте.

Поздняя депсихопатизация отчетливей всего выражена в группе краевых психопатий, т.е. там, где ведущую роль играли средовые воздействия. Наибольшая стойкость патохарактерологических свойств наблюдалась в группе конституциональных, ядерных психопатий, в генезе которых, как известно, определяющее значение приобретает биологический фактор. Примерно такое же соотношение выявлено среди отдельных психопатических качеств: быстрее устранялись вторичные (факультативные) признаки и медленной, частичной регрессивной динамике подвергались облигатные, первичные психопатические симптомы. В целом психопатические компоненты личности могли удерживаться на этапе старческого регресса лишь при наличии слабо выраженных и медленно протекавших органических нарушений. В зависимости от темпа атрофического процесса, его взаимодействия с психогенными, пресенильными и сосудистыми факторами в разной мере наступало эмоциональное и интеллектуальное обеднение. Постепенно «набор» психопатических свойств становился беднее, и стареющая личность привлекала к себе внимание лишь унылым однообразием и стереотипностью ответных реакций на внешние трудности.

ГЛАВА 8. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ОСУЖДЕННОГО

Ничего хитрого, ничего мистического нет в том,
чтобы по лицу узнать о некоторых признаках
душевных движений.

А. С. Макаренко

Пребывание человека в местах лишения свободы, резко ограничивающее его контакт с внешним миром и преобразующее его «прежний стиль» жизни, в существенной мере отражается на социально-психологическом статусе осужденного. Характерно, что общие условия нахождения в местах изоляции совершенно по-разному влияют на характерологический склад заключенного, определяя и подчеркивая свойственный ему тип интерперсональных отношений, адаптационных возможностей, диапазон резервных физиологических и психологических реакций на происходящее. Режим ограничения свободы предусматривает строгое его соответствие тяжести совершенного правонарушения и особенностям личности осужденного. Карательная функция такого ограничения переживается индивидом как «запрет» делать то, что разрешено на свободе, и субъективно оценивается как «навязывание того, что на свободе можно и не делать» (Пуховский Н.Н., 2000), как лишение человека определенных благ, как строгую регламентацию его жизни и быта.

В «стиле отбывания наказания» в широком смысле раскрываются индивидуально-личностные качества, определяемые поведением в ходе нормативных ограничений, таких как готовность нести тяготы лишений и правильно оценивать суть режимных мероприятий, вхождение «во вторую жизнь», отсутствие возможности регламентации поведения осужденного. Они укладываются в характеристику двух противоположных типов личности: «добросовестных тружеников» и «систематических нарушителей режима» (у нейтральных лиц показатели криминологических параметров существенно отличаются от таковых у указанных типов: средний возраст на момент первого осуждения составляет в среднем 23,1 года, средний срок пребывания в заключении 4 года, средний срок наказания 2,3 года, средний возраст на момент поступления в колонию 31,4 года). С другой стороны, к прогностически неблагоприятным показателям могут быть отнесены ранний возраст первого осуждения (в несовершеннолетнем периоде), молодой возраст на момент поступления в колонию, небольшой опыт пребывания в местах лишения свободы. Естественно, возраст и опыт пребывания в заточении делают осужденного более предусмотрительным и адаптивным («плюй на всё и береги здоровье»).

Психология осужденных определяется в существенной степени отношением к факту лишения свободы, что позволяет подразделить их на несколько подгрупп. Прежде всего, это лица, которые на предварительном этапе следствия и в ходе судебного разбирательства полностью раскаялись в со-

деянном, правильно оценили вред, причиненный обществу; далее – лица, считающие себя неправильно осужденными (что приводит к озлобленности, активному противодействию воспитательным воздействиям, игнорированию правил режима); наконец, лица, ориентированные на преступный образ жизни («опыт» подсказывает линию поведения – осторожность, хитрость, изворотливость, ложь, обман).

Наиболее типичными психологическими свойствами комплекса переживаний в местах лишения свободы являются ожидание изменений в существующем статусе (пересмотр дела, надежда на освобождение и т. п.), состояние нетерпеливого волнения, неопределенности, повышенной напряженности, могущее неожиданно смениться чувством безнадежности, отчаяния, пассивности и апатии ко всему происходящему; угнетенное, подавленное душевное состояние с неверием в собственные силы и возможность обрести свободу; угнетенность от осознания своей вины перед близкими, семьей, сослуживцами, обществом; чувство тоски по дому, свободе, прежнему образу жизни (с сопутствующими ему переживаниями отрешенности, скованности, оцепенения).

Ломка привычных житейских стереотипов создает стойкие эмоциональные сдвиги, особенно рельефно выступающие на начальном этапе перадаптации: неоправданная резкость суждений, грубость, бестактность, повышенная возбудимость или, напротив, безучастность. Любая меняющаяся ситуация порождает вспышки озлобленности, агрессивности, импульсивности с неизбежным скорым раскаянием и публичным самоосуждением, обещанием устранить причиненный вред. Во втором периоде (обычно спустя 3–4 месяца) происходит развитие новых интересов в рамках осознаваемого изменения динамики жизненного стереотипа, оно осуществляется на фоне повышенного включения в коллектив осужденных и осознания необходимости строгого выполнения предписанных указаний.

Появление и расширение новых социальных ролей способствует перестройке психологии осужденного, что приводит к плавному переходу к третьему этапу – периоду сочетанного воздействия внешней среды (микроколлектива) и крепнущей тенденции к самовоспитанию. Имеет место регулируемое стремление к новым планам и целям в переоценке ценностей, изменение в мировоззренческих установках. Наконец, четвертый этап связан с тревожным ожиданием возможного освобождения, боязнью грядущих житейских проблем (микроконфликты в семье, затруднения в трудоустройстве) и может быть расценен как переходный, ставящий человека перед выбором новейшей доминанты и перспектив будущей жизни.

Структура потребностей осужденных претерпевает резкие диспропорции в противоборствующих мотивах и задачах (она особо значима в подгруппе опасных рецидивистов, «трудновоспитуемых» подростков), в ослаблении способности контролировать свои поступки, действия.

В этой связи нужно признать правоту высказывания известного педагога А.С. Макаренко³⁸: «Труд без идущего рядом образования, без идущего рядом общественного и политического воспитания не приносит воспитательной

³⁸ Макаренко А. С. Сочинения. М., 1958. Т. V. С. 116. С. 256–257.

пользы, оказывается нейтральным процессом, не дающим положительного результата». Как продолжение следует воспринимать «рецепт» воздействия микрогруппы: «Я считаю идеальным первичным коллективом тот, который одновременно ощущает и свое единство, спаянность, крепость и в то же время ощущает, что это не компания друзей, а явление социального порядка, коллектив, организация, имеющая какие-то обязанности, какой-то долг, какую-то ответственность».

Сказанное становится ещё более значимым в сегодняшних условиях, когда активное развитие пенитенциарной психологии как особой научной системы знания и психопрактики диктуется потребностями проводимой реформы уголовно-исполнительной системы России. Ведь речь идет, во-первых, не о формальной передаче пенитенциарных учреждений в Министерство юстиции, а об ожиданиях, что «в гражданском ведомстве процесс исполнения наказания в виде лишения свободы будет организовываться на более гуманистических началах и с меньшими нарушениями законности», во-вторых, о целенаправленном участии сотрудников развиваемой с начала 1990-х годов в исправительных учреждениях психологической службы в психологическом обеспечении процесса исправления осужденных и профилактике совершения ими новых преступлений. Чтобы усиленно противодействовать криминальным группировкам, персонал исправительных учреждений должен не только знать организационно-структурные, а также общие и индивидуальные психологические закономерности возникновения и функционирования последних, но и хорошо разбираться в атрибутах насаждаемой и широко пропагандируемой криминальными стриктурами в местах лишения свободы криминальной субкультуры.

Традиционно предметом исследований пенитенциарных психологов являются межличностные конфликты и групповые эксцессы в среде осужденных. Выявленные психологами закономерности и механизмы развития данных негативных явлений учитываются в проведении сотрудниками учреждений различных форм профилактической работы, а также в специальных мероприятиях по разложению или нейтрализации влияния криминальных группировок. При этом разложение малых групп отрицательной направленности в исправительных учреждениях обычно осуществляется через специальное воздействие на их лидера, через выявление и перекрытие противоправных каналов поступающей к ним информации и запрещенных предметов, через развенчание истинной сути воровских традиций и обычаев.

Отечественными пенитенциарными психологами в последние годы разработаны научно обоснованные рекомендации по воздействию на негативные социально-психологические явления в среде осужденных, пресечению слухов, преодолению негативных последствий «зоновской моды», влиянию на агрессивную и паническую толпу осужденных. Создан ряд специальных методик для изучения элементов криминальной субкультуры: методика пространственно-знаковой социометрии, психосемантический анализ арготизмов в среде осужденных, визуальная психодиагностика невербальных проявлений осужденных и др.

Воспитывать волю человека – это значит воспитывать у него умение преодолевать трудности. Исполнение может выражаться не только в совершении активных действий, но и в задержке ненужных действий. Поэтому

необходимо волевое усилие как сосредоточение всех психических и физических возможностей человека. «Преступление – волевой, чаще всего осознанный акт. Поэтому в ходе принятия решения о его совершении осуществляется напряженная мыслительная деятельность, происходит борьба мотивов, прилагаются немалые волевые усилия для подавления чувства страха перед возможной ответственностью и преодоления психических и физических трудностей, связанных с осуществлением замысла» (Водолазский Б.Ф., 1982).

Для осужденных трудности в плане волевой регуляции возникают на всем пути достижения цели. Несовершеннолетние, отбывающие наказание в воспитательных колониях, стремятся к самостоятельности и независимости, импульсивны, что связано с неустойчивостью их интересов, взглядов и убеждений, совершают поступки по первому эмоциональному побуждению. Среди взрослых осужденных большого внимания требуют лица, не имеющие положительных целей, планов и жизненных установок. В зрелом и особенно пожилом возрасте происходит ослабление функций воли. Осужденные женщины более импульсивны по сравнению с мужчинами. По-разному проявляется воля в зависимости от статуса осужденного в общностях осужденных. Представители разных статусных категорий имеют неодинаковую мотивацию в направленности воли. По мнению М.В. Тимашева (1976), в зависимости от особенностей содержательной и исполнительной сторон волевой активности можно выделить группы осужденных, которые: 1) согласуют свое поведение с нравственными нормами и при этом проявляют высокую целеустремленность, настойчивость и выдержку; 2) хотя и придерживаются нравственных норм и правил, но не всегда бывают в этом последовательны, решительны и настойчивы; 3) в своем поведении и деятельности руководствуются корыстными, эгоистическими побуждениями и установками, идущими вразрез с требованиями нравственности; при этом они очень активны, настойчивы; 4) не умеют управлять своим поведением, поддаются первому чувству и желанию, пасуют перед жизненными трудностями и препятствиями.

Специфические условия отбывания уголовного наказания в местах лишения свободы с их противоречивой социально-психологической атмосферой нередко негативно влияют на содержание и формы проявления волевой активности осужденных. Среди них можно выделить необходимость подчинения стереотипам поведения, сложившимся в среде осужденных; ограниченность числа социальных видов деятельности, которые должен осуществлять осужденный в процессе отбывания наказания; снижение по сравнению с обычными условиями жизни и деятельности вне мест лишения свободы объема выполняемых социальных ролей и функций. В системе мотивации осужденных усиливаются побуждения утилитарно-потребительского характера, у них снижается способность к своевременной задержке отрицательных побуждений, увеличивается число трафаретных способов поведения.

Позитивное воздействие на волевую сферу осужденных оказывают средства исправления, под влиянием которых они переоценивают свое прошлое, у них формируются новые ценностные ориентации, оказывающие большое влияние на поведение осужденного. Человек направляет свою психическую активность на те явления, предметы, вещи и тех людей, которые непосред-

ственно его интересуют, отвечают его запросам, стремлениям, интересам, идеалам и убеждениям, удовлетворяют его потребности, приобретают для него ценностное значение, а отношение к ним выступает как ценностная ориентация.

В структуре ценностных ориентаций осужденных выделяются три основных компонента. *Когнитивный (познавательный)* компонент содержит информационный аспект и временную перспективу, включает в себя восприятие, оценки и ожидания субъекта относительно различных социальных ценностей, стереотипов, сложившихся в обществе в оценке каких-то благ, групповые мнения относительно тех или иных объектов. *Эмоциональный (аффективный)* компонент включает направленность и интенсивность переживаний и отражает чувства, испытываемые субъектом, к данной ценности. *Динамический (поведенческий)* компонент обуславливает связь ценностных ориентаций с реальным поведением личности, отражает тот факт, что человек не только определенным образом относится к данному объекту как к ценности исходя из своих убеждений, но и стремится вести себя соответствующим образом.

Темперамент можно определить как формально-динамическую составляющую поведения человека, проявляющуюся в общей активности взаимодействия человека с окружающим миром и в эмоциональном отношении его к процессу взаимодействия и его результатам. С этих позиций психологическая характеристика темпераментов выглядит следующим образом.

Осужденный-сангвиник – впечатлительный, живой, с умеренным возбуждением человек, откликающийся на всё происходящее, что привлекает его внимание. Он повышенно активен, энергично принимается за любое дело. Его активность и реактивность уравновешены между собой, поэтому он достаточно легко сдерживает проявление своих чувств. У него ускоренная походка, быстрые движения и темп речи. Он легко привыкает к новой обстановке, быстро переключается с одной работы на другую. Достаточно экстравертирован. Эмоциональные переживания неглубоки, а при отрицательных влияниях могут привести к отсутствию сосредоточенности и поспешности.

Осужденный-холерик – порывистый, увлекающийся, легко приходящий в крайнее возбуждение и часто выходящий из себя человек. Он экстравертирован, несдержан, нетерпелив, быстр и резок, поскольку у него реактивность преобладает над активностью. Его движения стремительны, речь горячая, богатая эмоциональными оттенками, мимика и пантомимика разнообразны и ярки. Он не теряет при возникновении трудностей и с легкостью их преодолевает, настойчив. Его интересы и увлечения довольно постоянны. Его неуравновешенность и возбудимость при неблагоприятных условиях могут вылиться в несдержанность, вспыльчивость, неспособность к самоконтролю.

Осужденный-флегматик обычно имеет сравнительно низкий уровень активности поведения и малую реактивность. Ему свойственны невозмутимость, маловыразительность мимики и пантомимики. Он довольно устойчив в своих желаниях, стремлениях и увлечениях. Не спеша включается в работу, спокойно стремится довести ее до завершения. Несколько замкнутый, интровертирован, эмоционально маловозмутим, ригиден. При неблагоприятном воздействии у него могут развиваться вялость, слабость эмоциональных состояний, склонность к привычным действиям и поступкам.

Осужденный-меланхолик характеризуется изменением настроения даже по очень незначительному поводу, обидчивостью и легкой ранимостью. Быстро замыкается в себе и легко теряется, не доводит начатое дело до конца, если встречаются трудности и препятствия. Его мимика и пантомимика вялые, речь медленная. Он долго переживает неприятности и радости, хотя внешне это почти незаметно. Необщителен, интровертирован. При отсутствии соответствующих условий у меланхоликов могут развиваться болезненная эмоциональная ранимость, замкнутость и отчужденность, склонность к тяжелым внутренним переживаниям незначительных жизненных обстоятельств.

В обычных условиях каждый вид темперамента имеет как свои преимущества, так и недостатки. При хорошем воспитании и самоконтроле сангвинику свойственна высокая отзывчивость, флегматику – выдержка и самообладание, холерику – страстность и высокая активность, меланхолику – глубокие переживания, эмоциональный отклик, большая впечатлительность.

В условиях уголовного осуждения и отбывания наказания акцентируются отрицательные качества темперамента осужденных: у сангвиника – поверхностность, беззаботность, легкомысленность; у флегматика – эмоциональная тупость, опустошенность, безразличие, подозрительность, пассивность; у холерика – аффективность, взрывчатость, агрессивность; у меланхолика – пессимистичность, замкнутость, угрюмость, тревожность, мнительность.

При изучении темперамента осужденных целесообразно устанавливать чувствительность (способность реагировать на наименьшую силу внешних воздействий), реактивность (степень эмоциональной реакции на внешние или внутренние воздействия одной и той же силы), активность (степень энергичности при достижении цели), а также определить соотношение реактивности и активности (степень зависимости от ситуации и возможность противостоять), темп реакции (скорость протекания психических процессов), пластичность или ригидность (легкость или затрудненность приспособления к изменяющимся условиям), экстра- или интровертированность.

Социальная структура раскрывает основные формы взаимодействия личности с обществом. Она характеризуется с помощью таких категорий, как образ жизни, социальный статус и социальная роль. Социальный статус определяется принадлежностью лица к конкретной социальной группе, социально-демографическими данными (образованием, семейным положением и т. п.). Он может быть реализован лишь в той или иной совокупности социальных ролей, обусловленных, с одной стороны, социальным статусом, с другой – индивидуальными психофизическими особенностями личности.

Категория «образ жизни» фиксирует связь видов деятельности и иных форм жизнедеятельности человека. Опыт исследований осужденных показывает преимущество подхода к психологическому анализу личности, при котором предмет пенитенциарного изучения включает лишь те стороны личности, которые закономерно проявляются в поведении и деятельности в условиях отбывания наказания в местах лишения свободы. В этом плане практический интерес представляет структура личности осужденного (Платонов К.К., 1985), которая позволяет выявить ее особенности и отличия, акцентируя внимание на социальной, биосоциальной, биологически обусловленных под-

структурах и интегративных характеристиках, включающих все уровни подструктур. Как подчеркивал А.Г. Ковалев (1968), личность осужденного может иметь разную степень криминальной зараженности. Попад в места лишения свободы и вступив в общение с лицами еще более испорченными, человек как бы завершает формирование личности: у него складываются свои устойчивые антиобщественные взгляды, навыки, привычки, образ поведения. Такой человек не чувствует нравственного давления наказания.

Таблица 1. Индивидуально-психологические особенности осужденного

Подструктура личности осужденного	Особенности личности осужденного
Биологически обусловленные черты (темперамент, пол, возраст) личности. Развивается с помощью тренировки	Акцентирование слабых сторон темперамента. Усиление кризисных периодов возраста. Нивелирование половых различий и половые извращения
Психические процессы личности (память, мышление, речь). Развивается с помощью упражнений	Косность мышления. Недостаток сенсорных воздействий и их компенсация, стремление их разнообразить. Личностная тревожность, состояние тоски, ожидания, надежды, фрустрации. Сверхконтроль за собой и в то же время ослабление воли. Раздражительность, агрессивность. Блатной жаргон, мечтательность
Опыт личности. Развивается в процессе обучения	Наличие криминального опыта и опыта тюремной жизни. Знание и соблюдение тюремного закона. Умение, навыки и знания, связанные с тюремной жизнью, татуировки, жесты, позы, жаргон. Наличие психологической защиты: самооправдание, отрицание. Наличие внешнего локуса контроля
Направленность личности. Развивается в процессе воспитания	Ограниченность жизненных планов, целей, установок, ценностных ориентаций преступным образом жизни и тюремной жизнью. Удовлетворение своих потребностей любыми средствами, в том числе и противоправными. Деформация ценностно-смысловой сферы. Наличие стойкой негативной психологической защиты в связи со стойкими асоциальными убеждениями. Направленность на быструю адаптацию, развлечения, установление нелегальных связей, обман сотрудников
Способности	Наличие стойкой негативной психологической защиты в связи со стойкими асоциальными убеждениями. Направленность на быструю адаптацию, развлечения, установление нелегальных связей, обман сотрудников ИУ. Развитие криминальных способностей. Направленность на удовлетворение материальных потребностей. Тюремное искусство (рисунки, поделки, поэзия)
Характер	Ярко выраженные индивидуализм и эгоизм, жестокость, агрессивность, безответственность, лживость, отчужденность, тюремные привычки. Наличие вредных привычек: алкоголизм, наркомания, половые извращения. Импульсивность и наличие «злой» воли. Легкость возникновения аффективных реакций. Эмоциональная тупость. Отношения, регламентируемые тюремным законом. Акцентуация характера

Необходимо отметить умение этой категории лиц влиять на других. Они привыкли жить в конфликте с обществом, с нравственными правилами. Своеобразные условия мест лишения свободы позволяют им проповедовать уголовную мораль. Они способны настроить некоторых осужденных против сотрудников, делая все для того, чтобы после освобождения эти лица продолжали вести преступный образ жизни. Постепенно настраивая себя вначале против отдельных людей, принесящих им неприятности, затем восставая против правил поведения в обществе, противопоставляя им свою мораль и взгляды, осужденный при рецидиве преступлений превращается в антисоциальный психологический тип личности, трудно поддающийся исправлению.

Осужденные при рецидиве преступлений легко приспосабливаются к тем социальным условиям, в которых они существуют. Это циничные, волевые, активные люди, готовые пойти на любой поступок ради личной выгоды, в частности, совершить убийство, пожертвовать своим товарищем, чтобы уцелеть самому. Всех осужденных они считают своими единомышленниками. В то же время за внешне демонстративным уважением товарищества и тюремного братства внутри него царят жестокость, пренебрежительное отношение к человеческой жизни. Это и становится основным правилом поведения.

В местах лишения свободы одни осужденные внешне ведут себя неприменно, выполняют режимные требования, стараются не конфликтовать с администрацией, другие, наоборот, открыто проявляют неподчинение режиму. Но и те и другие активно внедряют в среде осужденных нормы и правила тюремного закона, пытаются придать ему своеобразный романтизм. Собственную цель они видят в продолжении преступной деятельности, в «соревновании» с законами и органами, ведущими борьбу с преступностью.

В психологическом облике различных категорий осужденных имеются как общие, так и специфические черты. Личность наследует часть своей психологии, ум, темперамент, половые признаки, все остальное формируется под влиянием пройденного жизненного пути, тех условий и обстоятельств, в которые она была включена. Чтобы понять психологию осужденных, необходимо обращать внимание на направленность личности (ее идеалы, потребности, интересы, жизненные планы и ценностные ориентации), а также на представление осужденных о себе.

Негативные черты личности осужденного связаны с мотивацией иждивенчества и потребительства. Возникающие затруднения и неудачи они объясняют недоброжелательностью и враждебностью окружающих. У осужденных развиваются черствость, эмоциональная возбудимость и неуравновешенность, они становятся более эгоистичными, сосредотачиваются на себе, при этом акцентируются отдельные черты характера. Формируется тюремная субкультура. Указанные черты присущи осужденным в разной степени. Под влиянием специфических условий мест лишения свободы изменяется направленность психических процессов восприятия, внимания, памяти, мышления, чувств, воли, характера.

Знание сотрудниками индивидуально-психологических особенностей личности осужденного дает возможность прогнозировать его возможное поведение и деятельность при отбывании уголовного наказания, а также

процесс ресоциализации. Чтобы предвидеть поведение осужденных, недостаточно знать результаты их деятельности, для получения объективной оценки надо знать, какими при этом целями и мотивами руководствовался человек. Среди особенностей личности осужденных на первое место необходимо поставить отношение осужденных к своему преступлению и наказанию. В зависимости от этого отношения можно выделить следующие категории осужденных: а) лица, которые еще на предварительном следствии раскаялись в содеянном, осознали причиненный ими вред. Чаще всего они быстро входят в ритм жизни колонии, хотят учиться и трудиться, соблюдают режим, участвуют в работе общественных организаций; б) лица, которые считают свое осуждение несправедливым, а свои действия не рассматривают как преступные. Им свойственно активно-отрицательное отношение к режиму в колонии, воспитательным мерам и к администрации. Часто появляющееся у них ощущение опустошенности и отрешенности приводит к срывам, вспышкам немотивированной злобы и агрессивности.

Личность преступника в местах лишения свободы постепенно трансформируется в личность осужденного. По Н.А. Андрееву (2001), изучавшего социологию исполнения наказания, – это потеря прежнего социального статуса. Если под социальным статусом понимается относительное положение, занимаемое личностью в соответствии с профессией, социально-экономическим положением, происхождением, семейным положением, то его лишение фактически означает утерю места личности в социальной структуре общества, в различных сферах жизни. Лишение свободы – это исключение личности из системы культуры общества. Социально-психологические особенности осужденного хорошо просматриваются с точки зрения А.В. Петровского, считающего, что структуру личности составляет человек в групповом взаимодействии, в системе межличностных отношений, в других людях. Так, «авторитеты» наказание от администрации исправительного учреждения воспринимают как награду, поскольку оно повышает их статус в среде осужденных, они намеренно идут на нарушения.

Рассмотрим типичные социально-психологические черты осужденного. В первую очередь остановимся на его положении в официальной и неофициальной структуре. Так, в официальной структуре он может быть завхозом, бригадиром, дневальным, членом самостоятельной организации, в неофициальной – «авторитетом», «паханом», «смотрящим», «мужиком», «фраером», «опущенным».

Социально-психологические особенности осужденных отражаются на их внешнем виде, в жестах, позах, мимике и пантомимике и дают информацию об их характерологических свойствах, привычках, состояниях, намерениях и социальном статусе. О занимаемом в иерархии положении, установках, ценностях, отношениях, степени криминализации осужденного можно судить по татуировкам. Любая форма (а для осужденных это чаще всего зимой – фуфайка, сапоги, шапка, а летом – черная куртка и брюки) унифицирует человека, заставляет менее ощущать себя личностью и создает такой же эффект со стороны окружающих.

Поведение осужденных зависит от обычаев и традиций, которые складываются в их среде. Под влиянием среды у осужденных формируются по-

хожие манеры поведения, обращения друг с другом и администрацией, типичность поз, жестов и речи. Обусловленность поведения осужденного похожа на зависимую конформность, когда он вынужден поступать так же, как другие, в противном случае он будет подвергнут осуждению и отчуждению.

В связи с осуждением у человека происходит перестройка, замена социальных функций и ролей. Это снижает его требовательность к себе как к личности, подчиняет влиянию среды осужденных. В результате у него ослабляется или усиливается контроль за своим поведением. Сошлемся на высказывание Г.Ф. Хохрякова (1991): «Социально-психологические особенности личности осужденного проявляются и после освобождения, в частности, он освобождается от семейных функций, функций контроля своего бюджета и времени. Это приводит к изменению требований к себе как личности, к собственным психологическим качествам. У него снижается контроль за своим поведением, повышаются импульсивность и неуравновешенность, усиливается проявление отрицательных черт, ослабляются тормозные функции воли. Социально-психологические особенности личности осужденного проявляются и после освобождения, в частности в следующем: ценностно-нормативные ориентации осужденных противостоят принятым, многие осужденные занимают выжидательную позицию, у них снижается активность вследствие попыток сохранить нейтралитет, появляются агрессия и озлобление в борьбе за влияние в ИУ. Ослабляется или разрушается механизм адаптации, происходят патологические изменения личности».

В.Л. Васильев (1991) обозначает два подхода в изучении механизмов социально-психологической деятельности личности осужденного: социально-типологический и социально-ролевой. В первом случае анализируются социальная позиция личности, соответствующие ей социальные нормы, их восприятие и исполнение. Акцент делается на социальной обусловленности поведения личности как объекта социальных влияний.

Социально-типологический подход позволяет понять, какую личность формируют обстоятельства, к каким социальным позициям и ролям она готова, как в соответствующих условиях преодолевать препятствия и разрешать конфликты. Во втором случае личность рассматривается как активный деятель, субъект общественных отношений. Социально-ролевой подход позволяет увидеть позиции и функции, которые объективно криминогенны, поскольку налагают на личность обязанности, противоречащие праву, и она может выполнить их ценой правонарушения. При этом личность исключается из сферы действия необходимых для нее положительных влияний.

Изучение индивидуально-психологических особенностей осужденных, акцентуаций и других черт их характера показывает, что по этим параметрам они существенно не отличаются от правопослушных граждан. Различия обнаруживаются в особенностях проявления ценностных ориентаций, психических состояний и статусно-групповой принадлежности осужденных. У преступников, в отличие от других граждан, ярко выражены криминально-нравственные отклонения от нормы. Именно эти параметры, по мнению специалистов, определяют «тюремный синдром» поведения осужденного. Ведь факт совершения преступления, арест и отбывание наказания в пени-

тенииарном учреждении оказывают существенное влияние на психику и поведение человека. А.И. Ушатиков, Б.Б. Казак (2003) утверждают, что «строго очерченный в правовом отношении внутренний распорядок, с одной стороны, приучает осужденного к дисциплине, с другой – нивелирует личность, лишает ее индивидуальности, отучает самостоятельно принимать решения. Лишение свободы накладывает на психологию осужденных отрицательный отпечаток, поэтому задачей пенитенциарной психологии является изучение феномена «тюремного синдрома», его возникновения и развития».

Установки, мотивы личности могут быть разными в зависимости от условий, но стержневые свойства (направленность, характер, эмоционально-волевая сфера) не изменяются. Критические периоды могут обусловить изменение смысла жизни и поведения человека. Успех исправления и перевоспитания осужденного во многом зависит от учета не только его индивидуально-психологических свойств, но и временных психических состояний, ибо, как считает И. П. Павлов, «эти состояния есть для нас первостепенная действительность, они направляют нашу ежедневную жизнь, они обуславливают прогресс человеческого общежития». Поэтому проблема психических состояний занимает важное место в исправительной психологии.

Нахождение в исправительном учреждении, наличие режима, резкое ограничение и изменение потребностей в значительной мере усиливают переживания осужденных, причем эти переживания имеют разную направленность. У одних осужденных в переживаниях доминирует категория прошлого, у других – категория будущего, у третьих – категория настоящего. Значительно легче приспосабливаются к режиму и к условиям жизни в исправительном учреждении осужденные, у которых доминируют переживания второго и третьего порядка. Когда они мысленно строят свою жизнь после освобождения, трудности режима переживаются легче, поскольку рассматриваются ими как временные. В условиях лишения многих благ происходит переоценка своих интересов и отношения к людям.

В пенитенциарной психологии наиболее глубоко изучено влияние лишения свободы на содержание и динамику психических состояний осужденных. По мнению М. Н. Гернета (1925), фундаментом тюремной жизни является состояние тоски по дому, родным и близким. Одним из сложных комплексных психических состояний, возникающих у лишенных свободы, является фрустрация – состояние повышенной психической напряженности, вызываемое объективно неопределенными трудностями, которые возникают на пути к достижению лично-значимой цели. Практика показывает, что основными поведенческими реакциями осужденных в состоянии фрустрации являются агрессия на окружающих, агрессия на себя, депрессия. Психологическое состояние осужденных существенно меняется в зависимости от времени нахождения в пенитенциарном учреждении.

Типология и классификация осужденных в пенитенциарных учреждениях позволяют индивидуализировать воспитательное воздействие на личность осужденного, дифференцировать систему отбывания наказания, скомплектовать отряды осужденных с нормальным социально-психологическим климатом, активизировать участие в воспитательной работе с осу-

жденными всех сотрудников, создать единые режимно-педагогические требования, оказывать психологическую помощь.

Исследование значительного массива осужденных позволяет предположить, что основные различия между ними и законопослушными гражданами состоят в направленности личности, «ядро» которой – «смысл», интегрирующий систему отношений личности к основным человеческим ценностям (Мясищев В.Н., 1964).

Построить общую психологическую классификацию осужденных очень сложно, поскольку, с одной стороны, понятием «осужденный» охватывается большой круг людей, совершивших разнообразные преступления и отбывающих уголовные наказания, с другой стороны – за одинаковыми преступлениями стоят различные по степени криминальной зараженности и личностным качествам люди. В этой связи при назначении и исполнении наказания основополагающим является принцип дифференцированного подхода, реализация которого вызывает необходимость исследования различных типологических групп. В отечественной научной литературе различают правовую и психолого-педагогическую классификации осужденных.

Под классификацией немецкий криминолог Г. Шнайдер понимает деление правонарушителей на тех, кого нужно исправлять, и тех, кого нужно охранять. Путем классификации пытаются разделить массу осужденных на группы, чтобы обеспечить каждому из них то индивидуальное воспитательное воздействие, в котором он нуждается.

Классификация – непрерывный процесс, поскольку воздействие имеет целью изменение личности осужденного. После изменения проводится повторная классификация, основанная на изучении личности осужденного, которое ведется в динамике развития. В криминальной и пенитенциарной классификации личности преступников выделяют: 1) общий вид преступника; 2) личность осужденного определенной категории; 3) личность осужденного определенного вида. Эти градации соотносятся как общее, особенное и единичное. Критерием типического в осужденном может быть вид совершенного преступления. Оно связано с психологией его личности, ценностных ориентаций, индивидуально-психологическими особенностями. Осужденные отличаются типичными способами поведения и адаптации в своей среде.

1. Лица, осужденные за корыстные преступления: совершившие корыстно-хозяйственные преступления; совершившие корыстно-служебные преступления; совершившие кражи; мошенники; ненасильственные вымогатели. 2. Лица, осужденные за корыстно-насильственные преступления: грабители; участники разбойных нападений; насильственные вымогатели (рэкетеры); убийцы с корыстной целью (киллеры). 3. Лица, осужденные за насильственные преступления: хулиганы; злостные хулиганы, причинившие ущерб чести и достоинству личности путем оскорбления и клеветы; совершившие агрессивно-насильственные действия против личности (убийства, изнасилования, причинение телесных повреждений).

Интерес для пенитенциарной науки представляет классификация преступников Г.М. Миньковского (1971), основанная на направленности их личности (установки, ориентации): для правонарушителей первого типа

преступление является случайным, противоречащим общей направленности личности; для второго – может быть ситуативным из-за общей неустойчивости направленности; для третьего – вызвано общей отрицательной ориентацией личности, обуславливающей выбор среды, способа времяпрепровождения и непосредственного варианта действий при наличии подстрекательства, примера преступного поведения; для четвертого – результат относительно устойчивой системы антисоциальных оценок и отношений личности, ее преступной установки, включающей активный поиск повода и ситуации для преступного деяния. В этой типологии отражены не только основные варианты возможной направленности личности правонарушителей, но и процесс формирования социально-негативных черт личности, знание которых позволяет остановить и затем устранить криминальное развитие личности.

Основу пенитенциарно-психологической типологии осужденных могут составлять возрастные и половые особенности, наличие аномалий в психике, дефектов психической саморегуляции при совершении преступлений, количество, отношение к основным средствам исправления осужденных, направленность и степень адаптации, степень исправления. В отечественной психологии классификации осужденных чаще всего строятся на нормах уголовно-исполнительного права. «Классификация осужденных – это деление осужденных на группы с целью размещения их по исправительным учреждениям, организации исправительного (пенитенциарного) воздействия и их дальнейшей ресоциализации» (Сухов А.Н., 1987).

Осужденные делятся на группы, которые объединяют: 1) совершивших преступления при особо опасном рецидиве; 2) ранее отбывавших наказание в виде лишения свободы; 3) впервые осужденных к лишению свободы за тяжкие преступления и отбывающих наказания в колониях общего, строгого, особого видов режима и в тюрьме. В каждой из этих групп осужденных имеется деление по полу, возрасту, состоянию здоровья. Правовая классификация осуществляется судом, выносящим приговор. В ее рамках применяется психолого-педагогическая классификация осужденных, которую осуществляет администрация исправительного учреждения.

Таблица 2. Характеристика правовой и психолого-педагогической классификаций

Правовая классификация	Психолого-педагогическая классификация
Вид преступления	Личность осужденного
Тяжесть преступления	Его отношение к труду, режиму, учебе, воспитательной работе
Возраст преступника	Поведение осужденного
Пол преступника	Состояние здоровья осужденного
Рецидив	Показатели исправления осужденного

Психолого-педагогическая классификация осужденных применяется внутри исправительного учреждения и преследует цель индивидуализировать применение средств и методов исправительного воздействия и воспитательной работы с осужденными.

Л.А. Высотина, В.Д. Лутанский (1975) пытались найти универсальный принцип деления осужденных на группы, который отражал бы внутренний мир и поведение осужденных и позволял установить педагогически це-

лесообразное и практически значимое количество категорий осужденных (уровень социальной и моральной запущенности, степень исправления и перевоспитания). На этой основе были выделены три типа осужденных: твердо вставшие на путь исправления; характеризующиеся в основном положительным, но неустойчивым поведением, отношением к труду и обучению; не вставшие на путь исправления.

А.П. Евграфов (1970) обосновывает типологию осужденных в местах лишения свободы в зависимости от их статуса и характера отношений: актив осужденных; вставшие на путь исправления и поддерживающие актив, но ведущие себя пассивно; лица с неустойчивым поведением и допускающие нарушения режима; лица, систематически нарушающие дисциплину, не реагирующие на воспитательное воздействие; приспособленцы, которые с целью досрочного освобождения внешне дисциплинированы и даже участвуют в общественной жизни; религиозные фанатики.

Ориентиром для приведенных выше типологий являются узаконенные в Уголовно-исполнительном кодексе РФ особенности исправления осужденных, базирующиеся на системе отношений осужденного к главным средствам воздействия, поэтому основу типологии осужденных чаще составляют поведение до осуждения, характер преступления и поведение в период следствия и суда, отношение к разным видам деятельности в колонии, преступлению и наказанию, к себе и другим. При психологическом анализе ряд авторов использует социально-психологические типологии, где выделение типов происходит на основе мотивации преступлений (корыстные, сексуальные), при этом под мотивом понимается то, что лежит в основе выбора действий и поступков личности. Такие типологии позволяют вскрыть глубинные детерминанты преступного поведения и на их основе прогнозировать и корректировать поведение осужденного в местах лишения свободы. Для решения последней задачи перспективны типологии осужденных, в основе которых лежат акцентуации характера, темперамент и поведенческие признаки. Они позволяют конкретизировать меры воспитательного воздействия применительно к осужденным и сделать их максимально индивидуализированными.

Многие ученые и практики остаются приверженцами классификации осужденных по степени исправления личности. В ней личность осужденного рассматривается в развитии. С изменением системы отношений становится иной степень исправления осужденного, что поощряется соответствующими стимулами, данная типология обеспечивает движение осужденного от одной степени к другой: перевод на улучшенные условия содержания, направление в колонию с более легким режимом, передвижение без конвоя вне территории учреждения, освобождение условно-досрочно.

Разработанная сотрудниками психологической лаборатории Саратовской области типология (Васильев А.Д., Гавриков И.Е., 1991) основана на интеллектуальном уровне осужденных (высокий, средний, ниже среднего, интеллектуальный дефект); типе темперамента; особенностях характера (общительный – замкнутый, вспыльчивый – спокойный, дисциплинированный – недисциплинированный, откровенный – скрытный и т. д.); активности личности (лидер – отсутствие лидерских качеств).

В этой связи выделено 6 типов осужденных: имеющие положительную социальную установку, сильный тип личности, лидерские задатки; обладающие потенциально-положительными социальными установками, слабым типом личности, без лидерских задатков; не наделенные ярко выраженными организаторскими и волевыми качествами, так называемое болото; с отрицательными социальными установками, слабым конформным типом личности, без умеренно выраженных задатков к лидерству; с отрицательными социальными установками, сильным типом личности; с отрицательными социальными установками, сильным типом личности, объективными задатками к лидерству и стремлением к нему.

В 80—90-х годах XX века ученые-исследователи НИИ МВД и Домодедовского института повышения квалификации (Ю. М. Антонян, Ю. А. Алферов, В. П. Голубев, Ю. Н. Кудряков и др.) предложили типологии осужденных, составленные на основе психодиагностических, чаще зарубежных, методик: мотивационно-поведенческая, характерологическая, патохарактерологическая, индивидуально-стилевая, в зависимости от степени общественной опасности личности и ее криминогенной активности.

В пенитенциарной психологии есть и другие классификации, основанные на индивидуально-психологических особенностях осужденных: Ю.А. Алферова (по характеру и направленности мировоззрения осужденных, определяющих морально-педагогическую запущенность), В.Г. Деева (по направленности), А.И. Ушатикова (по волевой активности). Рассматриваемые типологии базируются на индивидуально-психологических особенностях, в них недостаточно отражена социально-психологическая характеристика осужденного. На практике используется типология осужденных с психическими аномалиями. Сотрудникам исправительных учреждений приходится сталкиваться с осужденными, имеющими психические отклонения в рамках вменяемости: это психопатии, олигофрения, хронический алкоголизм, наркомания, остаточные явления после травм черепа, органические заболевания ЦНС. Психические аномалии обуславливают раздражительность, агрессивность, жестокость, снижают волевые процессы, способствуют внушаемости, ослаблению сдерживающих, контролирующих поведение механизмов. Осужденные с психическими аномалиями составляют большую часть нарушителей режима, часто являются источником возникновения конфликтных ситуаций, а также объектом преступных посягательств со стороны других осужденных. От выявления таких лиц зависят качество и эффективность всех последующих мероприятий.

Дифференциация осужденных по характеру совершенного преступления оказалась практически однозначной, поскольку люди с разными нравственными пороками совершали похожие преступления, а с однотипными нравственными пороками — различные преступления в зависимости от обстоятельств. Все это подтверждает мысль Н.А. Стручкова (1970) о том, что при исполнении наказания центр тяжести с характера и степени общественной опасности преступления должен переноситься на личность осужденного, отбывающего наказание. Хотя в основе уголовно-исполнительной практики до настоящего времени лежит уголовно-правовая классификация, включая тяжесть преступления, его опасность, вид, совершение преступления

неоднократно/впервые, мотив преступления, пол и возраст преступника, его личность. Все вместе взятое в итоге определяет срок наказания и вид учреждения, в котором будет отбывать его осужденный. Несмотря на значимость данных критериев для типологии, они имеют скорее юридическую, чем психолого-педагогическую направленность, поскольку сама личность преступника рассматривается последней в этом ряду.

Ю.М. Антонян, В.П. Голубев, Ю.Н. Кудряков (1989) предложили типологию личности корыстного преступника, включая корыстолюбивый и игровой типы; личность насильственного преступника, включая возбудимый, импульсивный (неуправляемый), ригидный (упорный), гипертимный (активный), демонстративный, безвольный типы; личность осужденного за сексуальные преступления; личность осужденного за неосторожные преступления. В качестве предпосылки к рассмотрению отдельных вариантов типологической характеристики приведем результаты сравнительного психологического анализа различных категорий осужденных.

Таблица 3. Сравнительный психологический анализ разных категорий осужденных

Тип правонарушителя	Отличительные черты
Насильственный	Агрессивность, конфликтность, эгоцентризм, враждебность, замкнутость, внутренняя напряженность, тревожность, высокая реактивность, ригидность, озлобленность, жестокость, мстительность, аффективность, неумение контролировать свои поступки, чувствительность в межличностном взаимодействии
Корыстный	Стремление привлекать к себе внимание окружающих, вызвать сочувствие, низкий уровень тревоги, склонность к чувству вины, импульсивность, эмоциональная нестабильность, рефлексия, жадность, корысть, неадекватное восприятие действительности, бедность интересов
Корыстно-насилиственный	Повышенная осматрительность, быстрота реакции на изменения в окружающей обстановке, быстрая перестройка поведения, враждебность, повышенная эмоциональность, импульсивность при низком самоконтроле
Аддикт	Деформированность потребностей и ценностных ориентаций, разрыв социально полезных связей с семьей, сужение интересов, поглощенность поиском путей удовлетворения потребности в наркотиках и алкоголе, искаженность восприятия окружающей действительности, ослабленность социального понимания поступков, долга и других ценностей, изменчивость в эмоциональной сфере в зависимости от личностных особенностей, нарушение двигательных функций под влиянием ПАВ
Сексуальный	Сниженная чувствительность в межличностных контактах и способность к рефлексии

Социально-психологическое рассмотрение отдельных портретов осужденных начнем с двух основных типов корыстных преступников, выделенных на основе мотивации их поведения. К корыстолюбивому типу относятся лица, смыслом преступного поведения которых является утверждение своей личности в глазах окружения, но прежде всего в своих собственных. В основе лежит обретение материального уровня. Корыстные мотивы поведения связаны с разрешением проблемы самооценки индивида. Корыстная преступная мотивация не является насыщаемой, так как по мере роста материального благосостояния уровень притязаний растет. Среди лиц, совершающих кражи личного имущества, можно выделить 2 группы, ос-

нованные на общеповеденческих признаках. К первой из них относятся лица, состоящие в преступных группах, занимающихся совершением краж. Преступления направлены на завладение материальными благами и ценностями для объективного разрешения психологических проблем. Также к этой группе относятся лица, которые не входят в устойчивые группы, а похищенные материальные ценности идут на обеспечение определенного образа жизни, позволяющего им самоутвердиться. Общим признаком для обеих групп является то, что основным смыслом совершаемых ими краж выступает стремление к утверждению себя в глазах других, значимых для них людей, и тем самым разрешение психологических проблем, связанных с самооценкой и отсутствием внутренней уверенности в собственной ценности как личности и члена общества.

Представителей игрового типа отличает потребность в риске, поиске острых ощущений, связанных с опасностью, включение в эмоционально возбуждающие ситуации, стремление участвовать в различного рода операциях, контактах. Корыстные побуждения действуют наряду с «игровыми», поскольку для них одинаково значимы материальные выгоды и эмоциональные переживания, связанные с совершением преступления. Представителям игрового типа преступников психологически важен процесс такой деятельности, особенно для начинающих. Преступная деятельность стимулируется не столько корыстью, сколько потребностью участвовать в игре, получая от этого определенные ощущения. Игровая мотивация часто наблюдается в преступлениях воров, представляется в мошенничестве, где можно выделить интеллектуальное противоборство, состязание в ловкости, сообразительности, умении адекватно оценивать ситуацию, максимально использовать благоприятные обстоятельства и быстро принимать правильное решение. Карточные шулеры получают от всего максимально эмоциональные переживания. Распространенность азартных игр среди преступников, в первую очередь корыстных, объясняется стремлением к игре многих из них. В тех случаях, когда преступник действует непродуманно, рискованно, оставляя после себя улики, такое поведение является следствием реализации в нем игровых элементов.

Категории личностей осужденных за насильственные преступления свойственно субъективное восприятие окружающего мира. Их агрессия проецируется вовне, в связи с чем ситуации, в которые они попадают, воспринимаются часто как потенциально представляющие угрозу, хотя на самом деле этого может и не быть. Этим преступникам характерны такие личностные черты, как высокая чувствительность, уязвимость и ранимость в сфере межличностных отношений. Вместе с тем проявляются сенситивные качества не в плане сопереживания другим, они обращены исключительно на себя. Причины следует искать в ранней семейной ситуации (возраст 5–7 лет).

Мотивация преступного насилия может быть связана также с тем, что в тех или иных жизненных ситуациях происходит крах Я-концепции и собственно всей структуры ценностей личности, что и выливается в деструктивные действия. Преступное насилие вызывается тем, что сложившаяся жизненная ситуация стала психологически непереносимой для индивида, хотя связано это не с реальной тяжестью такой ситуации, а с ее субъектив-

ным восприятием, и для этого должны быть в наличии определенные социально-психологические и типологические особенности. В значительной степени черты, присущие всем преступникам, выражены у убийц. Это люди, поведение которых определяется аффективно заряженными идеями, реализуемыми в определенных ситуациях. Они чрезвычайно чувствительны к любым элементам *межличностного* взаимодействия, подозрительны, воспринимая внешнюю среду как враждебную. В связи с этим у них затруднена правильная оценка ситуации, она легко меняется под влиянием аффекта. Повышенная сенситивность к элементам межличностного взаимодействия приводит к тому, что индивид легко раздражается при любых контактах, представляющих хоть малейшую угрозу для его личности. Он обладает устойчивыми представлениями, имеет свое мнение, его трудно переубедить. В своих неудачах он склонен обвинять других, а не себя. Все затруднения и неудачи они воспринимают как результат враждебных действий со стороны окружения. Наиболее чувствительны такие люди в сфере личной чести, для них характерно повышенное сознание своей ценности. У убийц часто наблюдаются эмоциональные нарушения, социальная отчужденность и трудности в усвоении моральных и правовых норм. Преступления чаще всего совершаются в связи с накопившимся аффектом в отношении того или иного человека или в ситуации, когда преступник не видит или не желает видеть другого способа разрешения конфликта. Наделение других людей своими мыслями и действиями приводит к тому, что они начинают восприниматься как враждебные и агрессивные. Совершая акт насилия, убийца считает, что он защищает свою жизнь, честь, а иногда и интересы других. От других категорий преступников их отличают чрезмерная стойкость аффекта, повышенная сенситивность, возможность возникновения реакций «короткого замыкания». У убийц в наибольшей степени выражена тенденция выглядеть в лучшем свете, они придают особое значение мнению окружающих о себе. Убийцы сравнительно больше испытывают трудности в установлении контактов, более других замкнуты и необщительны, что еще больше затрудняет межличностные отношения и способствует возникновению конфликтов.

Близко к убийцам по выраженности личностных свойств находятся *корыстно-насильственные* преступники, характерной чертой которых являются импульсивность поведения, пренебрежение социальными нормами, отчужденность от социальной среды, снижение возможности адекватной оценки ситуации, внезапные агрессивные поступки. Для них характерна повышенная враждебность к окружению, а их социальные поступки выступают как постоянная линия поведения, которая определяется тенденцией к непосредственному удовлетворению возникающих желаний и потребностей. Это сочетается с нарушением общей нормативной регуляции поведения, интеллектуального и волевого контроля. Таким образом, корыстно-насильственные преступники отличаются от других наибольшей неуправляемостью поведения и внезапностью асоциальных поступков. У этих преступников в наибольшей степени выражена потребность в самоутверждении, аффективный фон оказывает непосредственное влияние на поведение в большей степени, чем у других преступников, они обладают наиболее низким интеллектуальным и волевым контролем.

В рассматриваемом контексте мы даем краткое описание типов осужденных, выделенных по ведущим личностным свойствам и характерным поведенческим признакам (более подробный клинико-динамический анализ будет приведен в последующих разделах руководства).

У осужденных *возбудимого типа* личности ярко выражено стремление к лидерству, поэтому они, как правило, активны. Им не свойственно иметь четко выработанную жизненную позицию, поэтому их можно встретить и среди активных членов самодеятельных организаций, и среди осужденных с отрицательной направленностью в поведении. Получив власть, они стремятся использовать свое положение для собственной выгоды. Симпатиями и авторитетом у осужденных не пользуются, так как жестко обращаются с не подчиняющимися им осужденными, угрожают им физической расправой, часто создают конфликтные ситуации. Все это обусловлено повышенной эмоциональной возбудимостью, вспыльчивостью и склонностью к накоплению аффекта. Они долго помнят нанесенную обиду, агрессивны, вспышки ярости у них возникают легко и по любому поводу. В этом состоянии поведение может становиться неуправляемым, и они способны совершить грубые акты насилия. Во взаимоотношениях с администрацией колонии эти осужденные бывают готовы на угодничество, подобоострастие, особенно если ждут поддержки или выгод для себя. Их поведение определяется не благоразумием и логическим взвешиванием своих поступков, а влечениями и различными побуждениями. Учитывая ярко выраженное у осужденных *возбудимого типа* стремление к доминированию и использованию своего положения для личной выгоды, на работы, требующие отчетности, их можно назначать при условии строгого контроля.

У осужденных с *импульсивным (неуправляемым) типом* личностные свойства выражены более ярко и это соответствующим образом отражается на поведении, которое приобретает импульсивный характер. С готовностью выполняют поручения лидеров отрицательной направленности, связанные с насильственными действиями в отношении других осужденных. Не умеют управлять своим и чужим поведением, не способны подавлять свои эмоции. Часто относятся к числу злостных нарушителей режима, так как создают конфликты, активно участвуют в драках. Взыскания существенного влияния на их поведение не оказывают, проводимые с ними беседы имеют малую эффективность, так как они игнорируют любые меры убеждения. Такие осужденные плохо усваивают как социально одобряемые нормы, так и нормы, действующие в «отрицательной» среде. Практически их поведение непредсказуемо, они не способны учитывать прошлый опыт, у них отсутствует страх перед наказанием. Неумение приспосабливаться к социальным требованиям и нормам вызывает у них состояние устойчивой дезадаптации, создает внутреннее психическое напряжение, накапливаясь, требует разрядки. Этим объясняется совершение ими многих агрессивных, необдуманных поступков в виде аффективных взрывов, в связи с чем правонарушения носят ситуативный характер. Осужденные *неуправляемого типа* представляют источник повышенной опасности из-за возможности совершения насильственного преступления в период отбывания наказания. Поэтому рекомендуется устанавливать за ними особый контроль и осуще-

ствлять специальные профилактические мероприятия, за малейшие нарушения режима наказывать и всячески ограничивать их контакты с «отрицательными» осужденными. Для снижения психического напряжения на производстве лучше привлекать этих осужденных к работе, требующей значительных физических усилий. Рекомендуются также установить за ними наблюдение врача-психиатра.

Поведение осужденных с *ригидным (упорным) типом* личности в значительной мере определяется такими их личностными чертами, как честолюбие и целеустремленность. В зависимости от своих убеждений и взглядов они любым путем стремятся занять лидирующее положение в группах с отрицательной направленностью либо в самостоятельных организациях. Эти осужденные имеют четко выбранную жизненную позицию, проявляют упорство в отстаивании своих взглядов, склонны к прямолинейности и завышенной оценке собственной личности. Воспринимают окружающий мир по принципу «черного и белого», в суждениях категоричны, придерживаются в ИУ раз и навсегда выбранной линии поведения.

Для этого типа осужденных характерны такие черты, как чрезмерная подозрительность и склонность к застреванию на неприятных переживаниях. Как правило, они недоверчивы, осторожны, трезвы в расчетах и построении планов, злопамятны, обидчивы и мстительны, особенно когда затронуто их самолюбие. Лидеры или члены групп с отрицательной направленностью этого типа поддерживают и насаждают традиции уголовной среды, способны проявлять жестокость в отношении тех, кто пытается подорвать их авторитет, большинство их поступков направлено на утверждение лидерства. В ШИЗО и ПКТ попадают редко, так как им удается переложить ответственность за нарушение на других, пользующихся таким авторитетом осужденных. Иногда осужденные упорного типа сознательно совершают грубые нарушения режима, добиваясь этим перевода в тюрьму, чтобы еще больше утвердить свой авторитет среди «отрицательных». Если же они не достигают желаемого положения среди осужденных, то действия окружающих воспринимают как враждебные, ущемляющие их интересы, выступают в роли «борцов за справедливость», забрасывают заявлениями и жалобами руководство органов, исполняющих наказание, и вышестоящие организации. Если осужденные упорного типа имеют положительную направленность, то целесообразно использовать их коммуникативные и организаторские способности, целеустремленность. Осужденные с отрицательной направленностью в поведении, особенно лидеры, представляют большие трудности для индивидуальной работы.

Основной личностной характеристикой осужденных с *гипертимным (активным) типом* личности является повышенная активность, проявляющаяся во всех сферах их жизни. Они стремятся к любого рода деятельности, в которой смогли бы реализовать эти качества. В то же время у них снижено чувство ответственности, ослаблен самоконтроль, ярко выражено постоянное влечение к переживаниям, к внешней возбуждающей ситуации. В своем большинстве это люди, которые хотят получить от жизни прежде всего удовольствие, стремятся удовлетворять свои прихоти и влечения. В поисках удовлетворения они теряют грань между дозволенным и недозво-

ленным, что часто приводит к нарушению закона. Нередко они бывают лидерами или активными членами отрицательных групп, способны рисковать для утверждения своего лидерства, могут пойти на открытое сопротивление требованиям администрации. Они изворотливы, строят разные комбинации, пытаются наладить запрещенные связи, которые в связи с их неосмотрительностью быстро раскрываются. Эти осужденные охотно вступают в самостоятельные организации, становятся бригадирами, мастерами, старшими дневальными, если перед ними открывается возможность условно-досрочного освобождения. Чаще всего не справляются с возложенными на них обязанностями, так как им быстро все надоедает, и вскоре они начинают халатно к ним относиться. Из-за легкомыслия, отсутствия чувства ответственности за свои слова и поступки, когда накапливается достаточно конфликтов, некоторые осужденные этого типа обычно в середине или конце срока попадают в число «отвергаемых». В работе по исправлению осужденных гипертимного типа наилучших результатов можно достичь, если создать условия для реализации их энергии, инициативы, активности. Они не переносят монотонной работы, требующей усидчивости, аккуратности, а также повышенной ответственности. Им подойдет работа в коллективе с исполнением разнообразных функций, требующая быстрого переключения и взятия на себя инициативы при постоянных контактах со многими людьми. Если осужденный этого типа является нарушителем режима, то обычно быстрый и положительный эффект дает угроза неотвратимости взыскания. В первую очередь следует использовать менее строгие виды взыскания, оставляя в резерве более жесткие. Поощрения к таким осужденным рекомендуется применять только за добросовестное выполнение поручения администрации или производственного задания и тогда, когда в их поведении наметились видимые положительные сдвиги. Целесообразно использовать метод «организации поведения», иначе называемый методом приучения. Он направлен на приобретение опыта правильного поведения, применяя организацию повторяющихся действий, так как люди такого типа бывают крайне легкомысленны и в определенные моменты утрачивают и чувство долга, и способность к раскаянию. В связи с этим хорошей профилактической мерой для них является постоянный, но не мелочный контроль.

Поведение осужденных с *демонстративным типом* личности отличается сильным стремлением любым путем выделиться, добиться восхищения. Они любят быть в центре внимания, обладают богатой фантазией, склонны к позерству, очень высоко оценивают себя, могут прибегнуть ко лжи. Многие из них обладают неплохими артистическими данными, хорошо вживаются в роль, умело улавливая настроение окружающих, подделываются под него. Любят рассказывать самые невероятные истории, чтобы обратить на себя внимание и добиться признания. Осужденные демонстративного типа с первых дней пребывания в колонии пытаются показать себя опытными преступниками. В отношении этих осужденных желательно как можно раньше осуществить профилактические мероприятия, так как они часто вступают в серьезные конфликты и могут совершать дерзкие поступки и даже преступления. В случае необходимости они могут симулировать различные заболевания, особенно психические, чем иногда вводят в заблуждение врачей. У

администрации они обычно на плохом счету. Стиль индивидуальной работы с осужденного такого рода должен носить ровный и спокойный характер. Для них желательно подбирать такие сферы деятельности, в которых они могли бы проявлять свое стремление быть на виду. Противопоказано привлекать их к руководству людьми из-за трудности адаптации в коллективе в связи с фиксацией на собственной личности. Не рекомендуется работа с материальной ответственностью, вождение автотранспорта из-за плохого самоконтроля и подверженности к нервным срывам в критических ситуациях. Эффективным является и такой способ воздействия, как моральное принуждение, смысл его заключается в оценке поступков осужденного и требовании прекратить недостойное поведение под угрозой изменения социально-психологической позиции. Если лица этого типа вступают в постоянные конфликты с другими осужденными, то следует установить за ними контроль и проводить профилактические мероприятия. Это необходимо, чтобы предотвратить возможность совершения ими преступления или попытки к самоубийству, которые могут возникнуть в случае их перевода в число «отвергаемых».

Основной личностной характеристикой осужденных с *безвольным типом* личности является недостаток волевых качеств. В условиях ИУ они легко поддаются под влияние других. Тяга к удовольствию, бездумность, безволие приводят к нарушениям правил поведения в среде осужденных, часто являются причиной перехода в категорию «отвергаемых». Они тяготеют к группам отрицательной направленности, но трусость и недостаток инициативы не позволяют им добиться авторитета, лидеры отрицательных групп используют их для поручений. Как правило, совершают незначительные проступки и чаще всего отбывают наказание за изнасилование, хулиганство, разбой. Преступление обычно совершают в группе, редко бывают организаторами или лидерами. В субъективной стороне преступления прослеживается желание развлечься, получить удовольствие. Поведение характеризуется как нерешительное и робкое. Внешне часто производят впечатление запуганных, боязливых, тревожных, беззащитных, при внимательном наблюдении обнаруживаются легкомыслие, безответственность, трусость, лживость. Процесс адаптации к ИУ протекает у них тяжело и длительно. Индивидуальная работа с данной категорией осужденных основывается на жестком, властном обращении. Их необходимо постоянно держать под контролем, при ослаблении контроля они могут попасть под влияние отрицательно настроенных осужденных. При нарушении режима не следует стремиться сразу применить взыскание, потому что даже угроза дисциплинарного воздействия может изменить линию их поведения. Часто обладают повышенной внушаемостью, легко идут на поводу у других, поэтому в случае возникновения конфликтной ситуации могут принять в ней активное участие. Этих осужденных нецелесообразно привлекать к работе, требующей ответственности, связанной с руководством людьми, там, где нужно проявлять инициативу или выполнять сложные операции. В связи с тем, что у этих осужденных затруднена выработка стойких положительных форм поведения, в индивидуальной работе с ними целесообразно применять метод организации поведения и использовать упражнения, способствующие выработке положительных привычек.

Личность осужденного за *сексуальные преступления*. Отличительные признаки совершивших изнасилования носят качественный характер и свидетельствуют об особенностях способов реализации мотивов поведения, что связано с идентификацией с традиционной культурной и социальной ролью мужчины и женщины. Это главным образом имеет отношение к характеру жизненного опыта, культурным интересам, профессиональным устремлениям. Психологический же смысл изнасилований можно рассматривать как стремление утвердить себя по отношению к женщине. Об этом говорит и характер преступления, в котором часто в меньшей степени отражаются сексуальные мотивы, в большей мере самоутверждение. Такая тенденция рассматривается как следствие нарушенной идентификации с традиционно понимаемой мужской ролью и мужскими качествами. Изнасилование носит компенсаторный характер. За этим преступлением, связанным со стремлением к доминированию по отношению к женщине, может стоять субъективно нерешенная проблема, заключающаяся в том, что человек бессознательно ощущает склонность к противоположному по содержанию, по существу «женскому» поведению (подчиненному, пассивному), которое он стремится преодолеть, чаще неосознанно, чтобы соответствовать субъективным представлениям о мужской роли и качествах. Такие представления и порождаемое ими поведение формируются в процессе социализации индивида. За грубостью и стремлением к доминированию могут скрываться совершенно иные качества. Женщина воспринимается ими как враждебная, агрессивная, доминирующая. Все это является содержанием их аффективной установки на взаимоотношения с представительницами противоположного пола. По отношению к ним эти преступники ставят себя в зависимую, опекаемую, подчиняющуюся, пассивную позицию. У виновных в изнасиловании обычно отсутствует ясное представление о традиционных мужских и женских чертах в поведении, отношения между ними в основном ограничиваются сексуальными функциями, что свидетельствует о социально-психологической незрелости. Именно поэтому их стремление к доминированию ограничивается насильственной реализацией полового акта. Для большинства насильников не существует проблемы персонифицированного выбора женщины даже в качестве сексуального партнера, не говоря уже о ней как носительнице социальной роли. Часто даже такие признаки, как возраст и внешность, не имеют значения для насильственных преступников. В сексуальных преступлениях решаются глубинные, по своей сути, психологические проблемы. Ни в одном из иных видов преступлений нет такой богатой по содержанию бессознательной мотивации. Все осужденные за изнасилования разделены на 3 группы: лица, имеющие нарушения психосексуального развития; лица с выраженными характерологическими или психопатологическими особенностями; лица с нарушениями межличностного восприятия.

В основе выделения *первой* подгруппы лежит положение о том, что каждый человек проходит определенные этапы своего психосексуального развития. Если на каком-то этапе происходит нарушение такого развития, в частности, в межполовых связях, это может способствовать совершению общественно опасных действий. К ним относятся лица, которые совершают преступные действия в отношении ранее незнакомых женщин. Заранее

не определяя конкретный объект нападения, они внезапно нападают и подвергают женщин жестокому избиению, чтобы сломить сопротивление. Личностным смыслом такого преступления является своеобразный протест, попытка обрести психологическое доминирование, самоутвердиться и вместе с тем унижить женщину, прежде всего в собственных глазах. Большинство лиц, относящихся к этому типу, имеют семью, детей. Муж занимает подчиненную позицию по отношению к жене. В первую очередь необходимо выявить причины искажения у них сексуально-ролевых представлений, определенную помощь может оказать здесь психологическое проигрывание осужденным различных ситуаций, связанных с сексуальными контактами.

При *втором* подтипе осужденные отбывают наказание за изнасилование девочек или женщин преклонного возраста, которое сопровождается жестоким избиением, иногда со смертельным исходом. Мотивом такого рода преступлений являются аффективные проявления, сохранившиеся в психике в неосознанной форме. Эти аффективные следы сохранились в связи с психическими травмами, связанными с конкретными девочками и женщинами в детском возрасте осужденного. Преступление носит характер снятия фиксированного аффекта, отсроченного во времени. Индивидуальную работу с такими осужденными желательно строить исходя из специфики совершенного преступления. Должны быть выявлены все аффекты, имевшие место в детстве. Они должны быть устранены при психологическом консультировании с помощью психотерапевтической методики (катарсис, психоаналитическое воздействие). Можно вместе с осужденным воссоздать ситуацию, которая привела к образованию аффекта, делая это неоднократно в состоянии транса. Цель, стоящая перед специалистом, – отсутствие эмоциональной реакции на имевшую место в прошлом психологическую травму.

К *третьему* подтипу можно отнести лиц, осужденных за удовлетворение сексуального влечения к девочкам от 6 до 14 лет. Многие из них судимы ранее за развратные действия, по делу обычно имеется несколько эпизодов. Преступники, как правило, действуют обманным путем. В основе такого преступления лежит задержка психосексуального развития и нарушение контактов с более старшими лицами противоположного пола. Обычно стремление к удовлетворению полового влечения к девочкам возникает, когда контакт со взрослыми женщинами не приносит удовлетворения и является психотравмирующим. Индивидуальная работа направлена на выработку внутренних запретов в отношении лиц, не достигших половой зрелости. Коррекция сексуального влечения осуществляется с помощью сексопатолога.

Преступные действия при *четвертом* подтипе отличаются тем, что направлены вначале не на женщин, а на оказавшихся рядом с ними мужчин. Изнасилование женщины имеет вторичный характер, оно следует после физической расправы с мужчиной. В основе таких преступлений лежат психологические дефекты, сформированные в подростковом возрасте. Мотивом преступлений являются негативные эмоциональные переживания подросткового периода, вызванные попаданием в ситуации, в которых его предпочитали кому-то другому. Это сформировало тенденцию к соперничеству и агрессивной реакции, направленную на любые взаимоотношения

мужчины и женщины. Индивидуально-психокоррекционная работа строится в русле поведенческой терапии.

Например, хорошую помощь и соответствующий результат может принести выбор для таких осужденных форм поведения в ИУ, в которых они смогли реализовать и развить традиционные мужские качества: самостоятельность, смелость и т. д. Основной целью индивидуальной работы с этими осужденными должна быть не коррекция поведения в условиях ИУ, а выявление истинных мотивов преступного поведения с тем, чтобы осужденный их полностью осознал. Если эта цель не будет достигнута, то останутся внутренние предпосылки для совершения повторного преступления аналогичного характера. Особое значение в работе как средство воспитательного воздействия приобретает психологическая беседа. Важно подробнейшим образом выяснить у осужденного весь пройденный им жизненный путь, уделив внимание содержанию сексуальных и эмоциональных переживаний. Большое влияние оказывает на успех их отношение со своей семьей. Именно в этих случаях необходимо способствовать восстановлению и поддержанию семейных отношений.

В основе выделения группы осужденных за изнасилования с выраженными характерологическими или психопатологическими особенностями лежит наличие у них психопатологических черт характера или психических аномалий, в значительной степени определивших их преступное поведение.

При *пятом* подтипе изначальные действия преступника были направлены на кражу, грабеж и т. д., мотив изнасилования возник ситуативно, внезапно, в сочетании с активным физическим насилием и непродуманностью действия. Мотив напрямую связан с сексуальной потребностью. Способствующими факторами являются психологические особенности: импульсивность, низкий самоконтроль, дефекты в морально-нравственной сфере. Индивидуальная работа предусматривает выработку специальных социально-позитивных навыков и самоконтроля. Помощь могут оказать такие методы, как принудительная организация поведения, отрицательное подкрепление любых форм отклоняющегося поведения.

К *шестому* подтипу относятся лица с психическими и физическими дефектами, которые являются препятствием для взаимодействия с лицами противоположного пола. Умысел на изнасилование возникает в связи с невозможностью нормального удовлетворения сексуальной потребности. Способствующим фактором выступает постоянный неуспех в общении с женщинами. Индивидуальная работа в этом случае основывается на коррекции особенностей характера и имеющихся аномалий психики. Здесь необходимо обязательное вмешательство врача-психиатра. Группа осужденных за изнасилования с нарушением межличностного восприятия выделена на основе того, что некоторые мужчины не обладают в должной степени способностью разобраться в поведении женщины и неправильно оценивают его и всю ситуацию в целом.

Осужденные *седьмого* подтипа обычно полностью не признают своей вины, отрицают факт изнасилования. Совершению преступления обычно предшествует предварительное знакомство и общение между преступником и потерпевшей. В этих случаях имеет место провокационное поведение

женщины, которое носит игровой характер. Его смыслом является не стремление к сексуальному контакту, а желание конфликта. Со стороны мужчины мотивом является стремление к половой близости в связи с кажущейся доступностью объекта. Психолог, разбирающий вместе с осужденным криминальную ситуацию, должен занимать нейтральную позицию. Основной упор должен быть сделан на осознании ситуации совершения преступления, мотивах поведения потерпевшей и его самого и на выработке установок, которые позволили бы избежать в будущем повторения аналогичной ситуации с тем же результатом.

Личность осужденного за неосторожные преступления имеет принципиальные психологические отличия от личности осужденных за умышленные преступления. Для осужденных за неосторожные преступления характерна мотивация избегания неудачи, а не мотивация достижения цели, как, например, у умышленных преступников. В соответствии с этим главным для человека становится не стремление к успеху, а избегание неуспеха, который рассматривается как личная катастрофа. С позиции типа реагирования на жизненные ситуации для неосторожных преступников характерны интрапунитивные реакции, т. е. возложение вины за происходящее на себя, в отличие от умышленных преступников, склонных возлагать вину на окружающих. Лица, осужденные за неосторожные преступления, имеют склонность к образованию реакции тревоги на различные ситуации, обнаруживают неуверенность в себе, склонность к волнениям при стрессе и избыточный самоконтроль. В экстремальных ситуациях такие люди легко поддаются страху, склонны к эмоциональной и нерациональной реакции на ситуацию, содержащую угрозу. Все это предполагает снижение эффективности выполняемых в экстремальных условиях действий и увеличение количества ошибок, а также трудность в принятии решений. Стрессовыми для них являются ситуации с непредсказуемым исходом, быстрой сменой действующих факторов. В таких ситуациях они обнаруживают склонность к стереотипам, шаблонным способам действий и не в состоянии объективно проанализировать обстановку, что приводит к нарушению прогноза. Многие дорожно-транспортные происшествия совершены неосторожными преступниками в состоянии алкогольного опьянения. Алкоголь снижает возможность творческого подхода к экстремальной ситуации, активизирует у человека привычные методы реагирования. Поэтому сочетание двух факторов – опьянения и тревожности – способствует повышению аварийности в условиях дорожного движения. Психологические качества могут существовать на характерологическом уровне в скрытом состоянии. В обычных условиях эти черты могут быть выражены слабо или не проявляться совсем даже при длительном наблюдении. Однако под действием определенных ситуаций и психических травм скрытые черты могут выступать ярко, неожиданно для окружающих. Тревожность, даже в скрытом виде, может способствовать принятию объективно неправильных решений в экстремальных ситуациях. Опьянение, конфликтные ситуации, различные психические травмы, переутомление могут приводить к активизации скрытых способностей, ранее присутствующих у человека в скомпенсированном психологически нейтральном состоянии, а это обычно включает привычные способы реагирования и поведения.

Личностные особенности осужденных с наркозависимостью. В настоящее время зависимость от психоактивных веществ стала одной из центральных проблем человеческой цивилизации. Темпы ее роста, особенно среди молодежи, создают реальные предпосылки для деградации общества, угрожают здоровью населения страны и наносят урон экономическому, трудовому, культурному потенциалу. Только за последние годы число наркоманов в нашей стране выросло в 10 раз, и проблема наркомании переросла рамки медицины, угрожая национальной безопасности страны.

Люди с наркотической зависимостью теряют контроль над социальными ситуациями и собственным поведением, отношениями с членами семьи и значимыми другими, образуя единственную социальную сеть, члены которой объединены общей потребностью в наркотиках. Ответственность за собственные неудачи возлагается на других, и личность не предпринимает никаких попыток изменить свое поведение. Перенос ответственности на окружение или судьбу помогает избежать чувства вины и признания необходимости изменить собственное поведение. Накапливающийся опыт неудач в разрешении сложных жизненных проблем формирует убежденность в том, что эффективно справиться с жизненными трудностями невозможно. Это усиливает ожидания негативного ответа со стороны среды и увеличивает чувствительность к стрессу. Новые неудачи еще более нарушают отношения со средой, снижают контроль над ней, приводят к новым конфликтам, имеющим серьезные юридические и общественно негативные последствия. Наркоманы быстро деградируют физически и морально, все их помыслы связаны с наркотиками. Употребление наркотических средств безнравственно само по себе, безотносительно к конкретным его осложнениям. Для наркомана понятия добра и справедливости утрачивают свою значимость.

Значительную часть наркоманов составляют осужденные, которые приобщились к наркотикам как к одному из атрибутов образа жизни преступников, характеризуются стойкой системой антиобщественных взглядов и представлений, трудно преодолимых убеждений. Психология больных наркоманией отличается рядом специфических особенностей, связанных с неосознанностью своего заболевания в структуре личности больных наркоманией различают черты, присущие преморбиду и искаженные или появившиеся вследствие употребления наркотиков. Чаще всего наркотизация встречается у лиц с акцентуированными, дисгармонически сформированными чертами характера. Для них характерны эмоциональная неустойчивость, возбудимость, гедоническая направленность интересов и стремлений, оппозиционное отношение к нравственным и этическим нормам.

В настоящее время среди спецконтингента ИУ наблюдается рост числа осужденных по статьям 228–233 УК РФ (употребление, сбыт, хранение и изготовление наркотических веществ и т. д.). Среди них находится значительная категория лиц, употреблявших наркотические вещества на свободе. На основании этого такие осужденные поставлены в учреждениях УИС на учет как склонные к употреблению наркотиков.

Хроническая интоксикация наркотиками приводит к выраженным изменениям личности, среди них преобладают лживость, безответственность, черствость, безразличие к окружающим, жестокость, склонность к истери-

ческим реакциям. В коллективе больных наркоманией довольно часты кражи, порча вещей, попытки взломов и насаждение «воровских» традиций, что требует специальных мер для поддержания порядка, режима и дисциплины. Наркоманы уклоняются от работы, считая всякий труд унижительным и тягостным бременем, обнаруживают неспособность к систематическим нагрузкам, что проявляется в различных психопатических реакциях, чаще истерических. Поэтому привлечение наркоманов к труду является задачей, требующей терпения, настойчивости и внимания. При этом необходимо учитывать длительную абстиненцию, тяжесть астении, ограниченные возможности адаптации к нагрузкам, наличие соматической, неврологической и психической отягощенности. Даже при стойком снижении волевых, умственных и эмоциональных возможностей у наркоманов они проявляют чудеса изобретательности и предприимчивости в планировании и использовании действий, направленных на добывание ПАВ, помогают им в этом круговая порука и солидарность.

ГЛАВА 9. ПСИХООНКОЛОГИЯ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Современное развитие медицинской науки требует новых подходов, технологий и практик в терапии, восстановлении и социальной реабилитации пациентов. Всё это становится очевидным, когда речь заходит об онкологических пациентах. Роль стрессовых механизмов и эмоционального реагирования на заболевание велика и диктует необходимость не только оперативного вмешательства, лучевой и химиотерапии, но и серьезной психосоциальной реабилитации, поскольку формирующиеся психические расстройства утяжеляют течение основного заболевания. Наряду с достижениями в области терапии раковых заболеваний научные разработки по психоонкологии позволили улучшить продолжительность и качество жизни пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями.

Особую значимость эти положения приобретают в Сибири, где мощный прессинг окружающей среды, техногенных факторов и социальные инфраструктуры отличаются от таковых в европейской части России. Развитие Сибирского региона способствовало созданию сибирской академической науки, поэтому в 1979 г. за Уралом был открыт первый институт медицинского профиля – НИИ онкологии, с небольшим перерывом произошло открытие кардиологического центра, а в 1981 г. был организован НИИ психического здоровья. Уникальное историческое развитие способствовало научному содружеству двух институтов, сочетанию двух дисциплин, взаимодействие которых способствует прогрессивным исследованиям и внедрениям. Эпидемиологическая оценка сибирской науки отражает общие тенденции развития науки: *«Сибирь не мир, но его реальное отражение»*.

Научные исследования двух институтов позволяют не только диагностировать онкологическое заболевание на ранних этапах, что облегчает терапевтическое воздействие, но и позволяет на ранних этапах предупредить развитие психических расстройств и психопатологических реакций, способствовать реабилитации пациентов в микросоциуме и семье. Интеграция научных усилий способствовала созданию новых организационных форм специализированной помощи: это группа психореабилитации на базе НИИ онкологии, межведомственный центр психического здоровья на базе НИИ психического здоровья, передвижные психотерапевтические кабинеты для отдаленных районов.

Для превентивной работы значимым направлением является оценка социальных факторов, комбинированного стресса в генезе психопатологических проявлений при онкопатологии, а также роли личности, ее преморбидных черт, реакции на психогенные воздействия. Важность этого направления отражается в персонологии, новом направлении медицинской науки.

9.1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Сочетание у одного пациента соматической и психической патологии – весьма частое явление в медицинской практике (как в стационарной, так и в амбулаторной). Психическое расстройство может осложнить или замедлить процесс выздоровления от терапевтической или хирургической болезни (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., Цейтина Г.П., 1987; Payn D.K. et al., 1997; Pugliese P. et al., 1998; Cunningham A.J., 1999), причем весьма часто оно не выявляется в условиях медицинских учреждений общего профиля. Установлено пять типов связей между соматическим заболеванием и психическим расстройством: 1) психологические факторы как причина соматического заболевания; 2) психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами; 3) психиатрические последствия соматического заболевания (органические или функциональные нарушения); 4) психическое расстройство и соматическое заболевание, случайно совпавшие по времени; 5) соматические осложнения психических нарушений (намеренное самоповреждение, злоупотребление алкоголем, расстройства приема пищи и т. п.). Изучение психосоматических соотношений на материале конкретных результатов обследования больных проведено нашими сотрудниками (А.Н. Гузев, В.Г. Гут) в рамках пограничной онкопсихиатрии. Проблемы онкопсихиатрии имеют несомненный междисциплинарный характер, причем психологические последствия онкопатологии соответствуют личностным реакциям на любое тяжелое соматическое расстройство: возрастные тревоги, депрессивный аффект, вплоть до риска самоубийства. Следует учесть, что злокачественные новообразования являются одной из главных причин заболеваемости и смертности во всех странах мира. В связи с этим становится актуальным аспект психологической реабилитации пациентов, их качества жизни, выработки принципов коррекции пограничных психических нарушений при онкопатологии.

Указанная категория патологии может быть отнесена к психосоматическим расстройствам, продолжающим оставаться объектом, вокруг которого не прекращаются философские и методологические споры. В формировании данной патологии принимают участие несколько групп факторов. Во-первых, соматическое состояние больного на момент возникновения онкозаболевания и его изменения в этой связи. Во-вторых, чрезвычайное по силе и продолжительности действия психотравмирующее влияние возникшего онкологического заболевания на личность больного; это не может не отразиться на самой личности и на ее связях, отношениях с окружающей действительностью (отсюда целесообразность привлечения к разработке данной проблемы психологов, социологов и, естественно, психиатров).

Использование новых методов, не применявшихся ранее при изучении данного вопроса, а именно системного подхода с привлечением методов кибернетики, что позволяет приблизиться к пониманию указанной проблемы, прояснить ряд принципиальных моментов, без знания которых невозможно дальнейшее продуктивное ее изучение. В первую очередь речь идет о квали-

фикации процессов, имеющих место на ранних стадиях опухолевого заболевания. По сути, приходится решать, являются ли они патологическими и требуют лечения или же отражают естественные адаптивные механизмы, вмешиваться в которые врачу без достаточного их знания нецелесообразно. Важной проблемой является типология, систематика наблюдаемых психических расстройств, в основу которых должна быть положена комплексная оценка патогенетических, клинико-динамических и прогностических параметров.

Не претендуя на всю полноту охвата системного подхода, мы предприняли попытку углубленного клинико-психопатологического и клинико-динамического изучения данной патологии с последующей разработкой путей реабилитации и профилактики. Проведены исследования двух групп больных: с канцерофобическим синдромом в рамках различных пограничных нозологических форм и со злокачественными и доброкачественными опухолями головы (экстракраниальная локализация) и шеи.

Отправной точкой в распределении больных на две группы послужило положение В.А. Ромасенко и К.А. Скворцова в отношении генеза канцерофобии: «...в формировании клинической картины этих нарушений имеют значение несколько факторов: качество внешнего воздействия; характерологические и вообще психические особенности данного лица; соматическое состояние субъекта». Далее в описаниях психических расстройств при реальной онкопатологии мы находим, что в оформлении их клинической картины принимают участие практически те же самые факторы, а именно психотравмирующий, характерологический и экзогенно-органический, которым те или иные исследователи придают разное значение. При канцерофобиях и при реальной онкопатологии клиническая картина психических расстройств является результатом сочетания и взаимодействия трех групп факторов, которые мы обозначили как психосоциогенный, конституционально-типологический и соматогенно-органический. При сравнении особенностей формирования синдрома в первой и второй группах мы рассчитывали приблизиться к пониманию патогенеза этих расстройств, конкретного вклада и значения каждого из перечисленных синдромообразующих факторов. Условно разделили их на три большие группы, имея целью указать направление их действия, противоположное действию того или иного патогенетического фактора.

Нагляднее всего это получилось на примере соматогенно-органических воздействий: противостоящие им саногенетические факторы мы условно обозначили как соматические ресурсы адаптации, имея в виду способность организма адаптироваться к данному заболеванию, выработать способы борьбы с ним и усилить компенсаторные возможности. Здесь речь идет об оптимальном состоянии реактивности и неспецифической резистентности организма. Соответственно воздействию такого патогенетического фактора, как конституционально-типологический, мы противопоставили группу саногенетических факторов, объединенных под условным названием «внутренние ресурсы адаптации»: они отражали актуальное состояние психической реактивности индивида, своеобразный «порог чувствительности» к психотравмирующим воздействиям, способность противостоять им и конструктивно разрешать трудные жизненные ситуации.

Патогенному влиянию психосоциогенного фактора противостоит группа саногенетических факторов, условно именуемых нами как «внешние ресурсы адаптации». Содержательная сторона этого понятия, как и предыдущих, вероятно, довольно широка; можно предположить, что здесь имеется в виду не только отсутствие психотравмирующего воздействия на личность извне, но и наличие в окружающей действительности ценностей более значимых, чем состояние здоровья индивида, и готовность его действовать, соотносясь с такой системой ценностей, т. е. известное многообразие и устойчивость мотивационной сферы.

При условности выделения указанных групп факторов целесообразность его на определенном этапе исследования, а именно при построении лечебных программ, представляется несомненной. Следующим допущением являются вводимые нами понятия сенсibilизации и десенсibilизации. Под первым мы понимаем такое состояние, при котором факторы патогенеза имеют определенный перевес над саногенетическими, и поэтому приобретают решающее значение в формировании клинической картины психических расстройств; под вторым – обратный процесс, при котором факторы саногенеза начинают играть доминирующую роль, что, соответственно, начинает определять динамику болезни на данный момент. Таким образом, эти два понятия позволяют не только должным образом оценивать структуру настоящего состояния, но, что еще важнее, и его патокинез – как в прогредийном, так и в регредийном направлении.

Зависимость выраженности психических расстройств от ведущих патогенетических факторов у больных первой группы прослеживалась в динамике (катамнез продолжительностью от 0,5 года до 3 лет, в среднем 1,5 года). Так, их клинические проявления уменьшались при дезактуализации психотравмирующей ситуации и увеличивались при ее актуализации у психогенно- и личностно-сенсibilизированных больных. В случаях с преимущественно соматогенно-органической сенсibilизацией клиническая динамика находилась в прямой зависимости от выраженности этой сенсibilизации и ее колебаний, вызванных как естественными факторами (например, сезонностью), так и предшествующим лечением основной патологии.

У онкобольных наблюдаются адаптивные процессы в организме, отражением которых в сфере психической деятельности являются анозогнозия, депривация и депсихопатизация, а в случае менее успешной адаптации – редуцированные невротоподобные и невротические реакции. Вне зависимости от преморбидных личностных особенностей или предшествующего психогенного анамнеза у всех пациентов второй группы ведущим патогенетическим фактором выступает соматогенный, изменение же в двух других синдромообразующих компонентах носят вторичный, определяемый соматическим фактором характер, и проявляются тенденцией десенсibilизации. Иными словами, на начальных стадиях онкозаболеваний отмечалось такое изменение общей, а за ней и психической реактивности, при которой становятся невозможными возникновение и существование пограничной психической патологии в ее традиционных вариантах. Этим и объясняется незначительная распространенность психических расстройств при онкозаболеваниях.

Прослеженная динамика (средняя длительность катамнеза до 2 лет, хотя в выборке есть и пациенты с 15-летним онкологическим анамнезом) полностью подтверждает факт доминирования соматогенного фактора над двумя остальными. Даже в наиболее благоприятных случаях, когда своевременное лечение онкозаболевания давало хороший эффект, а общие адаптивные ресурсы человека оказывались настолько высоки, что необходимость адаптироваться к заболеванию не вызывала необходимости отказа от социальной адаптации, тем не менее происходили настолько выраженные изменения общей реактивности организма, которые приводили к изменению психической реактивности, накладывая на весь психический облик печать «органической» астении, невропатичности, что нельзя было квалифицировать иначе как соматогенное развитие личности. При этом оставался сохранным уровень невротического реагирования, возможны были и патохарактерологические реакции и состояния.

При менее благоприятных вариантах (прогредиентном течении основного заболевания) исходное равновесие трех синдромообразующих факторов практически не менялось: в условиях деневротизации и депсихопатизации, а в некоторых случаях и сохраняющейся аногнозии заметно нарастала органическая астения, на фоне которой невротические образования становились все менее яркими и продолжительными, все более стертыми и блеклыми, постепенно нивелировалась личность больных. Промежуточное положение в данном случае занимали пациенты со средней прогредиентностью онкопроцесса, которые «успевали пережить» этап соматогенного развития личности, напоминающий таковой у больных первой группы, но менее клинически очерченный и выраженный, быстрее сменяемый глубокой астенизацией и нивелировкой личности.

Такое патологическое соматогенное развитие было синдромологически представлено в основном ипохондрическими расстройствами с непостоянным включением депрессивных, истериформных, обсессивно-фобических и некоторых других расстройств, носящих еще отпечаток преморбидной личностной структуры. Во всех случаях расстройства эти развивались на фоне органической астении с присоединением на более отдаленных этапах проявлений органического дефекта.

В процессе системного анализа получен континуум психосоматических соотношений с переходными формами патологии, которые возникали и развивались по специфическим, свойственным только им закономерностям, далеко не во всем еще ясным. Материалом для формирования такой патологии служат три группы факторов: психосоциогенный, конституционально-типологический, личностный и соматогенно-органический. Дальнейшее изучение этого континуума и свойственных ему закономерностей с привлечением более строгих методов позволит, вероятно, с одной стороны, специалистам-соматологам лучше ориентироваться в сложных соматопсихических процессах, а с другой стороны, для психологов и психиатров во многом перестанут быть загадочными те процессы в организме, отражением которых являются различные психические расстройства.

Синдромологическую структуру ПНПР, встречающихся в онкологической практике, можно интерпретировать с помощью модели психосомати-

ческих соотношений как внешние проявления реализации различных вариантов патогенеза или этапов патокинеза. Они обозначены условно термином преобладающий тип сенсibilизации, имеющим три вектора направленности – соматогенно-органический, психосоциогенный, личностный. С позиций системного подхода психопатологический синдром можно рассматривать как продукт сложной совместной деятельности нескольких взаимосвязанных систем – организма пациента, собственно целостной деятельности индивида (с тремя ведущими подсистемами) и системы межличностных отношений. Восстановление первоначального варианта этих взаимодействий (спонтанное или терапевтическое) определяется как десенсibilизация.

В ходе проведения структурного анализа описана картина канцерофобического синдрома (КФС), который вместе с истероневротическими расстройствами во многом определяет клинику пограничной патологии в первой группе пациентов. В его развернутом виде прослеживаются аффективный (расстройства настроения, моторики, вегетатики) и идеообсессивный (аффективно окрашенные навязчивости, фобии, сверхценные образования) компоненты. Максимальный удельный вес этого синдрома отмечен у больных с доброкачественными опухолями женской половой сферы (20 %), несколько реже (16 %) – у лиц, не имевших онкологической патологии; при злокачественном характере опухолевого процесса КФС вообще не выявляется.

При «редуцированных» формах синдрома (недостаточной выраженности или полном отсутствии одного из его компонентов) максимальным он был в группе больных с доброкачественными опухолями или предопухолевыми заболеваниями грудных желез (42,8 %) и у лиц, не имеющих онкологической патологии (32,5 %); у онкогинекологических пациенток встречался в 22,7 % случаев; в других группах не был отмечен.

При нарастании тяжести соматического состояния сокращается общее число психопатологических синдромов (рассчитанное в среднем на одного больного), причем уменьшение происходит избирательно за счет синдромов психореактивного блока при параллельном относительном нарастании удельного веса расстройств астенического блока. Данная закономерность отражает изменение реактивности организма, заключающееся в смене психосоциогенной сенсibilизации (в случаях с меньшей тяжестью соматического состояния) на соматогенно-органическую (свойственную больным с более тяжелой соматической патологией).

Психические расстройства при доброкачественных опухолях матки и яичников следует рассматривать в рамках психогендокринного синдрома М. Блейлера (1954) с характерной для него триадой астенических, аффективных расстройств и нарушения инстинктов, влечений. Их встречаемость на разных этапах лечебно-диагностического процесса колеблется от 45 до 88 % с пиком через 0,5–1,5 года после операции. После хирургической кастрации в течение первого года достоверно чаще, чем после гистерэктомии, наблюдаются аффективные синдромы (15–19 и 32–35 %), а в отдаленном периоде – психопатоподобные состояния (5–6 и 15–17 %). Эти расстройства имеют тенденцию к прогрессивности, приводящей к выраженной социально-трудовой дезадаптации.

Для клинического оформления указанных расстройств необходимо сочетанное взаимодействие следующих групп факторов: снижение адаптационных возможностей организма вследствие нарушения функционирования церебральных структур (гипоталамо-гипофизарных), первично или вторично – при нарушении или прекращении гормональной регуляции на уровне матки или яичников; нарушение межличностных отношений или невозможность выполнения социальных ролей вследствие эндокринных нарушений (переживание бесплодия, затруднений в сексуальной жизни и пр.); постоянно или периодически возникающие эндокринные пертурбации (нейровегетативные нарушения в виде приливов с потливостью, болезненные или обильные месячные, гирсутизм, алопеция); интрапсихический конфликт, обусловленный личностными (конституциональными) особенностями (например, наличием акцентуации характера, препсихосоматического или психопатического склада личности). Изучение структуры ПНПР показывает их неустойчивость, полиморфизм, наличие переходных форм.

Формирование непсихотической патологии происходит на фоне многообразных, преимущественно перманентных нейровегетативных нарушений и соматоэндокринных сдвигов. Все облигатные синдромы (астенический, ипохондрический, истериформный, эксплозивный) и их варианты характеризуются преимущественно невротическим уровнем клинической выраженности.

При оценке клинической динамики облигатных психопатологических синдромов при доброкачественных опухолях матки и яичников удается выделить три этапа: *начальный* (преимущественно астенических расстройств), *структурирования аномального склада личности* (полиморфных аффективных и неврозоподобных расстройств) и *стойкого патохарактерологического сдвига* (по типу соматогенно обусловленного патологического развития личности).

Начальный этап выявляется у женщин с различным преморбидным личностным радикалом, продолжительность его составляет 1–4 года, а начало отмечается за 1–2 года до выявления опухоли, реже – в момент ее выявления или позже. Начало характеризуется субклинической астенической симптоматикой (легко выраженные и нестойкие утомляемость, усталость к концу дня, раздражительность, тревожность, легкие затруднения припоминания, неглубокий сон, сердцебиение, кардиалгии, дистальная потливость). Под влиянием соматогений, переутомления, психотравмирующих факторов на субклиническом астеническом фоне формируются астенические реакции, способные на первых порах подвергаться регрессу под влиянием отдыха, приема растительных адаптогенов, седативных средств. Наиболее частыми реакциями являются *астеновегетативная* (повышенная физическая утомляемость, эмоциональная лабильность, легкая рассеянность, диссомнические расстройства, потливость, кардиалгия), *астеносубдепрессивная* (снижение уровня побуждений, преобладание оттенка безрадостности в общем фоне настроения, утомляемость), *астенодистимическая* (тревожность, раздражительность, слезливость, недовольство окружающими, угрюмость), *астенофобическая* (страхи замкнутых пространств, очередей, заболеть раком), *субдепрессивно-ипохондрическая* (тревожность, подавленность,

сосредоточенность внимания на собственных ощущениях, носящих сенестопатический характер), *астеноистерическая* (демонстрация с оттенком драматизации, оценка малозначимой астенической симптоматики, рудиментарные конверсионные нарушения).

Далее формируется астенический синдром (соматогенная астения), ядром которого являются повышенная утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение концентрации внимания, поверхностный сон. Астеническая симптоматика отличается стертостью, отсутствием полиморфизма клинических проявлений, наличием многообразных нейровегетативных и обменно-эндокринных нарушений.

При астеническом синдроме происходит заострение преморбидных личностных черт, упрочение и усиление выработанного набора стереотипных поведенческих реакций. У тормозимых натур это проявляется в усилении тенденции к самоустранению и самоизоляции, у возбудимых – в виде преобладания реакций раздражительности, гнева, у истерических – в виде закрепления способности к субъективному игнорированию отрицательно окрашенных сигналов и тенденции к манипулированию окружающими на основании эгоистически интерпретируемых правил поведения, у гипертимных – в виде усиления активности, сопровождающейся относительным снижением эффективности деятельности. Нарушение инстинктивной деятельности и влечений выражается в изменении либидо и аппетита в сторону снижения или повышения, зоны температурного комфорта в виде зябкости, плохой переносимости жары.

На этапе стойкого патохарактерологического сдвига наблюдается дальнейший прогресс астенических, дистимико-дисфорических и истероипохондрических расстройств, отмечается перераспределение удельного веса неврозоподобного и патохарактерологического симптомокомплексов. Трансформируются собственно феноменологические проявления клинической картины в направлении, обусловленном изменением взаимоотношений личности с неблагоприятными микросоциальными факторами, перестройка всего стиля личностного реагирования с формированием соматогенно обусловленного патологического развития личности в виде астенического, ипохондрического, истериформного и эксплозивного вариантов.

Адекватная коррекция психических расстройств при доброкачественных опухолях матки и яичников должна обязательно учитывать преморбидные личностные особенности больных. Астенический вариант динамики наблюдается у лиц с тормозимыми чертами характера (преимущественно астенические, психастенические личности, сенситивные шизоиды), реже – у возбудимых и гармоничных. Ипохондрический вариант динамики отмечается преимущественно у возбудимых, реже – у истерических и тормозимых личностей. Истериформный вариант формируется преимущественно у личностей с истерическими чертами характера, а также у гипертимных и части возбудимых, а эксплозивный – в основном у личностей возбудимого круга.

Психические нарушения у больных со злокачественным характером заболевания опухоли возникают, как правило, тотчас или вскоре после выявления новообразования и представляют собой реакцию личности на тяжелое соматическое заболевание. В большинстве случаев они квалифи-

цируются как адаптационные (приспособительные) реакции: чаще всего с расстройством эмоций – тревоги, беспокойства (33,6 %), реакции анозогнозии (27,7 %), значительно реже – кратковременные депрессивные реакции (10,9 %) или более затяжные депрессивные состояния (7,3 %).

На втором этапе (спустя 0,5–1 год от начала заболевания) происходит нарастание удельного веса астенических и психоорганических расстройств в сочетании с субдепрессивными проявлениями. На третьем этапе (поздней трансформации клинической картины) ведущие невротические и неврозоподобные нарушения сменяются психоорганическими симптомами. На стадии отдаленных клинических проявлений отмечены существенное упрощение клинической картины и значительное увеличение удельного веса психоорганических расстройств.

В патогенетической модели психических расстройств у больных со злокачественным характером опухоли значительное место отводится таким клиническим феноменам, как анозогнозия, редукция психопатологического способа реагирования, депсихопатизация. Суть их действия состоит в том, что ценой последовательной редукции функционирования двух вышестоящих систем (целостной психической деятельности и межличностных отношений) достигается максимально возможная концентрация совокупных защитно-компенсаторных сил на главной задаче биологической системы (организма больного) – приостановке роста опухоли (или недопущении ее рецидивирования после лечения).

Целью патогенетической терапии является реализация принципа увеличения совокупных ресурсов компенсации, поскольку радикальное вмешательство в патогенетический цикл (т. е. десенсибилизация) не представлялось возможным. С учетом специфики основного заболевания исключаются медикаменты и физиопроцедуры, способные ускорить злокачественный рост, а также психотерапевтические приемы, требующие значительной затраты сил пациента или сопряженные с психоэмоциональным напряжением. Психотерапия с 90-х гг. прошлого века активно внедряется в онкологическую практику (Holland J. et al., 1992; Marsden S.C., 1998; Moorey S. et al. 1998).

Реализация терапевтических принципов достигается применением адаптированных к специфике пограничной онкосиатрии принципов дифференцированности, комплексности и этапности реабилитации (Семке В.Я., 1999). Первые два принципа подразумевают выбор терапевтического вмешательства с учетом структуры реактивности пациента (тип преобладающей сенсibilизации) с использованием патогенетических подходов. Третий принцип подразумевает варьирование объема помощи на разных этапах динамики в условиях соответствующих организационных форм (амбулатория, полустационар, стационар). Особого внимания заслуживает созданный при нашем участии (Гузев А.Н., Семке В.Я., 1990) кустовой психотерапевтический кабинет на базе клиники НИИ онкологии. В нем консультант-психотерапевт работает для обследования и лечения пациентов с онкологическими проблемами в содружестве с психологом, логопедом (для лиц с локализацией опухолевого процесса в области головы и шеи), лечащим врачом-онкологом и другими консультантами.

Аналогичным звеном для лиц без онкопатологии или же с доброкачественным характером опухоли служит развернутый в общесоматической поликлинике психотерапевтический кабинет. При неэффективности лечения пациенты направляются в психотерапевтический полустационар или стационар (межрегиональный центр пограничных состояний), причем больные второй группы – только после лечения основного заболевания, закончившегося стойким улучшением. Оценка реадаптационных и реабилитационных мероприятий, проведенная с использованием специальной шкалы (Семке В. Я., 1981), показывает хорошую эффективность применения указанных принципов и организационных форм специализированной помощи. В группе больных со злокачественными опухолями полное выздоровление (как устранение психической, а не основной патологии) достигнуто в 8,7 %, практически полное – в 55,5 %, неполное – в 28,3 %, незначительное – в 7,5 %. Еще более обнадеживающие результаты получены в первой группе (16,9; 70,3; 10,4; 2,4 %). Применение принципов патогенетической терапии позволяет оптимизировать превенцию, лечение пограничной патологии, встречающейся в онкологической практике, а также реабилитационные мероприятия с данным контингентом больных.

9.2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ В ОНКОПСИХИАТРИИ

На современном этапе развития онкологии одной из её целей является не только рост продолжительности, но и повышение качества жизни больного раком. В этой связи очевидна необходимость совершенствования психотерапевтической работы с онкологическим больным. Изменения в психической сфере у онкологических больных носят вторичный характер, поэтому лечение их психофармакологическими и психотерапевтическими методами имеет вспомогательное, но не решающее для реабилитации значение. Наиболее перспективным можно считать использование данных психического состояния пациентов как дополнительные диагностический и прогностический методы.

По мнению Л.Б. Дмитриева, Л.М. Телелевой, С.Л. Таптаповой, И.И. Ермаковой (1990), психотерапия должна строиться с учётом психических нарушений, особенностей психотравмирующих факторов, а также условий, в которых оказываются больные после лечения. На первом этапе проводятся разъяснительные и успокаивающие психотерапевтические беседы, основная задача которых – коррекция патологических реакций на болезнь и воспитание сознательного отношения к лечению. Исходя из того, что психологические компоненты перерастают в психопатологические расстройства, нельзя допустить, чтобы больной утратил сознание своей социальной значимости. Кроме психотерапии такие больные нуждаются в проведении специального психофармакологического воздействия.

Реабилитационные мероприятия осуществляются при использовании принципов дифференцированности, комплексности и поэтапности (Семке В.Я., 1979; Кабанов М.М., 1985), которые были конкретизированы и адапти-

рованы к исследуемым нарушениям. Дифференцированность заключалась в выборе психотерапевтической тактики и принципов терапии, основанных на выявлении в каждом отдельном случае преобладающего типа реагирования на болезнь. Комплексное воздействие заключалось в применении сочетанного влияния на биологическую (соматогенную) и психосоциогенную системы в целостной психической деятельности. В терапевтическом воздействии делался акцент на увеличение внутренних ресурсов компенсации. Конкретная реабилитационная схема для каждой больной была строго индивидуальна с учётом её индивидуальных особенностей. Применение двух реабилитационных принципов подразумевает и использование третьего – поэтапности реабилитационных мероприятий, поскольку объём психотерапевтической помощи был неодинаков на разных этапах, что требовало соответствующих условий (организационных форм).

Организация оказания психотерапевтической помощи женщинам с раком молочной железы состоит из нескольких этапов (табл. 1).

Таблица 1. Этапы оказания психотерапии женщинам с раком молочной железы

Этап	Сроки	Место проведения	Цель работы
I	Во время госпитализации в стационар	Отделение общей онкологии клиник НИИ онкологии (стационар)	Знакомство с психиатром (психотерапевтом) внутри стационара, работа с пациенткой по разработанной нами программе (п. 5.3)
II	Через 1 месяц после выписки из стационара	Маммологический центр НИИ онкологии (амбулаторный приём)	Совместная работа психиатра (психотерапевта) и онколога с пациенткой, выявление нарушений и коррекция эмоционального состояния женщины
III	Через 6 месяцев после выписки из стационара	Межведомственный центр психического здоровья НИИ психического здоровья	Обсуждение психического состояния женщины, её установок, жизненных приоритетов, возможности рецидива болезни
IV	1 раз в месяц	НИИ онкологии (стационар) НИИ психического здоровья	Открытая психокоррекционная группа для женщин с раком молочной железы
V		Межрегиональная общественная организация «Вместе против рака»	Помощь и профессиональный совет людям с онкологическими заболеваниями

Основной целью *первого этапа* являлось знакомство и создание комплаентности с пациенткой, затем сбор анамнеза и проведение экспериментально-психологического исследования. После обработки результатов у женщины квалифицировался психический статус, определялись группа (по стадии основного заболевания) и подгруппа (по уровню качества жизни и уровню тревоги). И пациентка в соответствии со всем вышеперечисленным принимала участие в психореабилитационной программе. На *втором этапе* психиатром (психотерапевтом) совместно с онкологом на амбулаторном приёме через 1 месяц после выписки выявлялись психоэмоциональные нарушения женщины с последующей их коррекцией. *Третий этап* проводился через 6 месяцев и осуществлялся в Межведомственном центре психического здоровья на базе НИИ психического здоровья. На данном этапе обсуждалось психическое состояние женщины, определялись её установки, жизненных прио-

ритеты, в том числе возможности рецидива болезни. *Четвёртый этап* включал в себя ежемесячное проведение открытой психокоррекционной группы, где женщины с раком молочной железы делились между собой своими переживаниями, трудностями и тем самым оказывали друг другу совместно с психиатром (психотерапевтом) колоссальную психологическую поддержку. *Пятый этап* – это активная деятельность в рамках межрегиональной общественной организации под названием «Вместе против рака», имеющей свой сайт в Интернете (<http://patient.netoncology.ru>). Задачей этой общественной ассоциации является объединение усилий отдельных лиц, а также общественных организаций России с целью создания условий для организации и проведения в стране реальной и эффективной профилактической и просветительной противораковой работы среди населения, для защиты интересов онкологических больных и их родственников, а также психоэмоциональной и социальной реабилитации и улучшения качества жизни онкологических больных после лечения. Здесь женщины находят ответы на многие волнующие их вопросы, которые в силу ряда причин не могли задать лечащему доктору или психиатру (психотерапевту) относительно своего заболевания.

Помимо общих принципов реабилитации онкопациентов с пограничными психическими расстройствами, использовались результаты экспериментально-психологических методик, проводимых у женщин с раком молочной железы. В частности данные опросника качества жизни И.А. Гундарова («Роза качества жизни», 1994) и шкалы тревоги Гамильтона.

Таблица 2. Формирование групп женщин с раком молочной железы

Группа	Соотношение уровня качества жизни и уровня тревоги
А	Высокий уровень качества жизни и низкий уровень тревоги
В	Высокий уровень качества жизни и высокий уровень тревоги Средний уровень качества жизни и высокий уровень тревоги Средний уровень качества жизни и низкий уровень тревоги Низкий уровень качества жизни и средний уровень тревоги Низкий уровень качества жизни и низкий уровень тревоги
С	Низкий уровень качества жизни и высокий уровень тревоги

Внутри каждой группы (стадии) все женщины были разделены на три подгруппы, в зависимости от уровня качества жизни и уровня тревоги. Таким образом, в каждой группе женщин с раком молочной железы сформировалось три подгруппы, которые и служили ориентиром для выбора тактики проведения психокоррекции (табл. 2).

Таким образом, учитывая данное разделение женщин с раком молочной железы, были получены следующие данные. Прежде чем все женщины были распределены по подгруппам, на каждой стадии статистически был определён средний уровень качества жизни и уровень тревоги, а также пределы верхней и нижней границ. Так, для женщин из первой группы средний уровень качества жизни составил $40 \pm 1,52$, средний уровень тревоги – $15 \pm 1,63$. Для второй группы (стадии) средний уровень качества жизни имел значение $37,5 \pm 0,84$, а средний уровень тревоги – $16,5 \pm 1,05$. В третьей группе средний уровень качества жизни составил $41 \pm 1,23$, средний уровень тревоги – $14 \pm 1,79$.

На каждой стадии онкологического заболевания выявляются женщины с различными вариантами уровня качества жизни и тревоги. Необходимо отметить, что на первой стадии заболевания женщины с раком молочной железы распределились между подгруппами практически в одинаковой пропорции (подгруппа А – 31,82 %, подгруппа В – 36,36 %, подгруппа С – 31,82 %). На второй стадии рака молочной железы преобладали женщины из подгруппы В (46,55 %) и почти в равном соотношении были представлены подгруппы А (27,59 %) и В (25,86 %). На третьей стадии заболевания количество женщин из подгруппы В (45,45 %) также было в большинстве, следующей по количеству больных была подгруппа А (31,82 %) и, наконец, подгруппа С (22,73 %) была представлена меньшинством женщин. Учитывая данное распределение женщин с раком молочной железы, была предложена следующая стратегия психокоррекции (табл. 3).

Таблица 3. Стратегия психореабилитации женщин с раком молочной железы в зависимости от стадии онкологического процесса и соотношения уровня КЖ и тревоги

Стадия	Группа	Психореабилитационная тактика	
I	A	Образовательная программа	ОП
	B	Психокоррекция	ПК
	C	Психотерапия + симптоматическая психофармакотерапия	ПТК+ПФК
II	A	Психотерапия	ПТК
	B	Психотерапия + симптоматическая психофармакотерапия	ПТК+ПФК
	C	Психотерапия + психофармакотерапия (анксиолитики, седативные средства и антидепрессанты)	ПТК+ПФК
III	A	Психотерапия	ПТК
	B	Психотерапия + психофармакотерапия (анксиолитики, седативные средства и антидепрессанты)	ПТК+ПФК
	C	Психофармакотерапия (анксиолитики, седативные средства и антидепрессанты) + психотерапия	ПФК+ПТК

Основной целью *образовательной программы* является корректное, доступное пониманию разъяснение сути и основных концепций развития онкологического заболевания. Ведь многие потеряли из-за рака кого-то из близких или же просто слышали об ужасах этого заболевания. Вследствие этого многие женщины с раком молочной железы считают, что рак – это сильный и могущественный недуг, способный поразить организм человека и полностью его разрушить. На самом деле, наука о клетке – цитология – свидетельствует об обратном. Раковая клетка по своей природе слаба и плохо организована. Рак начинается с клетки, содержащей неправильную генетическую информацию, что делает ее неспособной выполнять отведенные ей функции. Эта клетка могла получить неверную информацию вследствие вредного химического воздействия, по другим внешним причинам или просто потому, что в процессе постоянного воспроизводства миллиардов клеток организм время от времени допускает ошибки. Если эта клетка начинает воспроизводить другие клетки с тем же самым нарушением генетической структуры, возникает опухоль, состоящая из большой массы атипичных клеток. Обычно защитная (иммунная) система организма опознает такие

клетки, уничтожает их или, по крайней мере, ограничивает их действие так, чтобы они не могли распространяться.

В случае злокачественных клеток в них происходят определенные изменения, так что они начинают быстро репродуцироваться и поражают прилегающие к ним ткани. Если между нормальными клетками существует некий вид «информационной связи», который предотвращает перепроизводство, то злокачественные клетки слишком дезорганизованы и, не реагируя на эту получаемую от соседних клеток информацию, начинают бесконтрольно репродуцироваться, атипичные клетки опухоли начинают блокировать нормальное функционирование органов, либо разрастаясь и оказывая физическое давление на другие органы, либо замещая нормальные клетки этих органов злокачественными, так что орган уже не может функционировать. При тяжелых формах рака злокачественные клетки отрываются от первоначального образования и переносятся в другие части тела, где они начинают расти и формировать новые опухоли. Такой отрыв и распространение злокачественных клеток носит название «метастазы».

Из-за чего же начинается рак? Наши пациентки обычно слышали о проводимых в исследованиях рака и поэтому считают, что медицина приблизилась к пониманию его причин. Они стараются возложить вину на какие-то внешние факторы. Сейчас уже «всем известно», что рак вызывается канцерогенными веществами, генетической предрасположенностью, радиацией или, возможно, неправильным питанием. На самом же деле ни один из перечисленных факторов сам по себе не может служить достаточным объяснением того, почему один человек заболевает раком, а другой – нет.

Хотя исследованию причин раковых заболеваний посвящается огромное количество времени, энергии и средств, один немаловажный факт часто остается без внимания: все-таки большинство людей, подвергающихся воздействию известных канцерогенных веществ, остаются здоровыми. Поэтому, чтобы понять природу болезни, мы должны понять не только то, почему некоторые люди заболевают ею, но и почему большинство людей ею не болевают; другими словами, что способствует здоровью человека?

Одним из самых важных факторов и болезни, и здоровья является состояние естественной защиты организма. Если говорить максимально упрощенно, то наша иммунная система состоит из нескольких видов клеток, предназначенных для того, чтобы нападать на инородные вещества и уничтожать их. Такой процесс самоисцеления постоянно происходит во всем организме, на всех его уровнях. Подобным же образом организм постоянно борется с раковыми клетками, изолируя их или разрушая еще до того, как они успевают принести человеку какой-либо вред. Поэтому для развития рака недостаточно одного лишь присутствия атипичных клеток, для него необходимо и подавление естественной системы защиты организма.

Организм любого человека время от времени производит атипичные клетки. Это может быть вызвано какими-то внешними факторами или просто ошибками в воспроизводстве клеток. Обычно иммунная система организма внимательно отслеживает появление любых атипичных клеток и разрушает их. Следовательно, для того чтобы развился рак, работа иммунной системы должна быть каким-то образом нарушена.

Вредные химические вещества, радиоактивность, наследственность, особенности питания – все эти многочисленные факторы могут способствовать возникновению заболевания, но ни один из них сам по себе полностью не объясняет, почему раком заболевает конкретный человек в конкретный период своей жизни. Ведь этот же человек, наверняка, уже когда-то подвергался вредному воздействию тех же самых химических веществ или радиации. Если же причина кроется в его генетической предрасположенности, то и она существовала у него с самого начала. Поиск ответа на вопрос о развитии рака снова возвращает нас к эмоциональным и психологическим факторам, влияющим на состояние здоровья и возникновение болезни. Таким образом, мы даём понять пациентке, что от её психоэмоционального состояния будет зависеть дальнейшее развитие её болезни.

Психокоррекция женщин с раком молочной железы складывается из нескольких компонентов. После создания комплаентности между врачом и пациенткой мы помогаем понять женщине, как они могли способствовать возникновению своего заболевания. Для этого мы просим вспомнить основные стрессовые ситуации, с которыми им пришлось столкнуться за период от шести месяцев до полутора лет до постановки диагноза (это обстановка на работе, конфликты в семье и др.).

Перечень ведущих психострессоров может стать основой для разговора о роли пациентки в возникновении болезни. Это участие может проявляться по-разному: кто-то сам создает или во всяком случае не препятствует развитию ненужных стрессовых ситуаций, или же он отказывается признать, что его эмоциональные возможности не безграничны. Кто-то полностью подчинял свою жизнь чужим интересам, пока не обнаружил, что на себя у него уже не осталось никаких сил. Кто-то мог способствовать возникновению болезни, реагируя на стресс чувством беспомощности и безнадежности.

Целью такого самоанализа не является стремление вызвать в человеке чувство вины. Он нужен для того, чтобы выявить ту модель поведения, которую необходимо изменить, чтобы жить полной и здоровой жизнью. Осознав стрессовые ситуации в своей жизни и найдя новые, более эффективные способы сопротивления им, человек может высвободить внутреннюю энергию, необходимую ему для борьбы с болезнью.

Здесь же мы обсуждали «преимущества» болезни, т. е. что положительного несёт в себе заболевание. В обществе, не придающем большого значения чувствам и часто пренебрегающем эмоциональными потребностями, необходимыми для благополучия человека, болезнь может выполнять важную роль, так как она становится способом удовлетворения этих потребностей в том случае, если человек не смог найти иных, сознательных путей их удовлетворения.

Несмотря на то что болезнь означает страдание и боль, есть и другой аспект – она одновременно решает и некоторые проблемы, встающие перед человеком. Болезнь является своего рода «разрешением», дающим человеку право вести себя так, как он никогда бы не осмелился, будь он здоров. Ведь что получает больной: возросшее внимание и заботу окружающих, возможность не ходить на работу, уменьшение обязанностей, снижение предъявляемых к нему требований и многое другое. Поскольку женщины с раком

молочной железы часто относятся к тому разряду людей, которые ставят интересы окружающих выше собственных, им бывает трудно позволить себе все перечисленные вольности просто так, не имея серьезного на то основания. В этом смысле заболевание «отменяет» многие представления, мешающие ей обратить внимание на собственные эмоциональные потребности. И часто, только заболев, они чувствуют, что вправе снять с себя определенную ответственность и заботы и впервые обратить внимание на саму себя, не испытывая при этом вины или необходимости оправдывать свое поведение.

Но рак – это слишком высокая цена, чтобы с его помощью решать проблемы, которые можно было бы и так разрешить, изменив выработанные жизненные правила, не позволявшие обратить внимание на собственные потребности.

Собственно *психотерапия*, помимо образовательной программы и психокоррекции, включает в себя работу с личностью пациентки, так как одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакций личности на болезнь. От учета этой реакции во многом зависит общий успех лечения. Женщину с раком молочной железы следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации. Длительное тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, калечащая операция (мастэктомия), приводящая к инвалидности, угроза смерти – все эти негативные факторы разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больной и ставя её перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Психологической основой ориентации больной на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в обществе является активация её мотивационной сферы, ценностных ориентаций, создание адекватных трудовых установок. Здесь мы сталкиваемся с наиболее важным моментом изменений личности женщины при раке молочной железы. Эти изменения есть результат развития в условиях кризисной ситуации. Задавая условия такого развития, объективная ситуация тяжелого, смертельно опасного заболевания приводит к изменению «позиции» больной, её мироощущения, краху жизненных ожиданий.

Неопределенность прогноза нарушает возможности планирования жизненных целей, сужает временную перспективу, необходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения направлены в будущее и утрачивают свой смысл в ситуации онкологического заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования.

Специфическая ситуация тяжелой болезни актуализирует у женщин с раком молочной железы мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Все остальное кажется бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности. Пациентки ощущают, что всё, к чему они стремились раньше, чего добивались с трудностями и усилиями, имеет значение только тогда,

когда более нет угрозы витальным потребностям. Необходимыми и осмысленными кажутся формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребности физического существования.

Деятельность человека в норме направляется и регулируется сообразно его потребностям. Потребности удовлетворяет их предмет – мотив деятельности. Для достижения мотива человек ставит перед собой конкретные цели, часто не имеющие собственной побудительной силы и обладающие смыслом лишь в контексте потребности и ее мотива.

Например, потребностям физического благополучия могут отвечать многие конкретные цели: занятия спортом, соблюдение диеты, гигиенические мероприятия и пр. Один из путей развития человеческих потребностей в онтогенезе – это сдвиг *«мотива на цель»* (Леонтьев А.Н., 1972), когда цель сама начинает отвечать новой потребности, порождая её. Например, спорт из оздоровительного мероприятия может стать самостоятельной потребностью.

Структура личности человека определяется в первую очередь его актуальными мотивами и их иерархией. Центральным психологическим механизмом личностных изменений выступает перестройка иерархии мотивов по типу переподчинения главному смыслообразующему мотиву, т. е. перестройка, которую можно назвать *«сдвигом цели на мотив»*. Если при *«сдвиге мотива на цель»* цель приобретает собственную побудительную силу, отвечает новой потребности, переходя, таким образом, в разряд мотивов, то у онкологических больных ранее реально действующие мотивы теряют свою побудительную силу, переходя в разряд целей в структуре главного, ведущего мотива – сохранения жизни. При этом они либо отвергаются, либо приобретают новый смысл уже в качестве целей. Привычные формы деятельности при сохранении своего внешнего вида меняют внутреннее содержание, наполняясь новым, связанным с болезнью смыслом. При антагонизме мотива «сохранения жизни» ранее действовавшим мотивам, невозможности включения их в деятельность лечения в качестве целей они теряют актуальность, лишаются смысла. Человеческая деятельность из полимотивированной в норме становится весьма бедно мотивированной, что проявляется как в реальной жизни больного, так и в клинической картине личностных изменений.

Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность женщин с раком молочной железы, описанные в нашем клиническом исследовании, в значительной степени обусловлены сужением круга актуальных мотиваций, новым их смыслом для больной. Доминирование ведущего мотива «сохранения жизни» придает особую специфику всей психической жизни больной, накладывает отпечаток на особенности восприятия, мышления, перестраивает систему ценностей, всего её мироощущения. Женщины с раком молочной железы сами отмечают, что *«всё стало другим»*, *«теперь я ко всему по-другому отношусь»*. То, что раньше радовало, привлекало, казалось важным, теряет былую привлекательность, лишается смысла, зато появляются ранее не свойственные им интересы, повышенная эгоистичность. Больные становятся более равнодушными, сужается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную зна-

чимость. Ограничиваются контакты с окружающими людьми. Творческая активность сменяется стремлением к стереотипному выполнению работы. И к себе, и к окружающим пациентки становятся менее требовательными, сохраняя часто мелочность, желание опеки.

Бесполезно призывать больную к активной жизни, общественно полезному труду, социальной активности, если активная деятельность лишена для неё смысла. Безуспешно предлагать пациентке «не обращать внимания» на калечащие последствия болезни и лечения (удаление молочной железы). Необходимо использовать тот самый механизм искажения мотивации, который приводит к грубым личностным изменениям, обратив его на благо больной. Нужно помочь больной создать новый смысл жизни, новые цели, сделать их не просто «знаемыми», а реально действующими. Для больной должна быть сформулирована цель реабилитационной программы, предложена модель её возможного будущего, при этом основанная не на благих пожеланиях и абстрактных рекомендациях, а созданная с учетом характерологических, личностных качеств, сохраненных звеньев её мотивационной сферы и использования личностнозначимых целей.

Психотерапия должна начинаться как можно в более ранние сроки. При этом следует ориентироваться на уже сформировавшиеся патологические симптомы и ожидаемые. Коррекционная работа должна быть превентивной. Психотерапия для каждой женщины планируется с учетом индивидуальных особенностей, характера и степени выраженности осложнений и функциональных расстройств. Большое значение имеют возраст, социальный статус, профессия больной. Психические изменения определяются также преморбидными особенностями личности. Наиболее ранимыми, сенситивными являются больные с психастеническим складом личности, у которых подобные изменения приобретают наиболее выраженную и устойчивую форму. Наиболее «устойчивы» больные с эпилептоидным и истероидным преморбидом. Важно определить состояние мотивационной сферы, выделить сохранившиеся участки, на которых можно начинать работу, определить области значимых отношений и переживаний.

Симптоматическая психофармакотерапия – это комплекс медикаментозных мероприятий, направленный, прежде всего, на купирование ведущего синдрома в структуре заболевания. Необходимость психофармакотерапии ПНПР при онкологических заболеваниях определяется их негативными последствиями, как медицинскими, так и социальными. Показано, что выраженная тревога может приводить к откладыванию или даже отказу пациента от важных диагностических процедур и терапии (Sirois F., 1993). Невротические расстройства также связаны с существенным снижением качества жизни и уровня социального функционирования онкологических пациентов (Dahlquist L.M., Czyzewski D.I., 1993).

В основном мы купировали симптомы тревоги. Для этого некоторым женщинам назначались транквилизаторы с выраженным противотревожным действием. Наиболее широкое применение получил сибазон (диазепам, реланиум) 0,5 % – 2,0 на ночь 3–5 дней. Развитие нежелательных явлений при использовании препаратов из группы бензодиазепинов, включая проявления поведенческой токсичности (сонливость, снижение концентрации,

мышечная слабость) ограничивают их применение. Поэтому были рекомендованы новые транквилизаторы – афобазол (является производным меркаптобензимидазола и не является агонистом бензодиазепиновых рецепторов) и атаракс (небензодиазепиновый анксиолитик).

Коррекция аффективных расстройств проводилась параллельно с воздействием на тревожную симптоматику. Предпочтение отдавалось традиционному трициклическому антидепрессанту амитриптилину (до 75 мг/сут). Однако при этом выражено седативное действие, что не всегда желательно для больной, так как специальное лечение (химио- и лучевая терапия) требует от больной собранности, адекватности и мобильности, активного участия в лечебном процессе. Поэтому рекомендовались коаксил (до 37,5 мг/сут) в связи с отсутствием серьёзных побочных эффектов, сбалансированностью, мягкостью действия, возможностью сочетания с химиотерапией и лучевой терапией, а также азафен (пипофезин) (до 150 мг/сут), на фоне приёма которых постепенно, без выраженного седативного эффекта уменьшались депрессивные проявления, тревога, соматовегетативный компонент. Возможно также назначение антидепрессантов серотонинергической структуры (флуоксетин, фрамекс до 20 мг/сут, паксил 10–20 мг/сут, золофт, стимулотон 25–50 мг/сут). Они также вызывают достаточно быстрый терапевтический эффект, заметную редукцию депрессивных расстройств, стабилизацию вегетативного тонуса.

Чаще всего медикаментозное лечение начиналось с назначения седативных средств растительного происхождения. Широко использовались экстракты валерианы и пустырника, ново-пассит, персен, бромовал (капли внутрь, бромид, настойки валерианы и боярышника); препараты зверобоя: негрустин, гелариум гиперикум. В случаях нарушения сна применялись снотворные средства нитразепам (радедорм) до 1 мг, имован по 7,5 мг, феназепам до 1 мг в течение 5–7 дней.

Оценка эффективности применяемых психопрофилактических и реабилитационных программ осуществлялась с использованием клинко-катамнестического метода. Продолжительность катамнестического проследживания составила 6 месяцев. Критериями эффективности проводимых психопрофилактических программ у женщин с донозологическими расстройствами явились исчезновение в психическом состоянии отдельных симптомов, нормализация частично нарушенной трудовой адаптации и раскрытие личностных возможностей респондентов. Основными критериями эффективности проводимых мероприятий у женщин с раком молочной железы были клиническая динамика, а также динамика психологических показателей: уровня тревоги и показателей качества жизни.

В группе женщин с диагностированными преневротическими расстройствами после проведения соответствующей психореабилитационной программ, а также у женщин с астеническим вариантом мы отметили редукцию астенической симптоматики, отсутствие проблем со сном, редукцию тревоги и беспокойства, значительное улучшение самочувствия. В группе с диагностированным дистимическим вариантом преневротических расстройств пациентки после проведения профилактических и терапевтических мероприятий отмечали редукцию тревоги, внутреннего напряжения,

психологического дискомфорта. Они стали менее вспыльчивы, улучшились их взаимоотношения внутри семьи, социализация в целом.

У женщин с раком молочной железы с ПНПР в группе невротических расстройств после соответствующей психореабилитационной программы выравнился фон настроения, редуцировалась астеническая симптоматика, нормализовался сон, появилось ощущение бодрости, прилива сил. Значительно улучшилось самочувствие, они стали строить планы на будущее, обрели позитивный настрой на выздоровление. У женщин с диагностированными расстройствами личности (тревожным и истерическим) удалось достигнуть состояния компенсации. В 2 случаях с эпилептоидным расстройством личности, несмотря на проведение реабилитационных мероприятий, женщины оставались нетерпеливыми, раздражительными, хотя субъективно всё же отмечали, что стали меньше испытывать спонтанно возникающие «приступы» плохого настроения.

Улучшение клинической симптоматики сопровождалось соответствующей динамикой психологических показателей. Поэтому было проведено повторное исследование уровня соматического и психического здоровья на основе опросника качества жизни по И.А. Гундарову («Роза качества жизни», 1994) с оценкой по 15 показателям: положение в обществе, работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные условия, материальный достаток, питание, сексуальная жизнь, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения, отдых.

Измерительный инструмент для оценки качества жизни, разработанный И. А. Гундаровым, представляет собой опросник для самостоятельного заполнения, вопросы которого касаются восприятия индивидом различных аспектов своей жизни. Он является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. ВОЗ определяет качество жизни как *«восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами»*. Это определение отражает внимание, уделяемое ВОЗ той оценке жизни, самочувствия, здоровья и благополучия, которую дают сами пациенты и которая часто не совпадает с мнением профессиональных медиков относительно эффективности проводимого лечения. В содержании опросника субъективная оценка респондентами их здоровья и жизненных условий подчеркнута более, чем их объективное функциональное состояние. Данный инструмент измеряет индивидуальное восприятие респондентами своей жизни в тех ее областях, которые связаны со здоровьем, но не предполагает измерять объективное состояние здоровья.

Качество жизни женщин с раком молочной железы оценивалось дважды – при первичном осмотре и после проведения психореабилитационных мероприятий. Полученные данные свидетельствуют об увеличении показателей таких категорий качества жизни, как душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные условия, отдых. Это, бесспорно, не означает, что у этих пациенток всё быстро и кардинальным образом переменялось в жизни, зато поменялось их отношение к своей жизни. А это уже большой шаг к достижению нашей цели, а именно

улучшить качество жизни женщин с раком молочной железы. Особо показательной является динамика категории «здоровье»: этот показатель возрос с 1,7 до 2,5. Субъективные ощущения пациенток совпали с объективным улучшением их состояния здоровья. Средний балл уровня качества жизни до лечения был $2,59 \pm 0,02$, что составляло 64,75 % от максимальной оценки вектора, а после лечения – $2,93 \pm 0,01$ (73,25 % от максимальной оценки), в этом повышении прослеживается положительная динамика в улучшении качества жизни.

Также мы оценивали уровень тревоги по шкале Гамильтона до и после проведения психореабилитационной программы женщинам с раком молочной железы. Выявлено значительное снижение показателей: тревога снизилась с $1,8 \pm 0,09$ до $1,5 \pm 0,09$, напряжение – с $1,71 \pm 0,1$ до $1,3 \pm 0,09$, страх – с $0,73 \pm 0,08$ до $0,23 \pm 0,08$, бессонница – с $1,41 \pm 0,09$ до $0,98 \pm 0,08$, депрессивное настроение – с $1,11 \pm 0,09$ до $0,79 \pm 0,09$ у женщин с раком молочной железы. В меньшей степени заметна положительная динамика соматического и нейровегетативного уровней.

Оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий проводилась по «Шкале оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1980), отражавшей степень достигнутого лечебного эффекта по трём параметрам: клинической динамике психопатологических проявлений; уровню социальной адаптации; данным экспериментально-психологических исследований. Она содержит следующие уровни выздоровления: «А» – полное выздоровление (с устранением всех психопатологических расстройств, полным восстановлением прежнего социального и трудового статусов); «В» – практическое выздоровление (также предусматривает устранение болезненных проявлений, выравнивание основных нейрофизиологических показателей, требующее осуществления эпизодических социотерапевтических мероприятий); «С» – неполное выздоровление (с наличием отдельных клинических свойств и нерезко выраженных нейрофизиологических сдвигов, но с возможностью выполнения прежних социальных функций); «Д» – незначительное улучшение (с элементами послабления клинической симптоматики, некоторым выравниванием нейрофизиологических и психологических параметров, частичное восстановление социально-трудовой адаптации).

Клиническое улучшение («В») достигнуто у 13,72 % пациенток с раком молочной железы, неполное выздоровление («С») – у 46,08 %, у 40,2 % женщин после лечения определялось незначительное улучшение («Д»).

Дифференцированное применение комплексных психореабилитационных программ, основанных на изучении психических расстройств у женщин с раком молочной железы, позволило дать объективную оценку их эффективности, подтверждённой клинико-динамическими и экспериментально-психологическими исследованиями.

Данные исследования иллюстрируют эффективность применения комплексных реабилитационных программ, где совместное участие онкологов, психиатров и психотерапевтов носит характер котерапевтичности, профессионального взаимодействия и помогает более полному восстановлению больного. Очень важный момент – это психокоррекционное сопровожде-

ние. На диагностическом этапе основное место отводилось исследованию уровня тревоги, субъективной характеристике качества жизни и проведению индивидуальной психокоррекции. На этапе стационарного лечения предусматривалось проведение медикаментозных и психотерапевтических мероприятий. Особую роль в реабилитации играют образовательные программы на основе последних данных науки о терапии онкологических заболеваний, изменении отношения к онкологическому диагнозу, ломки старых стереотипов об онкологии, активизации собственных ресурсов организма. Главная задача следующего этапа – это социализация пациентов, возвращение в микросоциум (семейное окружение, рабочий коллектив). Вместе с тем это решение застарелых психологических проблем, семейная психотерапия, само- и взаимоподдержка. Этот этап проводится на различных базах. В нашем случае в НИИ онкологии, где работают психиатры и психотерапевты, и в НИИ психического здоровья (Межведомственный центр психического здоровья), где проводится открытая группа для пациентов с онкозаболеваниями. Сотрудники двух крупных научно-исследовательских институтов активно участвуют совместно с бывшими пациентами в работе общественной организации «Вместе». Приумноженные усилия помогают пациентам преодолеть внутренние конфликты, опасения по поводу заболевания, быть конструктивными в решении этой сложной проблемы. Накопленный опыт реабилитации применим не только указанной локализации и служит иллюстрацией для более оптимальной помощи этим пациентам.

ГЛАВА 10. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

10.1. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

В познании событий и феноменов душевной жизни, по К. Ясперсу, нас должны интересовать не причины явлений, не объяснение их происхождения, а феномены как таковые, как непосредственно данные интуитивному постижению психопатолога. Мы должны получить ответ не на вопрос «почему», а на вопрос «каково».

Так как наш материал представляет сплошное изучение историй болезни, то данных, которые можно обобщить, оказывается невероятно много. Впору было бы запутаться в них, поддавшись искушению рассматривать выделенных 607 пациентов по десяткам критериев, легко доступных в случае с электронными вариантами истории болезни. Постараемся обуздать эту начётническую страсть, чтобы представить читателям широкую, картину клинических и социальных особенностей, характеризующих наиболее труднокурабельных больных специализированного отделения неврозов Кемеровской областной клинической психиатрической больницы.

Повторно поступающие труднокурабельные больные были распределены по годам, с определением их соотношения с общим числом больных, пролеченных в соответствующем году. В целом в ходе исследования было изучено 5 524 истории болезни всех пациентов, пролеченных в отделении неврозов Кемеровской областной клинической психиатрической больницы в период с 1997 по 2008 г. 607 больных за это время лечились дважды и более раз (11 %). Причем можно констатировать, что процент повторных больных оставался стабильным на протяжении выбранного периода, хотя и можно отметить значительный подъем в 2005 г. В то же время последовательное снижение количества труднокурабельных пациентов в период 2006–2008 гг. можно объяснить повышением эффективности работы созданного на базе отделения неврозов лечебно-реабилитационного комплекса. С помощью компьютерной программы «Statistica» получившееся распределение было признано нормальным, а это означает, что представленные параметры соответствуют значениям среднего (математического ожидания) и разброса (стандартного отклонения), т. е. могут быть использованы как научные результаты.

Следует отметить сравнительно большой удельный вес пациентов поздней возрастной группы (18 %) от числа всех больных, тогда как в общем контингенте больных отделения неврозов их соотношение обычно не превышает 4 % (Семке В.Я., Платонов Д.Г., Новиков В.Э., 2006).

Данный факт легко объясним как тем, что для исследуемой группы их госпитализация была, по меньшей мере, второй (временной фактор работает на сдвиг возраста в более позднюю сторону), так и тем, что ригидность психических механизмов усиливается с возрастом и это содействует формированию затяжных форм ПНПР. Значимых различий в среднем возрасте по полу не отмечено: средний возраст мужчин составил $48,5 \pm 3,6$ года; женщин – $52,2 \pm 4,5$. Ни по одному показателю, взятому для характеристики исследованной группы больных, статистически значимых различий, связанных с полом, выявлено не было.

Следует обратить внимание на увеличение среди труднокурабельных больных таких, которые живут не в Кемерове, а в других городах Кемеровской области: 24 % в сравнении с 16 % в целом по отделению. Этот рост происходит в первую очередь за счет жителей села. Объяснение показателей связано как с интенсивной работой, проводимой в психиатрических учреждениях, расположенных в Кузбассе и составляющих важнейшую часть его психиатрической службы, так и с тем, что в последние 6 лет мы проводим с пациентами программу осознанных повторных госпитализаций

Почти 70 % труднокурабельных больных обратились для повторной госпитализации, согласовав свои действия с врачами, в большинстве случаев – с врачами-психиатрами. Мы ни в коем случае не против самостоятельного обращения пациентов к психотерапевтам и в специализированную клинику невротиков в частности, так как давно проводится работа по преодолению психиатрической стигмы. Результатами этой работы является установившийся контакт с больными и уменьшение времени, которое каждый пациент проводит от начала заболевания до первого обращения к психотерапевту. Однако когда речь идет о повторных госпитализациях, то мы считаем, что этот процесс должен быть в той или иной степени контролируемым психиатрической службой. Существует мнение (Смулевич А.Б., 2000; Дробизhev М.Ю., Макух Е.А., 2007), что специалистов психиатрической направленности в целом по стране мало. В силу их количественного недостатка они не в состоянии справиться с потоком страдающих от разнообразных соматоформных расстройств, которые оказываются в сфере внимания врачей-соматологов.

Вышеупомянутые исследователи считают, что раз уж больные оказались в общесоматической сети, то пусть там и лечатся, а задача психиатров сводится к обучению врачей правильному применению психотропных препаратов, главным образом антидепрессантов. Такой подход связан с упрощенным пониманием патогенеза ПНПР, который в качестве основной составляющей имеет многоуровневые психологические и патопсихологические механизмы. Работа с этими механизмами требует от врача понимания процессов и умения осознанно воздействовать на них, такого понимания можно ожидать только у врача-психиатра и психотерапевта. Поэтому мы стараемся контролировать потоки труднокурабельных пациентов (в особенности со склонностью к затяжным формам) силами психиатрической службы. При сравнении с общими показателями можно отметить большое и статистически значимое различие в самостоятельных обращениях за помощью и уменьшении удельного веса участия в этом врачей общесоматической

сети, что свидетельствует об увеличении доверия населения к психиатрии и об успешности проводимых в Кузбассе дестигмационных мероприятий.

Среди факторов, влияющих на формирование затяжного течения болезни, выделяются те, которые имеют отношение к качеству жизни человека (Tosevski D.L., 2005; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2006; Куприянова И.Е., Семке В.Я., 2007). Мы использовали в работе отдельные разделы стандартизованного «Опросника качества жизни», разработанного в НИИ психического здоровья. Следует сразу оговориться, что наше исследование было основано на работе с уже имеющимися историями болезни, а значит, носит катamnестический характер, во-вторых, мы воспользовались лишь некоторыми характерными составляющими этого важного критерия, имеющего прямое отношение к теме настоящей работы.

Важными составляющими для формирования невротического способа взаимодействия с окружающей действительностью являются микросоциальные стрессовые факторы. Мы выделили некоторые из них и с помощью катamnестического метода пытались определить, какие факторы в большей степени действовали на пациентов тогда, когда они обращались за помощью в специализированное отделение неврозов. Однако надлежит отделить значимые стрессовые события, которые больные предъявляли в качестве причины ухудшения их состояния от фоновых, присутствующих в жизни пациентов в течение иногда длительного промежутка времени; причем пациенты зачастую осознают влияние факторов на их болезненное состояние только с помощью врача.

Более трети больных не определяли события, происходящие в их жизни как стрессовые и не связывали с ними ухудшение состояния. В исследуемой группе мы имеем дело с пациентами, поступавшими в отделение неврозов, как минимум, второй раз, а значит, они обладали опытом понимания состояния как связанного с психологическими особенностями жизни.

Сравнение этого показателя с аналогичным (3 %) позволило сделать вывод, что явные для самих пациентов факторы, которые они считали ответственными за развитие болезненного состояния, требуют тщательной работы врача для совместного с пациентом прояснения, казалось бы, самоочевидной роли психологических механизмов в душевном состоянии конкретного индивида. Изучение того, как пациенты оценивают угрозу для здоровья, показало, что 16 % считали главным фактором, приведшим их за помощью к психиатру, то, что они, возможно, болны каким-то опасным заболеванием и уже из-за этого, как они считают, у них «расшатались нервы». В то время как в реальности заболеваний соматической сферы, влиявших на их актуальное психическое состояние, отмечалось лишь 8 %.

В ходе анализа мы объединили в один раздел внутрисемейные и сексуальные факторы, хотя это далеко не всегда одно и то же. Однако, если исходить из психологического осмысления человеком влияющих на него обстоятельств, окажется, что спектр отношения к этим двум близким областям примерно похож. В этой же категории находятся и такие события, как потеря близкого, проблемы, связанные с распределением материальных благ между людьми, состоящими в близком родстве (конфликты из-за якобы несправедливого дележа наследства). Казалось бы, что правильнее эти

события помещать в раздел материально-имущественных факторов. Однако многоуровневые, почти всегда неосознанные мотивы, мысли и действия, которые происходят между кровными родственниками, всегда выходят за рамки денежно-имущественных проблем, а уходят своими корнями в область «сексологической антропологии» (Леви-Строс К., 1983; Тхостов А.Ш., 1993).

Среди перипетий ортодоксальный фрейдизм ближе подходит к точности и истинности истолкований.

Большой процент труднокурабельных пациентов находится в постоянных отношениях с представителями противоположного пола (73 %), но только 12 % оценивают взаимоотношения в своих семьях как доброжелательные. Параметр «взаимоотношения в семье» отражал отношения между супругами (сексуальными партнерами) и общую атмосферу внутри того круга людей, среди которых нашим больным приходилось непосредственно жить. Только 7 % труднокурабельных пациентов ответили на вопрос об удовлетворенности отношениями в семье утвердительно; в целом удовлетворенными своими взаимоотношениями в семье себя считают порядка трети от общего числа больных. Спорной представляется позиция специалистов, считающих, что лечение пациента с ПНПР должно происходить в той среде, где это расстройство сформировалось в условиях семьи, что на языке организаторов здравоохранения означает амбулаторно.

В целом мы согласны с необходимостью развивать внебольничные формы работы и много делаем для этого, однако для труднокурабельного пациента (отягощенного проблемами, которые не удалось трансформировать с первого раза) важен факт, что на время лечения он выключается из обычного для него неудовлетворяющего семейного функционирования, с тем, чтобы найти новые пути к тому, чтобы семейные отношения снова начали приносить радость.

Вторыми по представленности среди микросоциальных стрессовых факторов, влияющих на состояние труднокурабельных больных, предсказуемо оказались производственные факторы (23 %). Соотношение работающих и неработающих среди повторно госпитализирующихся составило 56 % и 44 %. Известно, что какие бы ни были цифры, сами по себе они ничего не говорят, а имеют значение только в сравнении их с другими цифрами. Это соотношение в общем контингенте больных отделения неврозов предсказуемо смещено в сторону работающего контингента (как 60:40).

Исследование роли микросоциальных стрессовых факторов, влияющих на течение ПНПР (Платонов Д.Г., Нохрина Л.Я. 2008), выявило рост удельного веса производственных факторов в 2004–2007 гг. с 9 % в 2004 г. до 23 % в 2007 г. Это касается не только труднокурабельных пациентов, но и контингента больных специализированного отделения неврозов. Подобное увеличение нельзя объяснять периодом экономического кризиса, так как упомянутые цифры относятся и к докризисному периоду. Объяснение показателей следует отнести к росту «серьезности» людей в отношении работы, её важности в их жизни с точки зрения её материального обеспечения и в качестве основного средства самореализации.

Последние годы характеризуются установлением нормального, свойственного большинству цивилизованных стран соотношения количества и качества выполняемой работы, необходимых для этого образования и квалификации с уровнем доходов и личной востребованностью и возможностью самореализации. Отношение к работе становится более серьезным, а связанные с ней события находят более сильный эмоциональный отклик, заставляя психологические механизмы работать в этом направлении более интенсивно, что становится важным фактором, влияющим на формирование ПНПР. Косвенным показателем истинности высказанного предположения является факт, что в последние 2–3 года увеличивается число пациентов, которые, проходя лечение в отделении неврозов, отказываются от «Листка временной нетрудоспособности» и продолжают работать. Если в 2004 г. доля таких пациентов не превышала 3 %, то в 2007 г. оно составило 11 %, в условиях продолжающегося кризиса этот показатель будет только увеличиваться.

Важным фактором, влияющим на течение заболевания у исследуемой группы больных, является соматическое состояние, что подчеркивалось в наших предыдущих исследованиях (Нохрина Л.Я., Платонов Д.Г., Платонова С.В., 2003; Новиков В.Э., 2007).

Учитывая, что средний возраст всех труднокурабельных больных составил $46,35 \pm 4,2$ года, то нельзя удивляться наличию большого числа людей, имеющих соматические недомогания. Основное, что следует хорошо осознавать, это насколько имеющиеся соматические недомогания определяли общее состояние больных. Вышеупомянутые отдельные легкие заболевания (да и в большинстве случаев сочетанные заболевания легкой степени тяжести) представляли собой общесоматический возрастной фон и никакого реального влияния на тяжесть состояния, по поводу которого больной лечился в отделении неврозов, не оказывали. Однако они имели существенное влияние на «внутреннюю картину болезни» (Лурия А.Р., 1977; Ташлыков В.И., 1981; Березовский А.Э. и др., 2001), на собственные представления пациентов о характере их расстройств.

Преобладающей группой соматических заболеваний, влияющих в том числе и на психическое состояние пациентов, являлись заболевания нервной системы, под которыми в преобладающем числе случаев имелись в виду остеохондроз разной локализации и разной степени тяжести и церебральный атеросклероз, который у определенной группы больных мог быть определяющим звеном в патогенезе неврозоподобных расстройств. В большинстве случаев труднокурабельные больные имели преувеличенно плохое представление о своем соматическом здоровье.

10.2. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Клинико-феноменологическую представленность в группе исследуемых больных принято рассматривать в рамках МКБ-10. Это современный инструмент врачей и исследователей, выработанный в результате значительных компромиссов между классическими принципами психопатологии и категориями, заново входящими в психиатрический обиход (F45 – раздел

соматоформных расстройств, класс психопатологических синдромов, имитирующих соматическую патологию). Однако выделение групп расстройств зачастую основано на принципе симптоматологического сходства (как раздели суматоформных и аффективных расстройств настроения). Это требует пересмотра ряда принципов (принципа жесткой детерминированности синдромальных образований), что в силу патоморфоза психопатологических расстройств, успехов психофармакологии, вводящей понятие «симптомов-мишеней», представляется назревшим. Поэтому если цели и реалии исследования требуют этого, можно использовать и иную, нежели принятая в МКБ-10, синдромальную представленность.

Клинико-феноменологическую представленность в группе труднокурабельных больных мы рассматривали по ведущему синдрому. Болезненные состояния представлены тревожными, ипохондрическими, депрессивными расстройствами, расстройствами личности, речевыми расстройствами в виде заикания, неврозоподобными расстройствами вследствие органических поражений головного мозга, процессуальными эндогенными расстройствами (в виде неврозоподобной шизофрении) и прочими состояниями (патологическим влечением к азартным играм, нервной анорексией, аффективными расстройствами эндогенного уровня).

Среди выявленных болезненных состояний у повторных больных отсутствует диагноз неврастении. Астенические проявления как неспецифическая реакция присутствовали практически в каждом случае. Однако эти состояния сопутствовали ведущим синдромам: депрессивному, ипохондрическому, тревожному. Подобная ситуация описана С.Н. Мосоловым (1996), А.С. Аведисовой и др. (2003), когда новая диагностическая парадигма МКБ-10, требующая более точной верификации тревоги и депрессии, с неизбежностью уменьшит удельный вес неврастении.

Точная верификация ведущих синдромов представляла сложность, потому что и тревога, и депрессия, и ипохондризация, и та или иная степень выраженности личностной патологии присутствовали у подавляющего большинства больных, которых мы выделили в группы: тревожных, ипохондрических, депрессивных расстройств, расстройств личности, а также органических поражений головного мозга.

Тревожные расстройства были определяющими в клинической картине (18 %). Выделенные по ведущему синдрому группы были неоднородны по составу. Принято выделять две основных формы тревожных расстройств: генерализованное тревожное расстройство и паническое тревожное расстройство (Атаманов А.А., 2008), т. е. предполагается, что тревога может проявлять себя неожиданно пароксизмально либо постоянно. Результаты ряда исследований (Hazlett-Stevens H., Zucker B.G., Craske M.G., 2002; Coles M.E., Heimberg R.G., 2002) дают возможность исходить из того, что тревожные расстройства не могут исчерпываться двумя крайними вариантами.

Большинство тревожных состояний оказываются тревожно-депрессивными. К этой подгруппе (тревожно-депрессивных) расстройства были отнесены только в том случае, если нельзя было отнести их к какой-либо другой из числа остальных, потому что депрессивные (как и тревожные) проявления определяли клиническую картину всех рассматриваемых пациентов.

Какова же была эта клиническая картина и в чем состояли её особенности, позволившие произвести вышеизложенную типологию?

Мы хотели бы предложить некий общий принцип разделения всех рассматриваемых в группе труднокурабельных больных симптомов разделить их на три группы: невротические симптомы, личностно обусловленные симптомы и физиологические симптомы.

Невротические симптомы. Болезненные психопатологические проявления возникают у пациента вне связи с его способностью контролировать их, и как таковые не имеют, с его точки зрения, разумного, логического обоснования. В группе тревожных расстройств к ним были отнесены тревожное предчувствие, проявлявшееся в ощущении пациентом угрозы, оформленной либо неоформленной конкретным содержанием, оно возникало как в связи с пугающими пациента обстоятельствами (в связи с ожиданием возобновления приступа вегетативной дистонии или ожиданием увольнения на работе), так и без видимой причины. Имели место беспокойство, фиксация мыслей на этой угрозе или тревоге как таковой. В расчёт принимались вышеописанные расстройства, если они возникали практически ежедневно.

Ощущение паники и страха проявлялось пароксизмально возникшей тревогой, выраженным страхом смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия и сопровождалось двигательным беспокойством, желанием немедленно найти и получить помощь. Как только желаемая пациентом помощь (медицинская манипуляция, проявление внимания, заботы и т. д.) бывала получена, паника быстро редуцировалась. Можно также обратить внимание, что страх редуцировался после действий, которые не имели прямого отношения к устранению объекта страха и паники, из чего можно сделать вывод, что содержание тревожных переживаний и их связь с психогениями не имеют прямого отношения к патогенезу расстройств невротического круга.

Фобическое избегающее поведение, проявлявшееся большим количеством разнообразных действий, призванных исключить возникновение ситуации, где пациент мог бы испытать тревогу или панику. Такими действиями мог быть отказ пациента от пользования автобусами и лифтами, нежелание возвращаться в ситуацию, гипотетически или реально угрожающую пациенту (на работу, где произошёл конфликт, на улицу, где «ему может стать плохо, и люди это увидят, или он из-за этого попадёт под машину»).

Расстройства сна проявлялись в трудности или невозможности заснуть в привычное для пациента время ночного сна из-за навязчивых размышлений о сложившейся ситуации, событиях дня или о самой необходимости спать. Расстройства сна тревожного характера проявлялись в неглубоком, поверхностном сне с обильными, часто кошмарного содержания сновидениями. В расчёт принимались вышеописанные расстройства сна, если они возникали регулярно в течение по меньшей мере 2 недель.

Личностно обусловленные симптомы рассматриваются как болезненные психопатологические проявления в результате работы личностных механизмов (мотивационно-волевого, когнитивно-интеллектуального, социально-адаптационного). Сюда была включена трудность концентрации внимания, проявлявшаяся в жалобах больных на плохую память. При опросе таких больных выяснялось, что им трудно не вспомнить то или иное недав-

нее событие, а сконцентрироваться, совершить целенаправленное интеллектуальное усилие, чтобы отделить нужное воспоминание от остальных. Трудность концентрации внимания была вызвана тревожными мыслями, которые приобретали для больных приоритетную важность, делая любую другую мысленную работу второстепенной, а значит – затрудненной. В это же понятие могло входить ощущение больным, что он «поглупел», что ему стало труднее справляться с прежними обязанностями.

Неуверенность в себе связана с трудностями концентрации внимания, ощущением интеллектуальной недостаточности, психологическим тревожным конфликтом между испытываемыми эмоциями и допустимостью эмоций в окружающем социуме, который пропагандирует культ силы, решительности и неприемлемости сомнений. Личностно-тревожные пациенты, подверженные подавляющим особенностям психосоциальных установок, в конце концов запутываются в противоречиях своих рефлексий и в том, что они считают (в силу усвоенных общественных принципов) явными признаками неудачи и несложившейся жизни.

Раздражительность проявлялась в виде резкой и гневливой реакции на события, которые раньше не вызывали подобной реакции, в повышении голоса, в употреблении в речи негативных, неаргументированных оценок окружающих людей или происходящих событий, в увеличении двигательной активности для сопровождения своих слов, особенно слов оценочного характера. Раздражительность часто связана с пониманием самим больным иррациональной природы тревоги или же, наоборот, с тем, что окружающие не могут понять сути тревоги пациента и того, что «он и сам взял бы себя в руки, если бы мог»).

Нарушение критики в оценке состояния в целом и отдельных его симптомов, которое хотя и не достигает степени эндогенных заболеваний, но является общим признаком для всех тревожных (и депрессивных) симптомов невротического уровня нарушение критики заставляет больных (и окружающих их людей) конструировать психологически понятные им мотивы беспокойщего состояния, и зачастую с этими мотивами приходится иметь дело врачу-психиатру на приеме.

Конверсионные и диссоциативные проявления. Учитывая, что механизмы конверсии и диссоциации являются основополагающими патогенетическими механизмами расстройств невротического уровня, становится понятно, что вычленив из общей клинической картины симптомы, характеризующие конверсию и диссоциацию, было сложно. Однако такие симптомы можно обнаружить и верифицировать как таковые. Диссоциативные тревожные расстройства проявлялись в виде нарушения восприятия схемы тела, дереализации и деперсонализации, не превышавших невротический уровень. Больные жаловались, что чувствуют «размягчение» асфальта, ощущение, будто «проваливаются» во время ходьбы, словно наблюдают за собой со стороны, а то, что происходит с ними, на самом деле «не может происходить». Причем иногда эти симптомы (разом или выборочно) они испытывали после возникновения невротических тревожных симптомов, а иногда утверждали, что, наоборот, тревога появляется из-за того, что возникают перечисленные диссоциативные симптомы. К конверсионным же

симптомам можно было бы отнести неоформленные сенестопатии, алгии, чувство тяжести в груди или «на душе».

Физиологические симптомы. Болезненные проявления, возникающие в силу нарушения физиологических процессов, ответственных за обеспечение жизнедеятельности человека и могущие быть объективно зафиксированы. К ним отнесена тахикардия, проявлявшаяся в повышении частоты сердечных сокращений до 100–140 уд/мин, в ощущении пациентом этой частоты и её «неправильности». К этой же группе симптомов следует отнести и другие нарушения сердечного ритма, когда пациент ощущает, что «сердце остановилось», что оно «переворачивается в груди», что оно «слишком сильно ударяется о грудную клетку» и т. д.

Слабость, дурнота, головокружение проявлялись в ощущении пациентом нетвёрдости нахождения в вертикальном положении и сопровождались ощущением, «будто земля проваливается под ногами», будто неожиданно «забрасывает в сторону» или «ноги становятся ватными и не держат». Тремор проявлялся ощущением внешней дрожи, которую можно было наблюдать со стороны. К этой же группе симптомов можно отнести и жалобы пациентов на внутреннюю дрожь, которую чувствует только сам пациент и которая зачастую беспокоит его больше, чем дрожь, которую можно наблюдать. Нередко такое чувство внутренней дрожи остается единственным симптомом в конце лечения, и пациент придает этому симптому преувеличенное значение, иногда забывая обо всех прочих симптомах, которые теперь перестали его беспокоить, а утверждает, что по поводу внутренней дрожи он и обратился за помощью, а так как «она не прошла», то он ни в коем случае не может считать свое состояние сколько-нибудь улучшившимся.

Нарушение дыхания чаще проявлялось неудовлетворенностью вдохом, ощущением пациентом нехватки воздуха, когда он сделал вдох, но «хотелось бы вдохнуть еще». Пациенты называют такие состояния одышкой и приводят их в качестве психологически понятного повода, для того чтобы испытывать страх за жизнь. В этом случае большую роль играет упомянутое нарушение критики, так как больные могли испытывать описанный симптом в течение десятков, а иногда и сотен раз, и этот опыт мог бы подсказать им, что их беспокойство за свою жизнь беспочвенно. Однако неоднократные беседы с использованием рациональных аргументов не уменьшали тревоги за жизнь у больных в тот момент, когда они снова начинали испытывать неудовлетворенность вдохом. Также к нарушениям дыхания можно было отнести и его заметное учащение.

Невозможность расслабиться проявлялась в ощущении пациентом постоянного мышечного напряжения во всём теле или в его частях, а также трудностями в расслаблении мышц. Это могло быть подтверждено внешними наблюдениями, которые давали возможность определить приподнятые плечи и втянутую в них голову, сгорбленную спину, сжатые губы.

Каким образом вышеперечисленные тревожные симптомы складывались в непосредственную клиническую картину у труднокурабельных больных? Эти больные поступали в отделение повторно, т. е. имели опыт переживания расстройств невротического уровня. Болезненные состояния с преобладающей тревожной симптоматикой возникали остро, поводом для

их обострения являлись события, которые больные расценивали как психотравмирующие. Однако в том случае, если психотравмирующее событие, предшествовавшее повторной госпитализации, существенно отличалось от тех, что предшествовали предыдущим госпитализациям, сама клиническая картина в большой степени повторяла ту, которая была у пациента во время его предыдущей госпитализации.

В случае возобновления панических тревожных расстройств больные, несмотря на уменьшение интенсивности панических проявлений (что характерно для повторных панических расстройств), зачастую первично обращались не в отделение неврозов, а в общесоматическую сеть. Если при первых поступлениях больных невротические симптомы в клинической картине преобладали, то при повторных поступлениях на первый план выходили физиологические (которые становились более структурированными, чем при первом поступлении, и формировали психовегетативный синдром) и тревожные симптомы (лично обусловленные), связанные с нарушением критики, заострением личностных черт, в первую очередь истерического круга. Если в преморбиде истерические черты не определяли личность пациента, то при повторных поступлениях можно было заметить, что они во многом начинают определять личностный спектр больного. Таких больных мы специально выделили в особую подгруппу (истеротревожную). Эта подгруппа составила более 14 % от общего числа тревожных больных.

Описанные изменения в клинической картине и то, что депрессивные проявления хотя и были верифицированы во всех случаях (60 % случаев наравне с тревожными определяли клиническую картину), всё же были не столь яркими и носили маскированный, стертый характер. Это приводило к более позднему обращению пациентов в отделение неврозов за специализированной помощью и большим трудностям в лечебно-реабилитационном процессе. Чем раньше пациент обращается за помощью в отделение неврозов, тем лучше для него идет психотерапевтическая работа, тем меньше вероятность того, что такой больной станет труднокурабельным и будет поступать два или более раз. Состояния невротического уровня, определяемые тревожными проявлениями в силу этих проявлений больше других больных не обращаются за специализированной помощью, а стало быть, прогностически их можно считать наименее благоприятными.

В качестве иллюстрации группы тревожных расстройств приводим клиническое наблюдение.

Наблюдение 1

Больной З., 1967 г. р., житель Кемерова, временно не работает, является хозяином небольшой сети магазинов одежды. Находился на лечении в 6-м отделении КОКПБ с 28.04.2007 по 16.05.2007 с диагнозом: тревожно-фобическое состояние с обсессивным компонентом (F40.9). Обратился повторно в течение года, первая госпитализация в 6-е отделение КОКПБ с 19.01.2007 по 22.02.2007 с диагнозом: паническое расстройство (F41.0).

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отец был вспыльчивым, злоупотреблял алкоголем, умер от инфаркта миокарда в 2000 г. Мать характеризует спокойной, уравновешенной, склонной к некото-

рой манипулятивности в отношении членов семьи. Живет отдельно от больного, но поддерживают между собой теплые отношения, часто встречаются.

Раннее развитие без особенностей, «был хулиганом», любил подраться, однако «никогда не переходил границу», не общался с уголовными элементами. Хорошо учился в школе, особенно давались точные науки. После окончания школы поступил в Кемеровский мединститут на педиатрический факультет, но не закончил его, так как решил заняться бизнесом. В то время ездил в Турцию за дешевыми вещами. Рассказывает, что «тогда ничего не боялся», хотя в Турции и в России этот бизнес был в достаточной степени криминализированным, некоторых его знакомых в ту пору убили, были возможности погибнуть и у него, но проявлял решительность и сумел добиться материальной независимости. Тогда же женился, с первой женой прожил 4 года, так как она «его предала», изменив ему с хорошим знакомым, что, кроме самого факта измены, отразилось и на финансовых делах. Некоторое время не женился и сексуальные связи носили беспорядочный и кратковременный характер, так как «боялся довериться женщине». Второй раз женился 6 лет назад, больше года с будущей женой прожил гражданским браком, потому что «хотел проверить ее».

Через год после второй женитьбы родился ребенок, был рад этому. В то время и в бизнесе складывалось неплохо, материальное благосостояние улучшалось, но летом 2006 г. пережил «еще один случай предательства», когда партнеры обманули и открыли без его участия магазин, который предполагали открыть вместе. Это событие переживал тяжело, испытывал внутреннее напряжение, хотя понимает это только теперь, «задним числом». В открытый им неподалеку от бывших партнеров (теперь конкурентов) собственный магазин ходил по другой лестнице, чтобы не проходить мимо «предателей» и не видеть их лица. Когда случайно встречал кого-нибудь из них, мог трактовать их выражение лица как злорадствующее.

Через небольшой промежуток времени появились приступы сердцебиения с нехваткой воздуха, паническим страхом, часто вызывал бригаду скорой помощи, был убежден, что у него «больное сердце». В связи с тем, что чувствовал себя больным, начал сворачивать деловую активность, отказывался от выгодных зарубежных поездок. В декабре 2006 г. по совету знакомого впервые амбулаторно обратился в отделение неврозов, было рекомендовано лечение, однако испугался общения с психиатрами и поступил в кардиологическое отделение общесоматической больницы, где за 10–12 дней состояние улучшилось. Через 2 недели приступы возобновились, обратился в отделение неврозов.

Во время первой госпитализации лечение проходило успешно, панические расстройства редуцировались, ближе к концу лечения стал тревожным, беспокоился, «а не вернется ли болезненное состояние после выписки». По несколько раз в день заходил к лечащему врачу, чтобы «уточнить», в какой последовательности и в течение какого срока будут отменяться противотревожные препараты. Была «запланирована» повторная госпитализация через 6 месяцев. Предполагалось, что больной не выдержит оговоренного срока, что и произошло: 28.04.2007 вновь обратился в отделение неврозов. При поступлении жаловался на тревогу, беспокойство, прежних панических со-

стояний не появлялось со второй недели первой госпитализации. Говорит, что тревога направлена на дочь, жену, мать. Беспокойство стало приобретать характер навязчивостей: стал беспокоиться, что жена может изменять ему. При этом убежден, что такое невозможно, хотя бы в силу того, что с женой практически весь день находится вместе. Бывают периоды в течение дня (час или более), когда испытывает тревогу по этому поводу. Стал неуверенным в себе, однако, помня психотерапевтические беседы, старается преодолевать неуверенность, например, игрой в теннис. Испытывает неуверенность в необходимости расширения бизнеса, но преодолевает это «через силу», заставляет себя отправляться по служебным делам за границу. Жалуется, что это дается ему с большим трудом. Настроение снижено настолько, что появляются мысли о самоубийстве, которые могут носить навязчивый характер. Стал раздражительным, особенно когда обсуждает с женой свое состояние. Хотя она «утешает» его, говоря, что ему нечего беспокоиться, начинает злиться, так как «сам знает, что беспокоиться нечего». Из-за тревожных раздумий по вечерам беспокоит бессонница: трудно «отвязаться» от мыслей и уснуть.

Психическое состояние: выглядит напряженным, сидит на краю кресла, смотрит в пол, плечи приподняты, речь неуверенная, с уточнениями. Старается донести до лечащего врача, что доверяет лечение только ему, высказывает сожаление, что «не смог выдержать оговоренный срок», объясняя это тем, что испугался суицидальных мыслей. Во время беседы говорит, что понимает, что ничего не произойдет, но беспокоит сам навязчивый характер страхов и их содержание, которое нередко носит сексуально окрашенный характер в отношении матери и дочери. Это, а также навязчивый характер тревоги вызывает подавленное настроение, которое мешает «бороться с такими мыслями».

Проходил лечение в дневном режиме, в отделении времени проводил мало, к врачу приходил каждый день, подробно рассказывая о состоянии, часто спрашивал, замечает ли врач изменения. Из медикаментозного лечения получал малые нейролептики (труксал 5 мг 3 р/д), серотонинергические антидепрессанты (коаксил 12,5 мг 3 р/д), гипнотики (реладорм по 1 таблетке на ночь). Состояние улучшилось на 5-й день, что дало возможность проведения интенсивных психотерапевтических занятий, связанных с передачей самому больному «полномочий» для управления своим состоянием. В это время малые нейролептики заменены на транквилизаторы с анксиолитическим эффектом (феназепам 1 мг/сут). Состояние улучшилось, выписан с предписанием приема феназепама по уменьшающейся схеме и с визитами по необходимости. В первые 2 месяца сделал 3 визита, во время первого подробно выяснял алгоритм отказа от феназепама. Врач намеренно уклонялся от четких рекомендаций, иногда употребляя фразу: «Можете пить препарат, пока не надоест...», что обескураживало больного. Однако впоследствии стал в большей степени управлять своим состоянием и за последний год ни разу не появился на приеме.

Анализ наблюдения. В преморбиде личность оценена как психастеническая (по новой классификации – ананкастная) на уровне акцентуации. Фоновая тревожность и потребность в недоверии к своим действиям (и к дей-

ствиям окружающих) не создают склонность к формированию расстройств невротического уровня. Тем не менее больной получил «подтверждения» своим личностным склонностям, особенно важным из которых была измена жены с человеком, которому он тоже доверял. На эти события наложилась смерть отца, отношения с которым носили сопернический характер (в данном случае еще и морально подтверждающий его превосходство за счет пьянства отца), но и сближающий в силу неосознаваемого чувства победы удачливого сына над неудачным отцом. В таких обстоятельствах неожиданная смерть отца от тяжелого, скоропостижного заболевания воспринимается тоже как предательство.

Почти осознаваемым поводом стало «предательство» партнеров (в начале предпринимательства подобных событий было немало, но они не отразились на состоянии, более того, вытеснены последним предательством). Заболевание начинается типично для тревожных расстройств (остро) и определяется панической симптоматикой. Можно сделать предположение об экзистенциальной невозможности принять предательство (за время общения с врачом характеризовал себя и свой способ ведения бизнеса как честный, порядочный, законопослушный) и «необходимость» теперь с недоверием относиться к окружающему. В такой ситуации неосознанно замещает тотальную недоверчивость недоверием к состоянию здоровья (да и отец умер от инфаркта). Причем ответственность за «несовершенство мира» нужно возложить на кого-нибудь понятного и морально приемлемого. Врачи оказываются идеальным вариантом, особенно если вспомнить «медицинское» прошлое больного: он сокращает социальную активность не потому, что боится оказаться несостоятельным в «мире обмана», а потому что «болен». Сравнивая клиническую картину первой госпитализации и второго обращения (между ними два месяца), можно констатировать сдвиг от преобладающих в первую госпитализацию тревожных симптомов к личностно обусловленным: нарушение критики, осознание неуверенности в себе, попытка переложить ответственность за свою уверенность на врача, раздражительность, когда жена в такие моменты не понимает его. Можно наблюдать появление за короткий срок симптоматики обсессивного спектра. Характер физиологических тревожных симптомов то же претерпел изменения от ярких вегетативных проявлений до исключительной трудности расслабиться. Правильная оценка состояния как тяжелого, склонного к хронизации позволила выработать в отношении больного верную лечебно-реабилитационную тактику, результаты которой оцениваются по состоянию на текущий момент как успешные.

Депрессивные расстройства невротического уровня определяли клиническую картину 11 % труднокурабельных больных. Опять-таки принципы МКБ-10 в отношении депрессивных расстройств страдают непоследовательностью, относя большую их часть к разделу F30 (аффективные расстройства настроения), имея в виду эндогенный уровень патологии. В этом разделе предлагается депрессивные расстройства невротического уровня относить к категории дистимии (F34.1), в таком случае при рассмотрении клинических критериев приходим к выводу об эндогенном уровне поражения.

Однако в МКБ-10 (в отличие от DSM-IV) имеется подраздел «Расстройства адаптации» (F43.2) как составная часть раздела «Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации» (F43), который обуславливает возникающие депрессивные расстройства взаимодействием внешних психогенных факторов с определенными личностными преморбидными особенностями. Мы, отталкиваясь от изложенных принципов в преломлении с клинической реальностью, исходившей из нашего опыта, предлагаем свой способ разделения на подгруппы исследованных состояний, клиническая картина которых определялась депрессией.

В группе депрессивных расстройств преобладают смешанные тревожно-депрессивные расстройства. Их симптомы мы постарались разделить по тем же принципам, что использовались для тревожных: т. е. выделили невротические депрессивные симптомы, личностно обусловленные депрессивные и физиологические депрессивные симптомы. Однако в этом случае мы будем испытывать дополнительную трудность при описании невротических депрессивных симптомов, отграничивая их от таковых же эндогенного спектра. Проблема эта стара, и одним из тех, чье решение можно считать удачным, был К. Ясперс. Хотя современные знания дают возможность использовать критерии Ясперса во многом по-новому, в том числе это касается того, что их трудно в полной мере применить к расстройствам невротического уровня. Начать хотя бы с того, что критерии Ясперса различают эндогенную и психогенную депрессию, а нам ни в коем случае не хотелось бы ставить заведомо упрощенческий знак равенства между психогенным и невротическим. Таким образом, описывая симптомы, мы будем стараться выявлять те различия, которые будут определяющими.

К группе **невротических депрессивных симптомов** мы отнесли подавленное, угнетённое настроение, которое является краеугольным камнем любой депрессии, поэтому важнее провести дефиниции между эндогенным и невротическим уровнями расстройства. Множество синонимов и определений давалось и дается этому состоянию: тоска, уныние, меланхолия, а в обиходной жизни эти симптомы и являются для обычных людей синонимом депрессии. В изучаемой группе труднокурабельных больных депрессия проявлялась в виде субъективных жалоб (печаль, пустота, подавленность) или отмечалась окружающими (печальное выражение лица, поза с опущенными головой и плечами, плаксивость). Такое состояние наблюдалось большую часть дня, практически ежедневно в течение не менее 2 недель, было связано с произошедшей психотравмирующей ситуацией, в этом случае психотравма была основным содержанием того, как больные объясняли снижение настроения. Это обычно и является основным отличием депрессии невротической от эндогенной. Но, во-первых, эндогенные больные тоже часто приводят в качестве причины подавленного настроения внешние события, которые можно было бы счесть той самой психотравмой, а во-вторых, невротик не всегда оценивает события жизни объективно и может не считать психотравму за таковую. Вспомогательным критерием являются суточные колебания настроения, чувствительность к психофармакотерапии. Эти явления имеются и у невротических пациентов, но суточные колебания не носят упорядоченного характера и зависят от динамики развития пси-

хотравмирующей ситуации. Это же относится и к психофармакотерапии, которая при невротическом уровне расстройства менее предсказуема и в меньшей степени дозозависима.

Гипо- или ангедония проявлялась снижением или отсутствием способности получать удовольствие от любой или почти любой деятельности, которая ранее это удовольствие доставляла. Основным признаком невротического уровня симптома был нетотальный характер проявления. Ангедония не была системной, пациенты могли находить другие (малозффективные и болезненные) способы получения удовольствия (от проявления заботы со стороны окружающих, зачастую соседей по палате, т. е. малознакомых им людей). Редко у больных с депрессивными расстройствами невротического круга наблюдался апатический компонент в виде безразличия к событиям своей или чужой жизни, а если такие проявления и заявлялись больным, то носили демонстративный характер и их легко можно было преодолеть в разговоре с больным.

Следует ли относить снижение либидо к группе невротических депрессивных симптомов или к группе физиологических депрессивных симптомов – вопрос важный, но не определяющий. Мы склонялись бы к мысли, что это физиологические проявления, однако чтобы утверждать это наверняка, было бы желательно иметь результаты исследований гормонального уровня у данных больных, каковыми мы не располагаем. Потому приводим описание проявлений этого симптома в этой подгруппе, тем более, что снижение либидо у больных данной группы являлось производной от ангедонии, но имело особый смысл для определения наличия у пациентов кастрационных или самокастрационных тенденций и проявлялось в виде утраты сексуального интереса к конкретному сексуальному партнёру и (или) к представителям противоположного пола в целом.

Суицидальные мысли и (или) поведение проявлялось в размышлении пациентов о бессмысленности продолжения жизни в сложившихся обстоятельствах, в виде возникающего и пугающего желания покончить с собой, которое почти никогда не сопровождалось конкретными планами, а также прогулками в заведомо опасных местах с размышлениями о возможности покончить с собой, не носящими конкретного характера и не содержащими компонентов бреда и бредового поведения. Кроме проявлений, к этой же группе симптомов мы отнесли демонстративные обещания покончить с собой и демонстративные действия: нанесение порезов на тело, приём медикаментов либо в присутствии посторонних людей, либо в ожидании их обязательного появления. Зачастую эти попытки заканчивались самостоятельным вызовом бригады скорой помощи.

К группе физиологических депрессивных симптомов мы отнесли снижение энергии, утомляемость, усталость, снижение привычной активности, расстройство сна в виде бессонницы либо (реже) сонливости, причём бессонница носила характер ночных или утренних пробуждений, не связанных со стереотипом физиологических отправлений и не была характерной для обычного индивидуального суточного ритма. Ночные пробуждения сопровождалась трудностью и невозможностью уснуть после них.

Многие симптомы в структуре тревожных и депрессивных расстройств схожи, что подтверждает наше предположение об общности состояний, наличии большой группы тревожно-депрессивных расстройств с общей этиологией, общими патогенетическими и патопсихологическими механизмами, которые следует рассматривать как общую аффективную болезнь невротического уровня. Несмотря на общность, между этими симптомами есть и различия. Например, тревожные расстройства сна мы отнесли к невротической группе симптомов, а депрессивные симптомы рассматриваем как физиологические. Это объясняется разной природой расстройств (депрессивные запускаются физиологическими механизмами нарушения циркадных ритмов [Cirelli C., 2002; Wirz-Justice A., 2007]), что подтверждается тем, что тревожные и депрессивные расстройства сна редко встречаются изолированно у больных с аффективной патологией невротического уровня. По крайней мере, у труднокурабельных больных сочетание тревожных и депрессивных расстройств наблюдалось в 90 % случаев с расстройствами сна, аппетита (снижение аппетита, потеря интереса к количеству и качеству съеденного), больные зачастую говорили, что едят по привычке, «потому что положено есть», что заставляют родственники. Реже встречались противоположные расстройства аппетита в виде булимии, когда пациенты ели преувеличенно много, иногда булимия была подвержена суточным колебаниям, когда пациенты могли отказываться от пищи утром и днем и объедаться вечером и ночью. Снижение веса не всегда было связано с расстройством аппетита. Примерно в трети случаев больные теряли в весе, несмотря на достаточное количество съедаемой пищи и относительно развитый аппетит. Хотя в группе труднокурабельных больных снижение веса не было критичным для общего здоровья симптомом, а сама потеря, если и составляла 7–8 килограммов в месяц, впоследствии давала редукцию, которая могла вернуть пациента к прежнему весу, чтобы затем снова снизить его.

К группе **лично́стно обусловленных депрессивных симптомов** мы отнесли раздражительность, которая у депрессивных (как и у тревожных) больных являлась проявлением агрессии, но так как мы говорим о тревожных и депрессивных расстройствах как о составных частях общего аффективного комплекса невротического уровня, то следует помнить, что в рамках этого единого комплекса депрессивные расстройства рассматриваются как более зрелые, как результат неэффективной работы психологических механизмов больного. Поэтому и проявления раздражительности у больных с преобладающими депрессивными проявлениями в большей степени обусловлены истощением психологических механизмов и напоминают раздражительную слабость (18 % больных этой подгруппы были верифицированы как астенодепрессивные). В то же время проявления их агрессивности направлены вовне, отсюда обидчивость, нетерпимость, но эти проявления касались, главным образом, третьих лиц, а не врача, и выражалась в приписывании третьим лицам недобросовестных мотивов в отношении больного, неприязни и открытых действий во вред пациенту, чтобы унижить его, нанести обиду. Такие пациенты и в отношении лечащего врача высказывали недоверие, считали его недостаточно внимательным, высказывались о корыстных мотивах, движущих врачом. Делали они это в палате, общаясь с

другими больными либо вступая в общение со средним и младшим медперсоналом. Таким больным часто снились тревожные, яркие сны, в которых они были активными участниками событий, пытались пробиться куда-то, настойчиво искали выход, наносили повреждения снимаемым персонажам.

Конверсионные и диссоциативные проявления у депрессивных больных носили защитный характер, когда больные отстранялись от неприятных эмоций. Эти особенности удавалось утилизировать во время психотерапии, намеренно утрируя их, помогая тем самым больным научиться управлять эмоциями. Замещающий (конверсионный) компонент у депрессивных больных заключался в восприятии депрессии не как самодостаточного состояния, а как инструмента, который либо применяется к больному (наказание), либо который применяет сам больной (бегство в депрессию). Отчасти к диссоциативным проявлениям можно отнести и алекситимию, которая характерна для аффективных расстройств невротического уровня.

Затруднение концентрации на окружающем мире в виде не свойственной больному ранее нерешительности, трудности к сосредоточению на производственных действиях, ощущаемые больным субъективно и (или) обнаруживаемые (подтверждаемые) окружающими, отмечались большую часть дня.

Когнитивные расстройства самоосознавания в виде снижения самооценки, мыслей о собственной несостоятельности, о причинении неудобств окружающим, склонности к обвинению себя в семейных неурядицах и незначительных производственных проблемах не носили бредового характера и относились к нарушению когнитивных функций, т. е. если у тревожных больных преобладало опасение не справиться с важным делом, то депрессивные больные считали себя уже не справившимися.

В этом смысле следует оценивать нарушения критики как личностно обусловленный депрессивный симптом. Больные не старались находить психологически понятное обоснование плохого самочувствия, а безосновательно считали, что «всё и так плохо, а дальше будет хуже». Это быстро обращало на себя внимание окружающих, которые, видя несоответствие депрессивного мировосприятия больного не столь уж безнадежной реальности, настаивали на обращении пациента к врачу, что приводило к сравнительно раннему выявлению таких больных и более благоприятному развитию его дальнейшего состояния и вероятности полного выздоровления. Косвенно наши выводы подтверждаются небольшим удельным весом депрессивных больных среди труднокурабельных, повторно обращающихся пациентов (11 %), тогда как среди всех пролеченных за этот период больных они составили 16 %.

Клиническая картина депрессивных проявлений у труднокурабельных больных, обращающихся повторно, определялась большей связью с той ситуацией, которую больные считали для себя неприемлемой и психотравмирующей. Психотравмирующая ситуация зачастую присутствовала в фабуле переживаний на протяжении всей болезни, в отличие от депрессивно-ипохондрических состояний, где психотравма, иногда явная и психологически понятная (смерть близкого), участвует в содержании переживаний больного только на самом раннем этапе, при поступлении в отделение.

По истечении первой недели лечения актуальность психотравмы поддерживается больным формально, на первое место выходят ипохондрические опасения. Депрессивная симптоматика в группе больных депрессивными расстройствами нарастала постепенно, на фоне выраженных тревожных проявлений, уровень которых расценивался как клинически значимый, и осознавалась пациентами к моменту нарастания ангедонических проявлений. Неприятные проявления быстро обращали на себя внимание больных и их близких, после чего пациенты обращались за помощью. Симптоматика при повторных поступлениях характеризовалась большим удельным весом личностно обусловленных депрессивных симптомов, в том числе связанных с заострением преморбидных черт истерического круга. Речь в данном случае не идет о декомпенсации истерических личностей, а о привнесении личностно обусловленной симптоматики в невротическое расстройство.

Так, например, подавленное настроение приобретало демонстративный характер, обращая на себя внимание родственников, медперсонала, соседей по палате. Жалобы на никчемность дальнейшей жизни, предъявление собственной виновности в тяжелой жизни остальных помогали реализовать манипулятивные тенденции с тем, чтобы эти утверждения больного опровергались окружающими. Поведение таких больных в отделении характеризовалось как пассивное. Большую часть времени они проводили в пределах палаты, держались отгорожено, стараясь меньше участвовать в общении; проживая неподалеку от больницы, настаивали на стационарном режиме. Поэтому большая часть лечебной работы уходила на то, чтобы искусственно создавать таким больным повод для активности.

В качестве иллюстрации группы депрессивных расстройств приведем клиническое наблюдение.

Наблюдение 2

Больная П., 1950 г. р., жительница Белова, пенсионерка. Находилась на лечении в 6-м отделении КОКПБ с 2.10.2007 по 23.11.2007 с диагнозом: пролонгированная депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации на фоне церебрального атеросклероза (F43.21). Обращается повторно в течение года. Первая госпитализация с 20.11.2006 по 29.12.2006 с диагнозом: пролонгированная депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации на фоне церебрального атеросклероза (F43.21). Данная госпитализация третья по счету, первый раз обращалась в 1991 г. с диагнозом: «реактивная депрессия». Психическими заболеваниями наследственность неотягощена. Отец ушел из семьи, когда ей было 2 года, был властным, работал на руководящих должностях. Помогал семье материально, но с детьми виделся редко. Мать одна воспитывала пятерых детей, больная – самая младшая. Семья была дружная, постоянно поддерживают друг друга. Во втором классе перенесла коклюш. Росла спокойной, училась хорошо, занималась общественной работой. По характеру не лидер, «в лидеры не лезет сама», просто выбирали за ответственность. Всегда была послушной, мать в школу на собрания не ходила, так как к ней у учителей не было претензий. Много читала. Помогая матери, рано начала заниматься физическим трудом. Окончив школу, в 16 лет пошла работать на завод электрообмотчицей. Училась

заочно в железнодорожном техникуме. Затем окончила Кемеровский университет по специальности экономист.

Замуж вышла в 27 лет. Беременностей не было. Лечение бесплодия не занималась, так как из-за слабого здоровья была не готова рожать. Перед первой госпитализацией в 1991 г. перенесла смерть матери в 1987 г. Весной 1991 г. после сокращения на работе возникли проблемы с устройством на новое место. Не могла решить, куда идти – обещала в одном месте, затем соглашалась в другом, испытывала чувство вины перед теми, кому пообещала поначалу. Начав работать, решила, что поступила неправильно, считая себя на новом месте некомпетентной, что является для неё «невозможной вещью». Снизилось настроение, ничего не хотелось делать, пропал аппетит, похудела за месяц на 7 килограммов. Считала, что совершила непоправимую ошибку, что теперь «ничего нельзя изменить, жизнь кончена». Была направлена в 6-е отделение КОКПБ, где лечилась с 19 июня по 9 августа 1991 г.

Состояние квалифицировано как «реактивная депрессия», получала трициклические антидепрессанты, ноотропы, вегетостабилизаторы. После выписки и отпуска чувствовала себя хорошо, сдала сессию, приступила к работе. Через 3 года вышла замуж, в счастливом браке прожила 15 лет. Работала, продвигалась по служебной лестнице. В отделении федерального казначейства работала главным казначеем. После выписки периодически появлялись опасения: «не повторится ли это», избегала стрессы, конфликты. В 48 лет перенесла климакс, неприятных ощущений не испытывала, лишь утомлялась быстрее, чем ранее. Последние годы тревожилась и переживала за мужа, который страдал ИБС с приступами стенокардии. В то время «берегла мужа больше, чем саму себя, и бывшие тревоги отошли на задний план». В мае 2006 г. он умер у неё на руках от очередного инфаркта.

Снизилось настроение, нарушился сон и аппетит. Продолжала работать, стараясь справиться с горем. Не могла находиться дома одна, уходила к родственникам. Принимала коаксил, лечилась у психотерапевта, без улучшения. Родственниками доставлена в отделение неврозов, где лечилась 39 дней. Состояние быстро улучшилось, примерно на второй неделе депрессивная симптоматика утратила витальность, стала контактной, затруднилась в психотерапевтической работе. Выписана со значительным улучшением. Перед выпиской больной в неявной форме было дано понять, что состояние может ухудшаться, в этом случае она может обратиться за консультативной помощью. После выписки чувствовала себя хорошо. Организация, в которой работала, была расформирована, переживала из-за потери работы. Летом занималась дачей, ездила к сестре во Владивосток, где хорошо провела время. Вернулась домой, пыталась устроиться на работу. Снова возникла ситуация выбора, когда предлагали одно место, на которое она согласилась, затем предложили другое, которое повторяло то, где она уже работала, но ей неудобно отказать в первом месте, не может что-то окончательно решить. Снизилось настроение, почувствовала себя одинокой, пугалась наступления зимы, появились апатия и нежелание чем-либо заниматься. Это состояние вызвало тревогу, приехала на консультацию и согласилась на госпитализацию.

Психическое состояние: настроение снижено, выражение лица печальное, мимика страдальческая. Говорит живо, идеаторной заторможенности

во время речи нет. Говорит, что хочет точнее выразить свою мысль, поэтому долго не отвечает на вопросы. Беседа состоит из наводящих вопросов и подтверждающих или отрицательных ответов. В беседе не активна, обеспокоена ситуацией с возможной работой, не знает как поступить и это пугает. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет.

Лечение в стационарном режиме пребывания, с большой неохотой уезжала домой на выходные. Отчасти это связано с тем, что не имеет семьи (единственная сестра живет во Владивостоке), но в большей мере с пассивностью, проявлявшейся в стиле взаимодействия с соседями по палате, безынициативном общении с врачом. Через 3 недели лечения состояние улучшилось: выровнялось настроение, появился аппетит, стал прибавляться вес, нормализовался сон, стиль поведения оставался пассивным. Получала современные антидепрессанты (венлафаксин 75 мг/сут), транквилизаторами седативные (диазепам 10 мг/сут) и анксиолитические (феназепам 1 мг/сут), вегетостабилизаторы, ноотропы. Психотерапевтические мероприятия направлены на выработку свободных психологических структур, имеющих отношение к тому, что она «может себе позволить» и на какую «степень ошибки» в жизни может пойти. Больную приходилось активизировать на работу, так как сама не проявляла инициативы, однако, почувствовав стимул и поддержку со стороны врача, включалась в работу, выдвинула идею переезда во Владивосток, поближе к сестре и живущим там другим родственникам. Выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендован приём венлафаксина по 18,75 мг/сут в течение полугода. Катамнестические сведения в течение полугода после выписки благоприятны.

Анализ наблюдения. В преморбиде психастеническая личность с высокой ригидностью и тревожностью. Вне болезни характерологические особенности не превышают уровня акцентуации. Относительно успешно справляется с серьезными событиями (смерть матери), но дезадаптируется в ситуации принятия решения, где не известны «правильные» действия, когда не на кого опереться в выборе. Поэтому болезненные реакции развиваются по депрессивному механизму. Клиническая картина демонстрирует преобладание в начале госпитализации личностно обусловленных депрессивных симптомов (диссоциативные проявления, расстройства самоосознания, нарушение критики). Многослойность клинической картины и обусловивших её патогенетических и патопсихологических механизмов предполагает сложность течения состояния и то, что пациентка войдет в число труднокурабельных больных.

Ипохондрические состояния в последнее время демонстрируют значительный рост. Существует множество концепций ипохондрических состояний, начиная с работ F.E. Kenyon (1964, 1978), который в рамках концепции первичной ипохондрии предлагал рассматривать её как самостоятельный симптомокомплекс невротического регистра, характеризующийся озабоченностью пациента телесным самочувствием с опасениями по поводу прогрессирующего заболевания. Как ни странно, но эта концепция в настоящее время является основой, на которой во многом базируются современные классификационные принципы состояний и которые предлагают констатировать первичную ипохондрию и в тех случаях, когда одноименные прояв-

ления опережают формирование других расстройств невротического ряда: астенических, истерических и обсессивно-фобических.

Этому подходу противопоставляется другой, при котором ипохондрия интерпретируется как вторичное (Pilowsky I., 1997) метасиндромальное образование, производное от астенических до бредовых расстройств. Как и прочие концепции, исходящие из теории единого психоза, она выглядит стройно и красиво, но не учитывает клиническую действительность. Расстройства невротического уровня в большей части исчерпываются аффективными проявлениями, а исследования о коморбидности тревоги с депрессией и депрессии с тревогой, доходящей до 90 % (Вертоградова О.П., 1998; Wittchen H.-U., Essau C.A., 1993; Sartorius N. et al., 1996), вызывают у нас недоумение по поводу того, какой процент коморбидности нужно обнаружить, чтобы задуматься не о коморбидности, а об общности состояний. В этой связи ипохондрические расстройства дают наглядный пример совокупного аффективного расстройства невротического уровня. Если мы воспользуемся данными по всем больным отделения неврозов за 11-летний период, то можно заметить в последние 3–4 года рост удельного веса других соматоформных расстройств в сравнении с традиционно высоким в течение многих лет уровнем ипохондрии в отделении. Если в 2005 г. ипохондрические состояния (F45.2), отнесенные к категории соматоформных (F45), составили 90 %, то в 2007 г. их доля составила 36 %.

Большая часть труднокурабельных больных представлена ипохондрическими расстройствами. Если сравнивать представленность соматоформных расстройств (F45) во всем массиве больных, прошедших через отделение неврозов КОКПБ за 11 лет (оговоримся, что мы намеренно взяли соматоформные расстройства, которые не исчерпываются ипохондрическими состояниями), то их удельный вес в среднем составит $25 \pm 2,6$ %. Эта цифра имеет статистически значимое ($p=0,0015$) различие с таковой в группе труднокурабельных больных. Ипохондрические состояния в этой группе больных имели специфические особенности, которые позволили разделить их на типологические подгруппы. Среди ипохондрических состояний преобладают те, которые, несмотря на ведущий ипохондрический синдром, определяются еще тревожной и депрессивной симптоматикой (29 %).

Это подтверждает наши предположения об единой аффективной природе большинства расстройств невротического уровня. Представляется оправданным разделить симптоматику, определяющую состояние больных, на три группы: невротические ипохондрические симптомы, личностно обусловленные ипохондрические симптомы, физиологические ипохондрические симптомы. Ипохондрический симптомокомплекс, в отличие от прочих, характеризуется специфической симптоматикой, которая не является патогномоничной для всех аффективных расстройств невротического уровня, а так называемой соматосенсорной импликацией (телесная сверхбдительность – *bodily hyper vigilance*), которая рассматривается как кардинальный признак ипохондрии (Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2006; Barsky A.J., 2001).

Речь идет о кознестеziопатии – нарушении чувственного осознания соматического «Я», включая расстройства тела (протопатические, висцеральные, гаптические, термические, кинестетические, витальные ощущения), вос-

приятие физиологических и патологических процессов. Несмотря на особый характер этой группы симптомов, их невозможно выделить в отдельный класс, а следует распределить между упомянутыми подгруппами. Для ипохондрических больных свойственны (в полной мере либо частично) симптомы тревожных и депрессивных больных, но есть и ряд специфических.

К группе **невротических ипохондрических** симптомов мы отнесли тревогу за состояние здоровья, больные подозревали (предполагали, опасались, предчувствовали), что могут быть серьёзно больны соматическим заболеванием. Эта симптоматика могла быть тождественна тревожному предчувствию, но в данном случае для неё выделен объект (проекция) тревоги – собственный организм. Часто тревога формируется из негативного опыта близкого родственника, с которым у больного сложились (осознанно, неосознанно) неоднозначные интерперсональные отношения. Например, после смерти матери или отца от инфаркта миокарда больные беспокоились по поводу сердечно-сосудистой системы, интерпретируют непонятные ощущения (или те, на которые раньше не обращали внимания) как непременно болезненные.

Вышеописанная группа симптомов сочетается с телесными сенсациями в виде парестезий, алгий, сенестопатий, которые больные интерпретируют как подтверждающие обоснованность их беспокойства за здоровье. Иногда телесные сенсации усиливают тревожные переживания, а иногда возникают вследствие повышенного тревожного внимания к своему организму. Эти телесные сенсации соответствуют имеющимся у больного сведениям о предполагаемом заболевании.

Поведенческая бдительность, которая характеризуется элементами избегающего поведения, зачастую ограничивающего больного нахождением в квартире (в сопровождении избранного родственника), и активными действиями по поиску серьезного заболевания. Эта активность также требует сопровождения больного в его визитах по медицинским учреждениям того же избранного родственника, либо как вариант предполагает участие данного родственника в организации сложноступенных обследований.

Подавленное настроение больные связывают с состоянием здоровья, появляется оно часто через длительное (3–4 месяца) время после того, как появляется тревога за свое здоровье, а поведенческая активность в поиске причин болезненного состояния не приводит к удовлетворительному для больного результату. В эту же группу симптомов входит и пессимистическое отношение к будущему в отношении перспектив выздоровления. Снижение настроения демонстрируется и навязывается окружающим: больные становятся обидчивыми, настороженно относятся к хорошему настроению других, склонны «наказывать» их за проявленную нечуткость.

Другие аффективные невротические симптомы при ипохондрических расстройствах трансформируются. Так, группу гипо- и ангедонических симптомов при депрессивных проявлениях нельзя в полной мере назвать таковыми при ипохондрических состояниях. Больные утрачивают прежние интересы, но на их место приходят новые, имеющие отношение к состоянию здоровья; когда больные оказываются в этой сфере интересов, они оживляются, становятся эмоциональными, оживленными. Они обретают

возможность получать удовольствие от предвкушения очередной консультации, интерпретации в рамках собственного представления о серьезном заболевании результатов обследования, как подтверждающих их подозрения.

К группе **лично обусловленных ипохондрических** симптомов мы отнесли нарушение критики, потому что для ипохондрических больных они были определяющими и проявлялись в ригидности убеждений. Большинство больных, находясь на лечении в предыдущие поступления, принимали объяснения врачей, выказывали понимание того, что их симптомы имеют психологические, а не соматические причины. Однако после выписки, как только их состояние ухудшалось и появлялись соматоформные симптомы, больные в большинстве случаев обращались к врачам общесоматической сети, убежденные, как и прежде, в соматической природе заболевания.

Изменение мышления проявлялось в ипохондрической детализации: жалобы были тщательно разработаны, обстоятельства заболевания сообщались с обилием подробностей; жалобы были систематизированы в соответствии с имеющейся концепцией болезни, насыщены медицинской или псевдомедицинской терминологией. Больные выделяют главные симптомы и побочные, группируют их, устанавливают между ними причинно-следственные отношения, объединяют порой в замысловатые структуры. Наблюдается тенденция к бесплодному рассуждению понять и объяснить врачу причины появления болезни или симптомов, которым почему-то придется наибольшее значение. Подобное изменение мышления можно расценить как признак эндогенного процесса, однако эти изменения бесследно проходят после адекватного лечения, во-вторых, они имеют определенное место в системе жизни больного, преследующей конкретную (в большинстве случаев) цель. Поэтому если в процессе психотерапии удастся найти другую, более эффективную и менее болезненную систему, которая дает больному возможность добиваться той же самой цели, то у больного редуцируется практически вся симптоматика, включая вышеописанную лично обусловленную, в том числе изменения мышления.

Вытесненная агрессия у ипохондрических больных выявляется в виде раздражительности, которая вызвана уже упоминавшимся сдвигом интересов, когда больные стараются побольше узнать о предполагаемой болезни. У больных нарастает мнимая убежденность в собственной медицинской осведомленности; появляется иногда нескрываемое недоверие и раздражение по отношению к врачам и обычным «неэффективным» методам лечения. Больные стремятся на прием к авторитетным, по их мнению, специалистам, добиваются новейших методов обследования и лечения. Некоторые сохраняют всю документацию, получаемую из лечебных учреждений, где они были, создают свой архив болезни.

Конверсионные и диссоциативные проявления у ипохондрических больных имеют отношение к восприятию больными тела и функционирования организма. Диссоциативные проявления правильнее было бы назвать ассоциативными, так как больным свойственно осуществлять подмену самоидентификации и самопознания за счет подмены всей личности своим организмом и его «очень вероятно, болезненными» проявлениями. Конверсии иногда могут быть сложными и задействовать физиологические механизмы

организма больных, иной раз внося изменения в результаты параклинических исследований. Такие явления можно было бы отнести в группу физиологических симптомов, но их основное психологическое значение состоит в том, чтобы заместить не подтверждающуюся тревогу за свое здоровье тем, что, с точки зрения больного, могло бы быть подтверждениями. Это еще раз подтверждает общность двух механизмов, когда диссоциация делает возможным манипуляции со своим телом как с чужим, а конверсия делает эти манипуляции возможными.

Алекситимия. Существует мнение, что для соматоформных, психосоматических, ипохондрических больных алекситимия является почти патогномоничным симптомом, играющим большую роль в патогенезе (Berenbaum Н., James Т., 1994; Секоян И.Э., 2007) Не возражая против такого взгляда на роль алекситимии, мы считаем что наши собственные наблюдения говорят, скорее, о её роли как личностного фактора в патогенезе аффективных расстройств невротического уровня, каковыми являются и ипохондрические.

В связи с вышеизложенным перечисление физиологических ипохондрических симптомов следует делать, учитывая их в большом числе случаев конверсионный, а значит, и личностно обусловленный механизм; они во многом будут повторять таковые же симптомы аффективного круга.

Расстройства сна объединяют характерные для тревожной и депрессивной симптоматики проявления: больные с трудом засыпают, переполненные тревожными мыслями о состоянии здоровья, сон поверхностный, они часто просыпаются, тем более если есть аудитория, которой можно продемонстрировать ночные мучения. Нередко ипохондрические больные агавируют расстройства сна, преувеличивая реальные проблемы, особенно если это нельзя проверить непредвзятому наблюдателю. Для ипохондрических больных крайне редкой является гиперсомния.

Вегетативные симптомы, включая гипертермию, когда больных иногда год или более беспокоит субфебрильная температура (37,2–37,5° С), которую больной замечает только после случайного измерения, а уже обнаружив повышение температуры тела, ощущает чувство жара, озноба, покраснение лица. При измерении температуры тела под обеими руками обнаруживалась диссоциация значений до 0,7–0,9° С в сторону понижения. Подобное обнаружение не успокаивало больных, а вызывало обиду, недоверие к измерительным приборам и не редуцировало субъективных проявлений. Увеличение частоты сердечных сокращений наблюдалось не только во время пароксизмальных (панических) состояний (до 110–120 уд/мин), нередко сочетаясь с анизотонией (на 20–30 мм рт. ст.), но не находясь в прямой зависимости друг от друга.

Расстройства аппетита у ипохондрических больных связаны с другими группами симптомов – аффективными или коэнезестезиопатическими – и почти не выражаются в виде булимии. Зато часто можно увидеть избирательность в продуктах, зависимость от основных симптомов, а при большом желании врача можно было в расстройствах аппетита выявить некоторый дисморфофобический компонент, который определялся большей выраженностью истерических личностных черт у того или иного больного, когда больные использовали уже имеющееся болезненное состояние для

того, чтобы похудеть, и демонстративно пугались растолстеть, после того как по мере лечения аппетит начинал возвращаться.

Клиническая картина ипохондрических проявлений у труднокурабельных повторных больных значительно обусловлена повторностью обращения. Первые госпитализации таких больных характеризовались тревожной симптоматикой пароксизмального характера. Повторные госпитализации редко сопровождались паническими расстройствами, однако ко времени повторного обращения больные сформировывали образ жизни, связанный с той или иной формой заботы о здоровье. Во время первой госпитализации больные выказывали понимание сути проблем как психологических, могли попытаться анализировать соматоформные симптомы и то, как они обусловлены психологически. Однако попадая в прежнюю, как казалось больным, не разрешимую другим, кроме ипохондрического способом, они начинали чувствовать себя хуже, в своих жалобах клишируя те проявления, которые определяли их состояние во время предыдущего лечения. Только после неоднократных обследований и консультаций, когда врачи-соматологи направляли их к психиатрам, больные приходили на приём, заранее имея в виду, что будут проходить стационарный, а не другой вид лечения. Они вынуждены были обращаться к психиатрам, хотя продолжали считать причиной болезненного состояния соматические заболевания, но раз уж другие врачи их «отвергли», они «так и быть» готовы лечиться хоть в какой-нибудь больнице, раз им не оставляют другой альтернативы. Находясь на повторном лечении, такие пациенты настаивают на консультациях невролога, терапевта, окулиста, отоларинголога, на общесоматических обследованиях и соответствующем лечении. Часто такие больные пользуются тем, что им предоставлено право свободного выхода из отделения, и продолжают свои изыскания, обращаясь за помощью к новым врачам общесоматической сети, иногда проходят в какой-либо из клиник (чаще частной) соматическое лечение, не ставя в известность лечащего врача в отделении неврозов и не сообщая врачу-соматологу, что в данное время параллельно лечатся в отделении неврозов.

Выявлен высокий уровень истероипохондрических расстройств (22 %) с демонстративностью. Истерические механизмы диссоциации и конверсии являются патогенетическими механизмами аффективных расстройств невротического уровня, для ипохондрических состояний это верно в особенности как по отдельным симптомам, так и по общей клинической картине. Ипохондрические больные проявляют почти такую же степень манипулятивности, как и пациенты с декомпенсацией истерического личностного расстройства. Такие больные становятся центром внимания в палате, другие больные водят их под руки в туалет, приносят еду из столовой, ходят к врачу пожаловаться от их лица, что им (ипохондрикам) уделяется мало внимания, а возможно, их неправильно лечат. Причем в преморбиде такие больные чаще оказываются не в полной мере акцентуировано демонстративными, а имеют акцентуированный радикал, наиболее часто сочетание психастенического и истерического радикалов.

Ранее мы описывали патогенетическое взаимодействие преморбидных личностных особенностей у ипохондрических больных (Нохрина Л.Я.,

Платонов Д.Г., 1998). Можно обратить внимание на быстрое присоединение у больных не присущих в преморбиде личностных черт, что является признаком формирования ипохондрического расстройства (16 %).

В качестве иллюстрации группы ипохондрических расстройств можно привести характерное клиническое наблюдение.

Наблюдение 3

Больная Ф., 1963 г. р., жительница Кемерова, не работает, домохозяйка. Лечилась в 6-м отделении КОКПБ с 1.11.2004 по 29.12.2004 с диагнозом: ипохондрическое расстройство (F45.2). В истории болезни диагноз квалифицируется как ипохондрическое развитие личности. Данная госпитализация четвертая по счету. Первый раз в 2000 г. находилась на лечении с 11.04.2000 по 12.05.2000 с диагнозом панического тревожного расстройства (F41.0), затем еще дважды – в 2002 и 2003 гг., каждый раз диагнозы изменялись от смешанного тревожно-депрессивного расстройства в рамках расстройства адаптации (F43.22) до ипохондрического расстройства (F45.2).

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать была раздражительной и нервной из-за плохого здоровья, которое ухудшилось, потому что перенесла криминальный аборт, осложнившийся сепсисом, после которого некоторое время была в коматозном состоянии (аборт на позднем сроке беременности произошел по её инициативе, так как узнала, что муж ей изменяет и хотела избавиться от его ребенка). Из-за этого, по мнению больной, мать чувствовала себя нездоровой, а потому внимания и ласки от матери не получала. В 1993 г. в 59 лет мать умерла от инсульта. Отец больной, был моложе матери на 8 лет, поэтому считал, что может ей изменять. Характеризует его как доброго, молчаливого. Свободное время посвящал рыбалке. Любил порядок в доме и требовал с ранних лет это от дочери. Детей не обижал, но особенно ими не занимался. Считал, что должен обеспечить их едой и одеждой. Во всем зависел от жены, после её смерти стал пить, пытался повторно жениться, но неудачно. В 56 лет (1998 г.) повесился в пьяном виде, оставив посмертную записку, чтобы никого не винили в его смерти. Старшего брата характеризует как двуличного. По требованию отца больная перед приходом родителей с работы старалась навести порядок. Опасаясь недовольства родителей, запрещала брату садиться на застеленный диван, сметала пылинки. А брат назло рвал бумажки и разбрасывал, за что больную наказывали. Перед родителями старался быть хорошим, послушным, а над ней издевался. Став взрослым, брат много пил, заразился туберкулезом.

Раннее физиологическое развитие без особенностей. В школе училась слабо, так как часто переезжали, сменила 5 школ. Родители воспитанием детей не занимались, была предоставлена себе. Не нравилось находиться дома, на «улице было лучше». Завидовала одноклассникам, у которых были здоровые, заботливые матери. Они красиво одевались, а она «комплексовала», что плохо одета, что в семье материальные трудности. Мечтала, что исполнится 18 лет, тогда выйдет замуж, только чтобы уйти из дома. Закончив торговое училище, работала в магазине кассиром, была комсоргом. Вышла замуж, муж не разрешил работать в торговле: «Ты слабохарактерная, не сможешь обмануть, поэтому обманут тебя». Устроилась сборщицей на элек-

тротеханический завод. В годы перестройки по настоянию мужа оставила работу, занималась домашним хозяйством, дачным участком. Заботливый и строгий муж заменил ей родителей, окружил заботой, о которой раньше мечтала. Брак бесплодный из-за их несовместимости. Взаимных упреков по этому поводу не было, жили дружно. 4 года назад усыновили мальчика из детского дома.

Считает, что заболевание началось 5 лет назад: находясь на даче, ждала мужа с работы, встревожилась, считая что с ним случилось непоправимое. Потом появился израненный после автоаварии муж. Напугалась его вида, стало плохо, всю трясло. Побежала к родственникам, которые «отпоили валокордином». Не могла успокоиться, мужа через 2 дня вновь отправили в командировку на полгода. Постоянно думала о нем, «накручивала себя». Когда муж вернулся, страх оставался, часто думала о том, как он «перевернулся на машине». Периодически от переживаний болела грудь, не придавала этому значения. Через год муж вновь уехал в командировку, снова появились боли в области сердца с сердцебиением, страхом за свою жизнь. Вернулся муж и отвез в больницу, где дежурный врач порекомендовал обратиться в 6-е отделение.

Через 2 дня после лечения приступы прошли, выписалась в хорошем состоянии (2000). Первая госпитализация 30 дней. Следующее ухудшение состояния связано с тем, что волновалась, когда собирали документы на усыновление. Муж снова стал ездить в командировки, и ей вновь «стало плохо». Испытывала тревогу и беспокойство по поводу здоровья, снижалось настроение, обследовалась у разных специалистов. Когда муж возвращался, «успокаивалась». Муж настоял на повторном обращении в отделение неврозов (лечение 28 дней). В 2003 г. семья переехала в новую квартиру на 7-м этаже. Никого из соседей не знала. Состояние ухудшилось после землетрясения, испугалась, схватила ребенка, в панике бежала по лестнице, повторяя: «Возьмите ребенка», опасаясь не справиться. Какая-то молодая женщина помогла ей. Боялась войти в дом, соседка вынесла вещи на улицу, после чего уехала к подруге, живущей на нижнем этаже. Ночью при повторных толчках пыталась с ребенком бежать на улицу, но друзья успокоили. Уехала на дачу, но и там не находила себе места. Испытывала ужас перед возможным повторением землетрясения, постоянно смотрела не качается ли люстра. Ожидая мужа, испытывала страх, неприятные ощущения в сердце. Едва дождалась мужа, и он «буквально на руках принес её в отделение». В поведении стала капризной, нетерпимой, труднокорректируемой. После недолгого улучшения снова становилось хуже, что активно демонстрировала врачу и медперсоналу. Интересовалась: «не следует ли ей обследоваться еще где-нибудь?» Жаловалась мужу, что «возможно её неправильно лечат». По её просьбе и в тайне от врача он организовал ей консультацию на кафедре психиатрии Кемеровской медицинской академии, после полученного отказа влиять на лечение в беседе с врачом рассказала об этой консультации, стараясь представить действия работников кафедры в неприглядном с точки зрения врача свете.

После длительного лечения (51 день) и психотерапии по реформированию реагирования на не нравящиеся ей события ухудшением самочувствия

состояние улучшилось, стала критичней в своих взглядах и поведении. Настоящее ухудшение около 2 месяцев. Муж сменил работу и не уезжает в командировки, вместе ездят на дачу, где иногда живут несколько дней. Так как дача находится далеко от города, испугалась, что «если что-нибудь случится, её не смогут сразу доставить в больницу». Из-за этого снизилось настроение, стала капризной, начала переезжать, поправилась. «Цепляется» к мужу с разговорами о своем здоровье, обсуждает прочитанную информацию о «медицине», главным образом в Интернете. Часто обнаруживает у себя описанные симптомы, требует, чтобы её везли на консультацию и обследования, обижается на мужа, когда тот предлагает съездить в отделение неврозов. Начались ссоры на этой почве. Беспокоится, что «покачивается» при ходьбе, возникает «ощущение будто кружится голова». Появилась мысль об «опухоли в голове», но большого страха не испытала, «всерьез не поверила» в опухоль, однако начала читать об этом заболевании и записывать свои ощущения в тетрадку, чего раньше не делала, после консультации у нейрохирурга обратилась за помощью в отделение неврозов.

Психическое состояние: жалобы на головокружение, покачивание при ходьбе, неприятные ощущения в теле, области сердца в виде покалывания, жжения, тяжести и давления в груди. Испытывает тревогу по отношению к этим ощущениям, боится, как бы не вернулось прежнее состояние (2000), хотя и соглашается с врачом, что таких состояний нет уже давно. Настроение снижено, выражение лица обеспокоенное, поза закрытая: плечи приподняты, конечности перекрещены; в то же время легко отвлекается от тревожных переживаний, улыбается, шутит, кокетничает. В ответ на предложение амбулаторного лечения встревожилась, так как настроена «пройти весь курс» из-за ухудшения состояния. Утверждает, что уже не переживает за мужа, когда тот уезжает в командировки, однако выясняется, что в данный момент он отъезде. Когда понимает, что ей уже не откажут в госпитализации, успокаивается, плечи опускаются, поза становится расслабленной и открытой. Охотно обсуждает назначенное лечение, проявляет определённое понимание тех психологических механизмов, которые привели к заболеванию.

В отделении состояние быстро улучшилось, организовала вокруг себя общение с другими больными, обсуждали различные медицинские аспекты, была главным «поставщиком» информации и «непререкаемым» авторитетом для больных. Высказывала сомнения о перспективе выздоровления других больных, приводя в пример себя. Получала трициклические (амитриптилин 6,25 мг 3 р/д) и серотонинергические (коаксил 37,5 мг/сут) антидепрессанты, транквилизаторы-анксиолитики (алпрозалам 1 мг/сут), малые нейролептики (эглонил 200 мг/сут), ноотропы, витаминотерапию. Психотерапия направлена на адекватное восприятие своей роли в жизни семьи и социума в целом. Проявляла понимание психологических механизмов, вызывающих регулярное ухудшение её состояния, высказала мысль о необходимости устроиться на работу. Хотя большой перерыв в её активной социальной жизни заставляет усомниться в легкости изменения привычных поведенческих стереотипов.

Анализ наблюдения: в преморбиде личность смешанная (конституционально тревожная с демонстративным радикалом, не выходя за рамки акцен-

туации характера). Особенности демонстративного радикала таковы, что когда он не является ведущим, определяющие личностные особенности (конституционально тревожные) используют его как универсальный инструмент для реализации своих задач. Характерологические предпочтения сложились в тревожном ожидании возможного неблагополучия и недостаточно хорошей оценки её со стороны эмоционально значимых людей. Поэтому и брак стал источником тревожного ожидания, связанного с командировками мужа. Сказалась особенность демонстративного радикала к формированию эмоциональных символов (муж уезжает, т. е. символически бросает её, оставляет одну, может не вернуться). Подобное символическое ожидание подтвердилось, когда муж попал в аварию. Это дало больной формальный повод для морального оправдания внешних проявлений беспокойства и одновременно попытки путем болезненных проявлений заставить мужа быть дома. Если во время первых обращений эта достигаемая цель была слабо подтвержденной, то незадолго до настоящего поступления больная получила мощное подтверждение эффективности стратегии: муж сменил работу в соответствии с её желанием. Казалось бы, это должно было прекратить отправление ипохондрического стереотипа. Однако мы видим прямо противоположную картину: состояние меняется в сторону хронизации, появляются не свойственные ранее личностные черты, симптоматика становится полиморфной. Речь идет о подкреплении мотивации, когда какая-то поведенческая стратегия явным образом оказывается эффективной, а значит, должна быть закреплена и расширена как по целям, так и по проявлениям.

Вышеописанные патопсихологические механизмы формирования болезненного состояния у данной пациентки сочетаются с механизмами бегства в болезнь, характерными для тревожного радикала. Больная перекладывает ответственность за происходящее на неконтролируемые ею ощущения, а при взаимодействии с медицинским учреждением – на это медицинское учреждение и его представителей. Реализация тревожного радикала была следствием психотерапии. Демонстративные механизмы, реализуемые больной на начальных этапах болезни, в силу примитивности давали меньше возможностей для выработки позитивных поведенческих стереотипов, тогда как тревожные – дают для этого большие перспективы. Смена мужем работы не предполагалась при выстраивании психотерапии в предыдущие поступления, поэтому её пришлось менять, что всегда уменьшает прогностическую успешность. Возможно, новая стратегия с активизацией не дополнительных увлекающих активностей, как это было ранее, а с мотивацией на социальную активность окажется в новых обстоятельствах более эффективной, однако ожидать от больной в 41 год способности к кардинальной смене стереотипов без принуждающей мотивации весьма трудно.

10.3. КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В соответствующей литературе, особенно в интернет-источниках, где квалифицирующий отбор затруднен, эти состояния часто называются невротическими, чем добавляют путаницы в и без того неоднозначную сферу медицинской науки. В этом смысле проще говорить о неврозоподобных состояниях, имея в виду конкретных больных, которые отобраны для этой работы по отчетливым критериям и которых поэтому имеется вполне обозримое количество (104 труднокурабельных пациентов, повторно госпитализирующихся в отделение неврозов – 17 %). Это немалое количество: больше, чем пациентов с депрессивными, и немного меньше, чем с тревожными расстройствами. Это приблизительно соответствует доле таких больных среди всех пациентов отделения неврозов за исследованный период. Этот фактор отражает обособленность подобных состояний среди контингента больных отделения неврозов, потому что, имея выраженную и во многом определяющую клиническую картину неврозоподобную симптоматику, эти состояния имеют отличные от невротических этиологию и патогенез. По этому принципу мы разбили их на три подгруппы.

Кемеровская ОКПБ имеет большую историю исследований взаимодействия психических заболеваний и экзогенно-органических факторов. Одним из авторитетных ученых в этой области является А.А. Корнилов. В его работах и исследованиях его учеников и последователей речь идет о значимости ЧМТ и прочих экзогенно-органических факторов и их последствий в течении психических заболеваний (Корнилов А.А., 2006; Обеснюк О.А., 2007; Багрий Н.В. и др., 2009). Почти 70 % больных с неврозоподобными расстройствами имели их в результате церебрального атеросклероза. Особенности болезненных проявлений таких состояний связаны со свойственным для церебрального атеросклероза заострением личностных черт и увеличением ригидности психических процессов. Ригидность является патогенетическим компонентом тревожных расстройств. На наш взгляд, этим объясняется преобладающий в клинической картине тревожный компонент с рядом особенностей, характерных для состояний, важной клинической составляющей которых оказывается мозговая дисфункция.

Тревожные проявления у труднокурабельных больных носили стертый характер и были многообразны. Таким больным были не свойственны яркие пароксизмальные состояния и отчетливый предмет для тревоги. Тревога была свободно витающей и в то же время не определяла поведение больных, т. е. пациенты больше рассказывали о тревоге, чем жили в соответствии с тревожным аффектом. Психогении играли важную роль в ухудшении состояния, однако на их фоне в большей степени обострялись клинические проявления атеросклероза: повышалось АД, больные становились эмоционально лабильными, раздражительными, однако раздражительность не имела отчетливого объекта и быстро истощалась. Зачастую больные дуб-

лировали жалобы из предшествующих поступлений. Если между поступлениями прошло 5–7 лет, больные утверждали, что их беспокоит «всё то же, что и в прошлый раз», на деле основными оказывались церебрастенические жалобы: головная боль, головокружение, нечетко выраженные телесные сенсации, чаще в виде парестезий, чем сенестопатий или алгий. Депрессивный аффект тоже не был «сцеплен» с тревогой и другими болезненными проявлениями, а носил, скорее, тоскливый характер с проявлениями апатии и нарушением когнитивных функций в виде трудности сосредоточения внимания и неуверенности. Для некоторой части больных было свойственно агравировать одни, более важные для их целей симптомы и диссимулировать другие, менее важные. Эти больные пытались решить (иногда осознанно и нередко успешно) с помощью отделения невротиков какие-то социальные (иногда судебные) проблемы.

Немалую роль в клинической картине таких больных имели и реально имеющиеся соматические заболевания. Наиболее частыми из них были гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз. Наличие заболеваний увеличивало возможности больных к манипулированию врачами и медперсоналом отделения невротиков и уменьшало возможности отделения в реальной помощи таким пациентам. Особенно большие проблемы возникали у больных, преморбидные личностные черты которых имели акцентуированный истерический радикал. Характерное для церебрального атеросклероза заострение этого радикала вкупе с возрастанием личностной ригидности создавало наибольшие проблемы в эффективной помощи больным. Проиллюстрируем это клиническим наблюдением.

Наблюдение 4

Больная Л., 1939 г. р., жительница Кемерова, заместитель директора в одном из угольных институтов. Лечилась в 6-м отделении КОКПБ с 24.11.2007 по 21.01.2008 с диагнозом: органическое непсихотическое смешанное аффективное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга у истерической личности (F06.37.1). Обращается во второй раз. Первый раз лечилась в 6-м отделении КОКПБ в 1994 г. с диагнозом: пролонгированная депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации у истерической личности (F43.21).

Отец больной умер, когда ей было 11 лет. Воспитывала её мать, которую характеризует как властную, малоэмоциональную, старающуюся настоять на своем. Отношения у них складывались сложно; окончив школу, уехала учиться в Харьков, где жила тетя. Закончила с отличием политехнический институт, приехала на работу инженером на шахте в Прокопьевск Кемеровской области. В 23 года вышла замуж, родила с интервалом в 5 лет двух детей, их воспитанием занималась мало, так как «посвящала себя работе». С мужем отношения хорошие, но «без особенной теплоты». В 54 года муж умер от инфаркта миокарда: тогда «некогда было сильно переживать», как раз были какие-то серьезные проблемы на шахте. После переезда из Прокопьевска в 1988 г. жила с матерью. Дети разъехались: сын живет и работает в Германии, дочь – в Москве.

Мать болела, старалась за ней ухаживать, но «наверное плохо ухаживала», мать умерла в 1994 г., после чего пациентка попала первый раз в отделение неврозов. При поступлении рыдала, расхваливала свою мать, высказывала мнение, что виновата в её смерти, так как «недодала внимания» и «мало возила её по врачам». Говорила, что не хочет лечиться. Однако на госпитализацию согласилась охотно и на третий день состояние изменилось: стала капризной, много и подробно рассказывала о себе и своих заслугах перед «угольной отраслью Кузбасса», требовала к себе повышенного внимания, которое должно было выражаться в назначении консультаций медицинских специалистов, которые были нужны, чтобы «предотвратить в её отношении то, что случилось с мамой». В смерти матери уже винила врачей и медицину в целом, рассказывала о тех ошибках и невнимании, которые были проявлены по отношению к её матери и которые «видимо» и привели к смерти 78-летней долго болевшей женщины.

Получала амитриптилин в/в капельно 3 дня, азафен 75 мг/сут, феназепам 0,5 мг на ночь, кавинтон, ноотропил в/в капельно, неулептил 3 мг/сут. Постепенно состояние улучшилось: выровнялось настроение, стала критичней относиться к своему состоянию, на 32-й день выписана из отделения без конкретных рекомендаций по амбулаторной медикаментозной терапии. Длительное время чувствовала себя хорошо, работала, мало обращалась за помощью к врачам. Однако не хватало общения, не связанного с работой: дети живут далеко, друзей и подруг практически нет. Осенью 2006 г. впервые поехала отдыхать в Турцию, где 3 недели «наслаждалась жизнью». Однако по возвращении оказалась обманутой туроператором: к моменту окончания отдыха прекратились рейсы в Кемерово. Двое суток провела в аэропорту Анталии, после чего её доставили в Кемерово с пересадками через Москву. Приехав домой в плохом настроении из-за испорченного отпуска, сразу «включилась» в работу, однако «здоровье с того времени стало барахлить». Появились боли в сердце, стало подниматься артериальное давление (длительно страдает артериальной гипертонией, но до настоящего ухудшения была хорошо медикаментозно компенсирована), появилось чувство нехватки воздуха, нарушился ночной сон. Стала активно посещать медицинских специалистов, во время одного из визитов ей «неправильно выставили диагноз бронхиальной астмы» и было назначено лечение, от которого «сразу стало плохо». «Плохо», с точки зрения больной, это как раз описанные выше жалобы. Продолжала обращаться к различным специалистам за помощью. Отмечает, что, обратившись к специалисту, поначалу испытывала к нему доверие, считала «лучшим» из ранее встреченных врачей, но через некоторое время врач, как считает больная, совершил ошибку, из-за чего её состояние «ещё больше» ухудшилось. Конкретный характер жалоб по сути не изменялся: по-прежнему «скакало» АД, больная регулировала его самостоятельно, мало основываясь на рекомендациях кардиолога. По её словам, артериальное давление нормализуется тогда, когда она якобы действует вопреки рекомендациям кардиолога, а когда начинает выполнять советы врача, то давление «снова начинает скакать». Жалуется на головную боль, головокружение и бессонницу, которая и явилась поводом для направления её неврологом в отделение неврозов.

Психическое состояние: выглядит ухоженной, в первые минуты разговора замкнута, постепенно «разговаривается», становится многословной. Говорит врачу комплименты: «много слышала о вас», «давно хотела попасть на прием» (в прошлое поступление был другой лечащий врач), высказывает готовность к выполнению всех рекомендаций, которые врач даст ей. В то же время склонна демонстрировать свое состояние как требующее уникального подхода, при этом можно сделать вывод, что больная не верит в успешный исход каких бы то ни было попыток помочь ей. В беседе старается представить себя в выгодном свете, бравирует знакомством с обладающими властью людьми. Информацию об отношениях с детьми и родителями удается получить путем настойчивых расспросов, что вызывает у больной раздражение. Психотических расстройств не выявляется. Предложено круглосуточное пребывание в отделении для контроля сна, от чего больная категорически отказалась, давая понять, что подобная мысль оскорбительна для нее. По ходу лечения назначались разнообразные препараты, всякий раз отмечала улучшение через 3–4 дня, а затем приходила с утра на прием со страдальческим выражением лица и рассказывала, как ночью «стало плохо», как вызывала скорую помощь. «Ухудшения» состояния были разными: снижение АД (по словам больной, до 80/50 мм рт. ст.), которое она корректировала (почти всегда самостоятельно) кордиамином, кофеинсодержащими препаратами, пока, по её словам, давление не поднималось «слишком высоко» (150/90 мм рт. ст.). «Если давление поднялось до 150, значит, что оно теперь полезет до 220»), тогда она вызывала скорую помощь, от которой требовала «срочно снижать» давление, каковое медикаментозное снижение снова приводило к чрезмерно низким показателям АД.

Следует учитывать, что больная бессистемно и бесконтрольно принимала гипотензивные препараты, по её словам, назначенные кардиологом. Требования по круглосуточному пребыванию в отделении отвергала под разными предлогами. В связи с вышеописанным поведением психотерапия была направлена на рациональную сферу сознания, в результате периодически удавалось продемонстрировать ей логические тупики, в которые заводит противоречивое поведение. После таких событий больная могла в течение недели демонстрировать хорошее состояние, как бы награждая врача за то, что он оказался «не глупее её самой», но затем всё повторялось по описанной схеме. В конце концов с больной был заключен устный договор, что она будет письменно, используя электронную почту, присылать отчеты о своем состоянии с анализом происходящих изменений, подобного тем, которые они проводили с врачом. Задачей врача было аргументированное подтверждение «верности» её анализа. Этот обмен письмами начался за 10 дней до выписки больной из отделения и продолжался около 3 месяцев после таковой. За это время ей удалось упорядочить прием гипотензивных препаратов и свой ночной сон, который она сместила во времени, засыпая в три часа ночи и просыпаясь в десять часов утра, для чего выговорила для себя на работе особый рабочий график. Катамнестических сведений за пределами 3 месяцев после выписки нет, так как больная прервала переписку без объяснения причин.

Анализ наблюдения. В преморбиде личность с преобладанием истерического радикала, не выходящего за рамки акцентуации. Проявления этого радикала подавлялись особенностями семейных обстоятельств, из которых стремилась вырваться, к чему подталкивал её гипертимный и в небольшой степени эпилептоидный радикал, определяющие её развитие наряду с истерическим. Многие поступки продиктованы соперничеством и протестом, направленным на мать, которая являлась, с точки зрения больной, главным «подавителем» её личностных особенностей, поэтому болезненно отреагировала на её смерть. Свое соперничество с матерью стала воспринимать в качестве вины перед ней, но так как реальной вины с её стороны ни в смерти матери, ни в их взаимоотношениях не было, ей нужно было отыскать объект, на который эту вину можно спроецировать. Медицина как таковая и конкретные врачи в частности нередко оказываются подходящими объектами вины, что и произошло в данном случае. Так как интеллектуальные возможности больной были выражены, в 1994 г. она, в конце концов, сумела найти внутренний компромисс с неосознаваемыми мотивами обвинения и осознаваемым реальным положением дел. Однако время шло, и к моменту настоящей госпитализации больной исполнилось 68 лет, за время которых церебральный атеросклероз снизил критические возможности интеллекта. Вместе с тем накапливалась неудовлетворенность жизнью, одиночеством, да и на работе, хотя она и добилась, как считала, многого, не имела исключительного положения, которого, по её мнению, заслуживала. Как раз тогда, когда меньше этого ждала, наслаждаясь морским отдыхом, с ней произошла недвусмысленная несправедливость, в результате которой снова (и со всеми основаниями) почувствовала, что перед ней виноваты.

Сами события и обстоятельства способствовали декомпенсации церебрального атеросклероза, что привело к заострению преморбидных истерических черт с запуском истерического психологического механизма, что вкупе со снижением критических возможностей привело к трансформации виновности перед больной турфирмы в более широкую виновность, которую больная по уже опробованному пути перенесла на медицину в целом и на конкретных врачей. Удовлетворив свои наказательные тенденции в отношении одного врача, больная тут же переносила их на другого. В конце концов, объектом наказания оказалось отделение неврозов и конкретный лечащий врач. Атеросклеротические изменения затрудняют психотерапию по активизации рациональных интеллектуальных механизмов, это создавало дополнительные сложности. Однако с данной пациенткой это был почти единственный эффективный ресурс. Апелляция к этому ресурсу принесла не вполне ожидаемый результат: больной удалось использовать факт болезни и лечения в психиатрической больнице для реализации восприятия исключительности на работе, что привело к стабилизации её состояния. Стойкость стабилизации вызывает сомнения, учитывая возраст больной и вероятные проблемы, которые могут начаться на работе, связанные с вероятными противоречиями между её реальными производственными возможностями и требуемыми ей привилегиями.

10.4. КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Первое, что бросается в глаза при рассмотрении расстройств личности в общем контингенте труднокурабельных больных, – это их малый удельный вес (5 %). За исследованный период больных с указанными расстройствами было более 10 %, в последние 2 года их удельный вес возрос и составил 16 %. Исходя из факта, что большую часть декомпенсаций составляли декомпенсации истерического личностного расстройства (в последние годы до 70 %), мы попытались исходить в своих предположениях из особенностей, приводящих к декомпенсации истерического личностного расстройства (Семке В.Я., 1981; Распономарева О.В., 2001).

Среди социально-психологических особенностей, наиболее сильно влияющих на истерических личностей, главное место занимает регламентация окружающей истерика среды (Семке В.Я., 2003). Истерик неуютно чувствует себя в условиях, когда должен подчиняться и следовать большому количеству внешних правил, требующих неукоснительного соблюдения, например, трудовой дисциплины (Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., 2006). Если взглянуть под этим углом на выявленную динамику, то можно отметить, что 2000–2003 гг. – это время, когда в стране заканчивался период дикого капитализма с его волюнтаризмом в отношениях, например, работника и работодателя, бизнесмена и чиновника, начальника и подчинённого. С 2004 г. можно было заметить возрастание роли государства в приоритетных для него сферах. Одной из таких сфер стали производственные отношения, где начались процессы упорядочения, потребовавшие регламентировать составляющие производственного процесса.

Для большинства людей это облегчило их трудовую жизнь, играющую огромную роль для формирования гармоничного существования человека. Однако для людей с истерическим личностным расстройством эти позитивные для остальных факторы сыграли решающую роль в их декомпенсации, вызвав увеличение числа таких пациентов среди больных специализированного отделения неврозов КОКПБ. В то же время и типология личностных расстройств у труднокурабельных больных определяется истерическим личностным расстройством.

Проблема такого большого различия между представленностью больных с декомпенсацией личностных расстройств среди труднокурабельных пациентов и общего контингента отделения неврозов во многом связана с характером декомпенсации. Дело в том, что в отделении неврозов лечатся пациенты с невротическим вариантом декомпенсации (Дмитриева Т.Б., 1998). Клиническая картина такого варианта включала в себя и истеродепрессивные состояния, когда подавленное настроение, апатия, ангедония, чувство никчемности подавались больными с преувеличением, содержали манипулятивный компонент и истеротревожные состояния, при которых тревожные расстройства (тревожные предчувствия, панические проявления, физические составляющие тревоги типа тремора, тахикардии, неудовлетворенности вдохом) использовались больными для формирования благоприятной, как им представлялось, окружающей психосоциальной среды.

Эти проявления зачастую сочетались с конверсионными двигательными расстройствами, расстройствами чувствительности. Однако случаев, когда конверсионные состояния исчерпывали клиническую картину больного, было крайне мало. Т. е. невротический вариант декомпенсации хотя и характеризуется полиморфной клинической картиной, однако обладает немалыми адаптивными возможностями, которые при правильно построенном психотерапевтическом взаимодействии можно эффективно использовать для выработки неболезненных поведенческих стратегий, а стало быть, такие больные редко госпитализируются повторно. В то же время если для больных оказывается очевидным, что болезненное состояние «решает» насущные для них задачи, то эффективность лечения таких больных крайне невелика и они могут госпитализироваться 5–7 и более раз. Проиллюстрируем это клиническим наблюдением.

Наблюдение 5

Больная Б., 1958 г. р., жительница Кемерово, доцент кафедры одного из кузбасских вузов. Лечилась в 6-м отделении КОКПБ с 2.05.2007 по 29.06.2007 с диагнозом: истерическое личностное расстройство, декомпенсация (F60.42). Данная госпитализация – вторая за небольшой промежуток времени: первый раз лечилась в отделении неврозов с 27.12.2006 по 14.02.2007 с диагнозом: пролонгированная депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации у истерической личности (F43.21). Между госпитализациями не прошло и 3 месяцев.

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отец волевой, сильный, раздражительный, занимал высокие посты, не желал участвовать в семейных мероприятиях: жил сам по себе, с дочерью «отношений не было». Сейчас на пенсии, по-прежнему не проявляет инициативы в общении с дочерью и её семьей. Мать мягкая, уступчивая, поэтому, как считает больная, жизнь родителей протекала без проблем. Росла единственным ребенком в семье. По характеру была впечатлительная, эмоциональная, влюбчивая, в школе писала стихи, играла в школьном театре, выбирая «романтические, но несчастные» персонажи, например, Офелию. Закончила школу, университет, защитила диссертацию, говорит, что на сегодняшний день довольна взаимоотношениями на работе, хотя и не скрывает, что хотела бы стать заведующей кафедрой. В 1978 г. вышла замуж, имеет ребенка. Взаимоотношения с мужем всегда складывались хорошо, всегда и во всем ему уступала, делала, как её мать, и считала такое поведение секретом семейного счастья.

Состояние стало ухудшаться около полутора лет назад, когда заподозрила, что муж изменяет, изводила мужа подозрениями, проверками, слежкой, требованиями «всё рассказать», «я смогу тебя понять», «пусть горькая, но правда». В конце концов, муж признался, что встречается с другой женщиной. После этого «стала устраивать мужу истерики», «на коленях умоляла его не бросать ее», в то же время требовала, чтобы муж «всё-таки выбрал, с кем останется», неосознанно предполагая, что выберет её. Развила бурную деятельность, пыталась вовлечь в попытки «вернуть мужа» сына, который, по её словам, «сочувствует, но сделать ничего не может». Вступила в переговоры с другой женщиной, чем вызвала гнев мужа, после чего сразу же снизила активность.

После этого снизилось настроение, «потеряла интерес к жизни», снизился аппетит, похудела на 8 килограммов, с трудом ходила на работу, всё время думала о муже и о ситуации измены. Дома, если мужа нет, не может думать ни о чем другом, кроме как о том, когда он придет, почему его нет, «что сегодня он может опять не прийти». Пропал сон, не выспавшись, идет на работу, где стала работать хуже. В таком состоянии обратилась в отделение неврозов.

За 2 месяца первой госпитализации получала амитриптилин в/в капельно № 10 (в дозах значительно больших для отделения в таких случаях, в 3–5 раз), феварин 100 мг/сут, рексетин 20 мг/сут, алпрозолам 2 мг/сут на 4 приема, неулептил 4 мг/сут (3 приема), диазепам в/в капельно, вазоактивную и ноотропную терапию. На лечении была капризна, могла выйти из процедурного кабинета, отказываясь от инъекции, потому что показалось, что процедурная сестра «недостаточно ей сочувствует». Была навязчива и пассивна: часто заходила к врачу с вопросом: «Скажите, что мне делать?», не имея в виду реальное обсуждение ситуации. При этом смотрела молча на врача, как бы ожидая, что врач сейчас скажет, что «муж больше не будет изменять». Состояние улучшалось, выравнилось настроение, нормализовался сон, появился аппетит, за время лечения поправилась на 3 кг. Во многом улучшение состояния было связано с изменением поведения мужа: либо он ограничил на время болезни жены встречи с другой женщиной, либо стал более скрытным в этом вопросе. Несмотря на объективное улучшение состояния, согласилась на выписку с неохотой. Были даны рекомендации по приему антидепрессантов и транквилизаторов, но как только перестала принимать препараты, состояние резко ухудшилось. Ухудшение состояния, видимо, больше связано с возобновлением прежнего поведения мужа, который решил, что «раз жену выписали из больницы, значит, она выздоровела», а потому можно возвращаться к прежнему образу жизни. Больная утверждала, что «это стало для неё шоком», «теряла сознание», «падала» дома в присутствии мужа либо во время лекции, куда мужа срочно вызвали по телефону. После такого события муж привез больную в отделение неврозов, внеся её на руках на третий этаж.

Психическое состояние. Муж, внесший больную в отделение на руках, у врача не появился, оставив жену в коридоре, сразу уехал «по делам». Больная была недовольна этим обстоятельством, так как надеялась, что врач, побеседовав с мужем, объяснит тому, «как тяжело она больна», «как бережно нужно с ней обходиться». В кабинет врача вошла самостоятельно, когда ей было предложено садиться на стул рядом с врачом либо в кресло на некотором отдалении, выбрала кресло, где сразу приняла страдальческую позу: на краешке кресла, согнувшись вперед и закрыв руками лицо. В качестве жалоб формально обозначила, что «всё опять вернулось» и муж «оказывается, и не думал расставаться с другой женщиной». На вопрос врача, почему она думала, что это будет не так, сказала с дрожью в голосе: «Потому что вы мужчина и не можете меня понять. Вы на его стороне!» В связи с этим высказыванием больной было предложено проходить лечение у врача-женщины, от чего она отказалась без объяснения причин. Почувствовав угрозу, что могут не положить в отделение, стала фиксировать внимание врача на

том, что «теряет сознание», «не может есть», что нарушился аппетит, пропал интерес к жизни. Делает это формально, как бы обозначая свое право «лечиться в отделении неврозов».

В этот раз лечилась 58 дней, выписана после долгих и неоднократных обсуждений дальнейшей судьбы. Получала амитриптилин в/в капельно № 10, диазепам в/в капельно, атаракс в/м № 10, сонапакс 40 мг/сут, неулептил 6 мг/сут, феназепам 1 мг на ночь, а затем в/м на ночь, пиразидол 150 мг/сут, феварин 100 мг/сут, витаминно- и общеукрепляющую терапию. Попытки психотерапии были направлены на изменение когнитивных искажений, создание дополнительных ценностных ориентиров, однако они оказывались малоэффективными, так как участвовала в них формально, потому что предполагала, что если просто откажется от занятий, то её могут «выписать».

Больной предложен круглосуточный режим пребывания, чтобы «выключиться» из сформировавшегося замкнутого круга семейных стереотипов и попробовать сформировать новые. Эти предложения встречали отказ. Единственная манера поведения, которой больная придерживалась, была роль жертвы, для которой другие люди (врачи) обязаны разрешить сложившуюся с ней ситуацию. Причем и путь её разрешения должен был быть только один: «всё должно стать, как раньше». Периодически завуалировано высказывала шантажные суицидальные тенденции, от которых сразу же отказывалась. В беседе с врачом, как бы задавая вопрос, говорила, вздыхая: «Я, наверное, всем мешаю... если бы меня не стало, всем было бы легче...» На прямой вопрос, не имеет ли она в виду желание покончить с собой, отвечала: «нет, вы меня неправильно поняли, я никогда не покончу с собой...»

Во время лечения вес больной был стабилен и соответствовал физиологической норме для нее, поведение во всем, что не касалось её ситуации, было упорядоченным и адекватным. Сон нормализовался, больная не предъявляла никаких жалоб, кроме постоянно задаваемого вопроса: «Скажите, что мне делать?», произносимого тихим голосом со страдальческим выражением лица, которое тут же проходило, стоило отвлечь разговорами на общие темы. Активно поддерживала разговор, смеялась и шутила, но снова возвращалась к своему вопросу. Выписана из отделения с рекомендациями длительного приема небольших доз антидепрессантов и приглашением приходить, как только будет готова обсуждать конкретные изменения. Из анамнеза известно, что через 3 месяца поступила в общепсихиатрическое отделение КОКПБ, где пролежала около 10 дней, а затем оказалась в городском медико-психологическом центре, где платно иногда оказывают помощь, похожую на ту, что оказывается в отделении неврозов. Эффективность лечения больной в учреждениях не известна.

Анализ наблюдения. В преморбиде личность с истерической акцентуацией, развившейся в истерическое личностное расстройство, которое долго было компенсированным за счет конформного поведения и жизни. В то же время у больной выработались пассивные, уклоняющиеся стереотипы реагирования на жизненные ситуации, которые находили подтверждение как в жизни её родителей, так и в собственной. Известно, что истерический личностный радикал слабо приспособлен к выработке более чем одной успешной стратегии поведения, поэтому когда происходит неожиданное,

это поначалу воспринимается как отрицание (такого не может быть), как поиск подтверждения убеждения (что и делала больная, заподозрив мужа в измене: она хотела получить подтверждение не своим страхам, а уверенности, что в порядке), но когда действительность оказывается не такой, какой должна быть, то компенсирующие механизмы «обрушиваются» и больная символически умирает. Она не может себе представить, что существуют другие способы взаимодействия с неприятной окружающей действительностью, кроме такой символической смерти.

Поначалу (в первую госпитализацию) больная отчасти получает подтверждение эффективности такого способа отреагировать на случившееся: муж «пугается» того, что жена оказалась в психиатрической больнице и меняет поведение таким образом, что ей кажется, будто удалось «всё исправить». Для истерического личностного расстройства это оказывается подкреплением действенности болезненного состояния. Когда муж, решив, что жена «выздоровела», возобновляет прежнее поведение, она реагирует на это прежним, истерическим способом, ещё и усилив его для верности. И опять получает временное подтверждение «правильности» своих действий: муж на руках приносит её в больницу. Однако истерическое расстройство личности лишено гибкости в поиске эффективного способа реагирования, поэтому работа с больной оказывается формальной. Таким больным свойственно повторять одну госпитализацию за другой. Возможности психотерапии могли бы быть задействованы, но больная ригидно отказывается от них. Странно подобное утверждение слышать из уст психотерапевтов, но в данном случае будет зависеть от дальнейших действий мужа, каковые, исходя из нашего опыта, можно предвидеть.

10.5. КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Закончив рассмотрение клинических особенностей течения болезненных процессов в группе труднокурабельных больных, нельзя не заняться попыткой обобщения полученных фактов. Выявлен разный удельный вес невротических, личностно обусловленных и физиологических симптомов в болезненных состояниях у труднокурабельных больных. Личностно обусловленные симптомы не просто играют важную роль, но и являются преобладающими для большинства расстройств. Неврозоподобные расстройства, вызванные органическими поражениями головного мозга, по структуре симптомов отличаются от остальных. Для них ведущую роль играют физиологические симптомы, поддерживаемые личностно обусловленными, в то время как невротические играют небольшую роль. Схожей представляется симптоматическая структура для тревожных и ипохондрических расстройств, с одной стороны, и ипохондрических и расстройств личности – с другой.

Таким образом, если суммировать полученные данные, можно прийти к общим выводам и обобщениям.

1. Социально-феноменологический портрет труднокурабельного пациента отделения невротозов представлен следующими параметрами: женский

пол, средний возраст свыше 50 лет, жители Кемерова, имеющие семью и зачастую сложную и не вполне устраивающую их внутрисемейную обстановку, работающие, соматическиотягощенные отдельными легкими и подостро развивающимися хроническими заболеваниями, не определяющими состояние здоровья. В большинстве случаев (53 %) повторное обращение в отделение неврозов произошло после их обращения к врачам психиатрической направленности, почти в трети случаев такое обращение было заранее согласовано с врачом отделения неврозов как составная часть особой лечебно-реабилитационной программы.

2. Клинико-феноменологическая картина сложилась таким образом, что болезненное состояние большей части пациентов определялось аффективными расстройствами невротического уровня (более 70 %).

3. Несмотря на классификационно определяемое разнообразие этой группы пациентов, удалось выявить значительную долю общих этиологических, патогенетических, клинических закономерностей, позволивших выработать единый подход, в частности к симптоматике труднокурабельных больных с аффективными расстройствами невротического уровня.

4. Предложено рассматривать три группы симптомов: невротические, личностно обусловленные и физиологические симптомы.

5. Выявлено увеличение доли личностно обусловленной симптоматики во время повторных госпитализаций (в сравнении с первыми обращениями пациентов).

Как нам кажется, сделанные феноменологические наблюдения позволяют перейти к основанному на них анализу своеобразия патогенеза и психологии труднокурабельных больных, а затем рассмотреть патогенетически обоснованные системы их лечения, реабилитации и превенции.

СПИСОК НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ АКАДЕМИКА В.Я. СЕМКЕ

1. К динамике психопатий в позднем возрасте. Журн. невропатологии и психиатрии. 1964; 11: 1588–1696.
2. Роль психогенных и соматогенных факторов в динамике психопатий в позднем возрасте: Тез. докл. науч. конф. КПБ № 8 им. З.П. Соловьева. М., 1964: 41–43.
3. О паранойальном развитии у психопатов в позднем возрасте. Журн. невропатологии и психиатрии. 1965; 4: 593–599.
4. Роль психогенных и соматогенных факторов в динамике психопатий в позднем возрасте. Журн. невропатологии и психиатрии. 1965; 5: 647–655.
5. Клиническая динамика психопатий в позднем возрасте. Автореф. дис. ... к.м.н. М., 1965: 16.
6. Клиническая динамика психопатий в позднем возрасте. Дис. ... к.м.н. М., 1965: 321.
7. Клиническая динамика психопатий в позднем возрасте. Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л., 1967: 183–199.
8. Внушенное обезболивание при операциях по поводу тиреотоксического зоба. Материалы к юбил. научно-практ. конф. Барнаул, 1967: 256–260.
9. К динамике эпилептоидной психопатии в пожилом возрасте и её отграничение от эпилепсии. Эпилепсия: Материалы межолбл. конф. психиатров Западной Сибири и Урала. Омск, 1967: 105–108.
10. О влиянии стелазина на функциональное состояние головного мозга больных шизофренией. II Всерос. съезд невропатологов и психиатров. М., 1967: 491–493.
11. Гипнотерапия больных тиреотоксикозом с нервно-психическими нарушениями. Пробл. клин. и эксперим. медицины. Барнаул, 1967: 252–254.
12. К психотерапии истерических расстройств. Вопр. психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Киев, 1968: 199–201.
13. Алкоголь и психика. Барнаул, 1968: 66.
14. К возрастной динамике истерической психопатии. Материалы V Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. М., 1969; 2: 492–494.
15. Некоторые клинико-патофизиологические данные к терапии истерических расстройств. Акт. вопр. психофармакологии. Кемерово, 1970: 150–152.
16. О регрессиентной динамике психопатий в позднем возрасте. Акт. вопр. медицины. Барнаул, 1970: 150–152.
17. Психотические состояния у психопатов в позднем возрасте. Акт. пробл. совр. медицины. Барнаул, 1970: 225–227.
18. К проблеме реадaptации истерических психопатов в позднем возрасте. Там же: 233–235.
19. Соматогенно обусловленные декомпенсации у психопатов в позднем возрасте. Там же: 227–229.
20. О роли соматогений в клинической динамике истерических состояний. Журн. невропатологии и психиатрии. 1971; 7: 1075–1079.
21. К клинической динамике истерических расстройств в детском возрасте. Материалы III Всерос. конф. невропатологов и психиатров детского возраста. М., 1971: 163–167.
22. Клиническая динамика истерической психопатии. Вопр. клин. и эксперим. психиатрии. Новосибирск, 1971: 139–148.
23. О социально-трудовой реадaptации при истерических состояниях. Реабилитация больных с нервно-псих. заболеваниями. Томск, 1971: 304–307.

24. Pri partopreno somatogeno faktoro en dinamiko hysteriaj malordogoi. *Scienca revuo*. Belgrad, 1971; 2: 57–62.

25. К воздействию психогенного (ситуационного) и соматогенного (сосудистого) факторов в клинике истерических состояний. *Акт. вопр. патологии органов кровообращения*. Барнаул, 1971: 217–220.

26. О соотношении функционального и органического в клинике истерических состояний позднего возраста. *Вопр. клиники, терапии и соц. реабилитации псих. больных*. М., 1973: 19–23.

27. Об опыте работы антиалкогольной лаборатории в условиях крупного промышленного предприятия. *Вопр. алкоголизма*. М., 1973: 33–38.

28. Об особенностях выявления и медико-социальных мероприятиях в работе антиалкогольного центра на промышленном предприятии. Там же: 38–43.

29. Некоторые итоги антиалкогольной работы в условиях промышленного предприятия. *Вопр. клин. и эксперим. психиатрии и невропатологии*. Барнаул, 1974: 46–49.

30. Об особенностях медико-педагогических мероприятий в работе антиалкогольного центра на промышленном предприятии. Там же: 50–53.

31. Клинико-динамический анализ патологического фантазирования и псевдологий у истерических личностей. III Всерос. съезд невропатологов и психиатров. М., 1974; 2: 132–133.

32. Социально-психологический метод как новый аспект изучения истерических состояний. Новые методы диагностики и лечения. Барнаул: Алт. книж. изд-во, 1974: 154–158.

33. О применении метода атропинокоматозной терапии в психиатрической клинике. Там же: 289–292.

34. Клиническая характеристика эмоциональных расстройств при истерии. *Вопр. клин. и эксперим. психиатрии и невропатологии*. Барнаул, 1974: 8–10.

35. К анализу половых нарушений у женщин, страдающих истерией. Там же: 11–13.

36. К патогенезу истерических состояний. Там же: 32–34.

37. К оценке ипохондрических реакций и развитий у психопатов в позднем возрасте. Там же: 21–24.

38. О лечении атропиновыми комами больных с прогрессивной шизофренией и резидуальными проявлениями органического заболевания ЦНС. Там же: 110–112.

39. О некоторых психологически обоснованных формах программированного обучения клинической психиатрии. *Вопр. науч. организации учебного процесса*. Барнаул, 1974: 63–66. Соавт.: Голубков О.З., Гисматулина Р.Г.

40. О новой системе подготовки молодых преподавателей в медицинском институте. Там же: 86–88. Соавт.: Высочный Ю.И.

41. О материалистическом воспитании студентов в процессе обучения клинической психиатрии. *Коммун. воспитание студентов в психиатрии*. Барнаул, 1974: 226–229.

42. Клинико-нейрофизиологическая характеристика истерических реакций. *Эмоции и воображение*. М., 1975: 1141–117.

43. К дифференциации судорожных реакций у истерических и эпилептоидных психопатов. *Материалы выезд. сессии Правления Всерос. об-ва невропатологов и психиатров*. Омск, 1975: 255–258.

44. О роли нейроэндокринного фактора в клинической динамике и патогенезе истерических состояний. *Акт. вопр. акушерства и гинекологии*. Барнаул, 1975: 87–90.

45. Клинико-нейрофизиологическая характеристика истерических личностей в ходе их социально-трудовой реадaptации. *Вопр. реабилитации больных нервно-псих. заболеваниями*. Томск, 1975: 155–157.

46. К динамике паранойяльных реакций и развитии при истерических состояниях. Акт. вопр. клиники и нозологии паранойяльных состояний: Тез. клин. Всерос. о-ва невропатологов и психиатров. Кемерово, 1975: 37–41.

47. Пути формирования и особенности адаптации при истерических состояниях. Там же: 163–167.

48. К дифференциальной диагностике истерической психопатии и истероформных состояний шизофренического генеза. Шизофрения: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1975; 70: 145–151.

49. Нейрофизиологическая характеристика эмоциональных расстройств при истерических состояниях. VI Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1975; 1: 264–267.

50. Вопросы систематики, дифференциальной диагностики, лечения истерических и истероформных состояний: Метод. рекомендации. Барнаул, 1976: 27.

51. О клинической динамике истерической психопатии. Журн. невропатологии и психиатрии. 1976; 11: 1694–1698.

52. Лекарственные нагрузки как диагностический тест для определения уровня клинко-нейрофизиологической компенсации. Удост. № 596. 1976: 1. Алт. ГМИ.

53. Модификация метода аутогенной тренировки в комплексном лечении с истерическими состояниями. Удост. № 579. 1976: 1. Алт. ГМИ.

54. К проблеме реадaptации и реабилитации больных истерией. Реабилитация нервно-псих. больных. Томск, 1977: 189–193.

55. К оценке роли нейрогуморальных сдвигов и патогенеза истерии. Кислородный режим организма и механизм его обеспечения: Тез. докл. Всерос. конф. Барнаул, 1978; II: 98–99.

56. Систематика, дифференциальная диагностика, лечение истероформных состояний: Метод. рекомендации МЗ РСФСР. Барнаул, 1978: 27.

57. К проблеме клинической динамики и терапии невротоподобных состояний сосудистого генеза. Особенности течения нейроинфекции и сосудистых заболеваний на Дальнем Востоке: Тез. Всесоюз. конф. Владивосток, 1978: 144–146. Соавт.: Васильева В.Я.

58. К участию сосудистого фактора в клинической динамике истерических и истероформных состояний. Там же: 149–151.

59. Способ дифференциально-диагностического разграничения истерических и истероформных состояний. Удост. № 84. 1978: 1. Алт. ГМИ.

60. Способ лечения затяжных истерических состояний. Удост. № 867. 1978: 1. Алт. ГМИ.

61. Метод эксперсс-диагностики пограничных личностных отклонений у детей и подростков с противоправным поведением. Удост. № 868. 1978: 1. Алт. ГМИ.

62. К проблеме патогенетического обоснования терапии. Вопр. теорет. и клин. медицины. Барнаул, 1979: 56–57.

63. К проблеме социально-психологического взаимодействия преподавателей и студентов при изучении клинической психиатрии. Материалы II учебно-метод. конф. зав. кафедрами нервных болезней и психиатрии медвузов РСФСР. Рязань, 1979: 122–124. Соавт.: Голубков О.З.

64. Методические основы материалистического воспитания студентов в процессе обучения медицинской психологии и психиатрии. Там же: 125–127. Соавт.: Голубков О.З.

65. О патоморфозе истерии. Психогенные (реактивные) заболевания. М., 1979; 1: 39–41.

66. Организация комплексного лечения истерии и истероформных расстройств. Новые методы терапии и реабилитации псих. больных во внебольн. условиях: Тез. докл. Всерос. конф. М., 1979: 150–151.

67. Опыт атропиновой терапии затяжных истерических и истериформных состояний. Там же: 151–153.
68. К прогнозированию общественно опасных действий. Личностные изменения и предупреждения ООД при алкоголизме и психозах. Хабаровск, 1979: 96–98.
69. К уточнению понятия «инволюционной истерии» и ее отграничению от истериформных расстройств в позднем возрасте. Материалы Всесоюз. симп. по пробл. инволюционных психозов. М. 1980: 178–181.
70. Клинико-патогенетический аспект начальных проявлений истерических состояний. IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров. М., 1980: 1: 253–256.
71. Клинический и нейродинамический аспекты изучения истерии. Автореф. дис. ... д.м.н. М., 1980: 39.
72. Клинический и нейродинамический аспекты изучения истерии. Дис. ... д.м.н. М., 1980: 464.
73. Систематика, дифференциальная диагностика, лечение истерических и истериформных состояний: Метод. рекомендации для студентов. Барнаул, 1981.
74. О возможностях патогенетической терапии истерии. Журн. невропатологии и психиатрии. 1981; 3: 420–425.
75. К типологии личности, страдающей истерическим неврозом и истерической психопатией. Журн. невропатологии и психиатрии. 1975; 12: 1838–1842.
76. Об имитации геморрагических расстройств при истерии (к вопросу о нозологической специфике синдрома Мюнхгаузена). Тер. архив. 1981; 8: 95–98.
77. Социальное развитие общества и пограничные состояния. Социально-экон. аспекты развития Алтайского края и здоровье трудящихся. Барнаул, 1981: 108–114.
78. Социально-психологический анализ делинквентного поведения детей и подростков, состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Новое в диагностике и лечении. Барнаул, 1981: 47–50.
79. Научно-организационные принципы оказания специализированной помощи больным с пограничными состояниями: Служебное письмо. Барнаул, 1982: 22.
80. О роли кафедры психиатрии АГМИ в развитии психиатрической службы Алтайского края. Акт. вопр. клин. психиатрии и наркологии. Барнаул, 1982: 10–15.
81. Страницы славной биографии. Там же: 27–32. Соавт.: Головаха Э.Ф.
82. Научно-организационные основы специализированной помощи больным с пограничными нервно-психическими заболеваниями. Там же: 35–39.
83. Опыт работы студенческого оперативного психоневрологического отряда по изучению девиантного поведения подростков. Там же: 55–58. Соавт.: Бохан Н.А.
84. Опыт применения автоматизированной обработки теста ММРІ. Там же: 77–79. Соавт.: Нохрина Л.Я., Емешин К.Н.
85. Попытка использования аллергических проб в оценке состояния иммунологической реактивности больных шизофренией. Там же: 85–86.
86. К использованию неспецифической стимуляции мононуклеарной системы фагоцитов в лечении больных шизофренией. Там же: 87–89. Соавт.: Авдеенко А.А., Полушкин Б.В.
87. Клинико-патогенетический аспект начальных проявлений истерических состояний. Там же: 124–128.
88. Новый подход к оценке патогенеза и лечения истерии в аспекте её патоморфоза. Там же: 129–131.
89. К взаимодействию психогенных и соматогенных факторов в клинике неврозов. Там же: 131–134. Соавт.: Нохрина Л.Я.
90. Клинико-генетический анализ и терапия инициальных и пограничных расстройств у трудновоспитуемых детей и подростков. Там же: 135–138. Соавт.: Авдеенко А.А., Бабушкина Л.В.

91. Клинико-динамическое изучение детей и подростков с противоправным поведением. Там же: 138–141. Соавт.: Рыбалко М.И., Бохан Н.А.
92. Анализ невротических состояний детей и подростков с противоправным поведением. Там же: 144–146.
93. К проблеме становления истерической психопатии. Там же: 160–163.
94. К психотерапии фригидности при истерических состояниях. Там же: 188–191.
95. О путях диагностики, лечения и предупреждения алкоголизма в условиях крупного промышленного предприятия. Там же: 214–217.
96. К проблеме дифференциальной диагностики, патогенетической терапии истерических и истериформных состояний. Тер. архив. 1982; 8: 127–133.
97. Модификация психологического метода ММРІ с целью совершенствования психодиагностики. Удост. № 20. 1982: 1. Отдел здравоохранения Алт. крайисполкома.
98. Клинические и терапевтические аспекты патоморфоза истерии. Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатр. практике. М., 1982: 38–44.
99. К проблеме клиничко-патогенетического анализа и коррекция нарушений поведения подростков. Журн. невропатологии и психиатрии. 1982; 10: С. 77–83.
100. К взаимодействию психогенных и соматогенных факторов в клинике неврозов. V Всерос. съезд терапевтов: Тез. докл. М., 1982: 152–154.
101. Мозг в опасности. Барнаул: Алт. книжное изд-во, 1983: 72.
102. Итоги и перспективы научных исследований в Сибирском филиале ВНИЦПЗ АМН СССР. Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1983; 1: 4–7.
103. Клинико-динамический и терапевтический аспекты пограничных состояний. Там же: 153–155.
104. Формирование затяжных невротических состояний в аспекте оценки функциональной адаптации сердечно-сосудистой системы. Структурно-функц. основы нервных и психических заболеваний. М., 1983: 1: 188–191. Соавт.: Потапов А.И., Лобова И.В.
105. Автоматизированная оценка психологического метода. Информационный листок. 1984; 11: 1–3.
106. Реабилитация больных с пограничными состояниями с позиции клиничко-динамического анализа. Реабилитация нервно-псих. больных. Томск, 1984: 154–156.
107. Профессор Е.Д. Красик (к 60-летию со дня рождения). Там же: 7–10. Соавт.: Миневич В.Б.
108. Организация специализированной помощи больным с пограничными нервно-психическими состояниями. Советское здравоохранение. 1984; 3: 30–34.
109. Рецензия на монографию Р.С. Тазловой «Психические нарушения при типичных формах виллоузного энцефалита (энцефаломиелимита)». Журн. невропатологии и психиатрии. 1984; 8: 1252.
110. Основные направления научных исследований по наркологии в регионе Сибири и Дальнего Востока. Клин. и орг. вопр. нарк. помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока. Благовещенск, 1984: 3. Соавт.: Прядухин Ю.И.
111. Межведомственное объединение наркологов – одна из форм координации научной и практической деятельности наркологии. Там же: 27–29. Соавт.: Прядухин Ю.И.
112. Клинико-социологическая характеристика детей и подростков с делинквентным поведением. Акт. вопр. психиатрии и неврологии детского возраста. Ташкент, 1984: 233–234. Соавт.: Рыбалко М.И., Славщик Т.И.
113. Социальное развитие общества и психическое здоровье населения. Здоровье человека в Сибири. Новосибирск, 1985: 36–39.
114. О совершенствовании работы наркологических учреждений. Здравоохранение Российской Федерации. 1985; 2: 32–34. Соавт.: Прядухин Ю.И.

115. К проблеме клинической динамики и терапии пограничных состояний. V Всерос. съезд невропатологов и психиатров. М., 1985; 1: 267–269.
116. Клинико-организационные вопросы ранней диагностики и профилактики пограничных нервно-психических расстройств. Здравоохранение РФ. 1985; 10: 28–31. Соавт.: Положий Б.С.
117. Влияние клинико-социальных факторов на уровень производственной адаптации больных с пограничными расстройствами. Социально-гигиен. пробл. охраны здоровья рабочих пром. предприятий. Новосибирск, 1985; 1 (2): 132–134.
118. Социально-психологическая адаптация учащихся ПТУ в условиях учебно-производственного процесса. Там же: 83–85.
119. О некоторых клинических вариантах дезадаптации у мигрантов в условиях развивающегося промышленного района Сибири. Там же: 24–25. Соавт.: Басалаева Л.А.
120. Актуальные вопросы психиатрии: Материалы II науч. отчет. сес. СФ ВНИЦПЗ АМН СССР / гл. редактор. Томск, 1985: 204.
121. Итоги научной деятельности СФ ВНИЦПЗ АМН СССР и очередные задачи по охране и укреплению здоровья населения восточного региона страны. Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1985; 2: 4–8.
122. Клинические основы прогнозирования на начальных этапах развития невротических и невротоподобных расстройств. Там же: 58–60.
123. Актуальные вопросы систематики и клинической динамики пограничных состояний в условиях Сибири. Там же: 111–114.
124. Положение о Томском научно-учебно-практическом объединении психиатров. Томск, 1985: 8. Соавт.: Красик Е.Д., Петров М.И.
125. Социально-гигиеническая значимость пограничных состояний. Медицина и демография. М., Новокузнецк, 1985: 129–131.
126. Некоторые вопросы охраны психического здоровья. Там же: 181–182.
127. Принципы оценки психического здоровья и диспансеризации больных с пограничными состояниями. Пробл. оценки функц. возможностей человека. М., 1985: 387.
128. Теоретические и организационно-методические аспекты реабилитации и предупреждения инвалидности при пограничных состояниях. Акт. вопр. реабилитации псих. больных и профилактика их инвалидизации. Томск, 1985: 65–67.
129. Ранняя диагностика и клиническая динамика патологического развития личности экзогенно-органического генеза: Метод. рекомендации Томск, 1986: 21.
130. Медико-психологические аспекты адаптации и охраны психического здоровья населения Сибири. Информация к пленуму союзно-республ. ПК «Мед. психология». Томск, 1986: 36.
131. Медико-демографические проблемы сельского населения Сибири и Дальнего Востока. Компл. гигиен. исследования здоровья сельского населения Сибири. Барнаул, 1986: 98–99.
132. Научно-организационные принципы реабилитации больных алкоголизмом в стационаре при пром. предприятии. Томск, 1986: 11.
133. Труды ученых Сибирского филиала научного центра психического здоровья АМН СССР: Библиогр. указатель (ответственный за выпуск). Томск, 1985: 112.
134. Медико-психологические аспекты адаптации охраны психического здоровья населения Сибири (общая редакция). Томск, 1986: 136.
135. Территориальное амбулаторное стационарное наркологическое объединение: Метод. рекомендации. Томск, 1986: 6.
136. Опыт организации межведомственного научно-практического объединения наркологов: Метод. рекомендации. Томск, 1986: 7.

137. Принципы диагностики и реабилитации больных с патологическим развитием личности экзогенно-органического генеза: Метод. рекомендации. Томск, 1986: 22. Соавт.: Судаков В.Н., Ланская Т.А.

138. Клиническая динамика и первичная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Томск, 1986: 133–140. Соавт.: Судаков В.Н., Нохрина Л.Я.

139. Актуальные вопросы профилактики пьянства и алкоголизма в условиях Сибири и Дальнего Востока: Материалы регион. научно-практ. конф. (главный редактор). Томск, 1986: 145.

140. Предисловие. Акт. вопр. профилактики пьянства и алкоголизма в условиях Сибири и Дальнего Востока. Томск, 1986: 3–4.

141. Научные исследования по наркологии в рамках программы «Здоровье человека в Сибири». Там же: 6–19. Соавт.: Прядухин Ю.И.

142. Динамика основных форм неврозов. Журн. невропатологии и психиатрии. 1986; 11: 1662–1667. Соавт.: Нохрина Л.Я.

143. Итоги и перспективы научных исследований Института психического здоровья Томского научного центра АМН СССР. Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1987; 3: 5–8. Соавт.: Положий Б.С.

144. Проблема охраны психического здоровья и пограничные состояния. Там же: 70–74.

145. Реабилитация больных алкоголизмом в регионах Сибири и Дальнего Востока. Там же: 179–185. Соавт.: Прядухин Ю.И.

146. Организационные и клинические проблемы пограничной истерии. Акт. вопр. клин. диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний. Томск, 1987: 47–51.

147. К вопросу об эффективности экстракта родиолы розовой при астенических состояниях. Там же: 161–163. Соавт.: Агапов Ю.К., Саратиков А.С.

148. Клинико-эпидемиологическая характеристика пограничных состояний в условиях Сибири и Дальнего Востока. I съезд психиатров соц. стран. М., 1987: 305–307. Соавт.: Бриченко В.С., Нохрина Л.Я., Судаков В.Н.

149. Клиническая динамика и терапия пограничных состояний в позднем возрасте. Журн. невропатологии и психиатрии. 1987; 9: 1269–1274.

150. За современные организационные формы оказания специализированной помощи больным, страдающим пограничными расстройствами. Клин. и орг. аспекты начальных проявлений нервно-псих. заболеваний. Барнаул, 1987: 3–5.

151. Структурные проявления алкогольной эмбриопатии мозга человека. Там же: 54–56. Соавт.: Коновалов Г.В., Ковецкий Н.С.

152. Донозологические и начальные формы в клинике пограничной психиатрии. Там же: 45–48.

153. «Факторы риска» в формировании пограничных состояний и профилактике в условиях Сибири и Дальнего Востока. «Факторы риска» при невролог. и погран. заболеваниях. Томск, 1987: 83–88. Соавт.: Судаков В.Н., Нохрина Л.Я.

154. Научно-технический прогресс и проблемы планирования исследований по охране психического здоровья населения. Акт. методол. и философ. вопросы. Томск, 1987: 19–22.

155. Оценка эффективности терапевтической помощи больным с пограничными состояниями. Вопр. эффективности психиатр. помощи. М., 1987: 41–45.

156. Клинико-динамические и социально-психологические аспекты профилактики алкоголизма в условиях Сибирского региона. Пробл. алкоголизма: Тез. совещ. ведущ. специалистов соц. стран. Суздаль, 1987: 13.

157. К проблеме систематики пограничных состояний. Журн. невропатологии и психиатрии. 1987; 11: 1673–1679.
158. Реактивные психозы в общепсихиатрической практике (эпидемиологический аспект). Журн. невропатологии и психиатрии. 1987; 11: 1688–1691. Соавт.: Бриченко В.С., Красик Е.Д.
159. Humoral immunity of schizophrenic patients of Siberia and the Far East. Viruses, immunity and mental disorders. New York, London, 1987: 295–305 (Ed by E. Kurstak). Соавт.: Vasilyeva O.A., Vetlugina T.P.
160. Экспериментально-психологические данные в диагностике и реабилитации начальных форм пограничных нервно-психических расстройств: Метод. рекомендации. Томск, 1987: 17. Соавт.: Залевский Г.В., Рождественская Е.А.
161. Ранняя диагностика и методы профилактики состояний психоэмоционального напряжения у лиц, работающих в экстремальных условиях Сибирского Севера: Метод. рекомендации Томск, 1987: 16. Соавт.: Судаков В.Н., Лишманов Ю.Б., Ветлугина Т.П.
162. Предболезненные психические расстройства. Журн. невропатологии и психиатрии. 1988; 6: 130–132. Соавт.: Корнетов Н.А., Семичов С.Б.
163. Клинико-социальные, психологические и антропогенетические характеристики патокинеза алкоголизма. Взаимосвязь клинико-динамических и психологических факторов. Вопр. наркологии. 1988; 2: 20–24. Соавт.: Ефимов А.В., Мандель А.И., Мещеряков Л.В.
164. Нервно-психические расстройства при доброкачественных опухолях матки и яичников (клиника, диагностика, прогноз, реабилитация): Метод. рекомендации. Томск, Новокузнецк, 1988: 27. Соавт.: Роткина И.Н., Гут В.Г.
165. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988: 221.
166. Атлас основных психических заболеваний в Сибири и на Дальнем Востоке. Томск, 1988: 65. Соавт.: Потапов А.И., Красик Е.Д., Судаков В.Н. и др.
167. Клинические и организационные аспекты профилактики пьянства и алкоголизма в условиях Сибири и Дальнего Востока. Медико-биол. пробл. алкоголизма. М., 1988: 262–266. Соавт.: Прядухин Ю.И., Галактионов О.К.
168. Клинические аспекты формирования кардиофобического синдрома. Журн. невропатологии и психиатрии. 1988; 1: 55–59. Соавт.: Плешаков В.И.
169. Некоторые проблемы патокинеза алкоголизма. Взаимосвязь конституциональных и клинико-социальных факторов. Вопр. наркологии. 1988; 3: 19–246. Соавт.: Галактионов О.К., Мещеряков Л.В.
170. Ранняя диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств у работников лесного хозяйства в условиях Севера. Проф. патология в восточных регионах страны. Новокузнецк, 1988: 1: 153–158.
171. Новые подходы к оказанию специализированной психотерапевтической и психопрофилактической помощи сельскому населению. Психогенные и психосоматические расстройства: Тез. науч. конф. Тарту, 1988: 1: 39–41.
172. Оценка эффективности терапевтической помощи больным с пограничными состояниями. Пограничные психические расстройства (социальный и клинический аспекты). М., 1988: 15–19.
173. Клинические и организационные аспекты профилактики пьянства, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в условиях восточного региона страны. Пробл. алкоголизма и наркоманий (клинико-орг. аспект): Тез. материалов. Хабаровск, 1988: 4–12.
174. Структурные проявления алкогольных поражений нервной системы человека. Там же: 71–74. Соавт.: Коновалов Г.В.

175. Клиническая систематика, принципы ранней диагностики и психопрофилактики состояний психоэмоционального напряжения: Метод. рекомендации МЗ СССР. Томск, 1988: 21. Соавт.: Судаков В.Н., Лишманов Ю.Б., Ветлугина Т.П. и др.

176. Теоретические основы психологического и психопатологического исследования (отв. редактор). Томск, 1988: 231. Соавт.: Роговин М.С., Залевский Г.В.

177. Межведомственная диспансеризация в наркологии. Пробл. наркологии: Тез. докл. Всесоюз. конф. Душанбе, 1989: 22–24. Соавт.: Бриченко В.С., Мещеряков Л.В.

178. Опыт организации психопрофилактической помощи в условиях промышленного предприятия: Метод. Рекомендации. Новокузнецк, 1989: 18. Соавт.: Цай Л.В.

179. Узловые проблемы патогенеза и саногенеза пограничных состояний. Акт. вопр. психиатрии и наркологии. Таллин, 1989; 2: 198–200.

180. Использование клинической долабораторной диагностики иммунологической недостаточности при мониторинге психического здоровья населения промышленных городов. Пробл. мониторинга за здоровьем населения пром. городов: Тез. докл. Всесоюз. конф. Ангарск, 1989; II-III: 21–22. Соавт.: Васильева О.А.

181. Распространенность, ранняя диагностика, клиника и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Бюл. ТНЦ АМН СССР. Томск, 1989; 1: 106–111. Соавт.: Положий Б.С., Корнетов Н.А.

182. Immunologicke, psychologické a sociologické studie o alkoholické a alchodobo abstinujících. Bratislavské lekárske listy. 1989; 1: 17–31. Соавт.: Pogadi I., Novotny I.

183. Итоги и перспективы научных исследований института ПЗ ТНЦ АМН СССР. Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1989; 4: 5–8. Соавт.: Положий Б.С.

184. О состоянии патогенетических и саногенетических механизмов в клинике пограничных состояний. Там же: 67–71.

185. Общепопуляционные закономерности формирования астенических расстройств у здоровых лиц, работающих в экстремальных условиях Сибирского Севера. Там же: 35–37. Соавт.: Дыгай А.М., Судаков В.Н.

186. Ранняя диагностика и психопрофилактика пограничных состояний (региональный аспект). Акт. пробл. пограничной психиатрии. М., Витебск, 1989: 87–90.

187. Актуальные вопросы совершенствования санаторно-курортного лечения псих. больных. Многофакторная первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в условиях здравниц. Барнаул, 1989: 116–117.

188. Итоги координации научных исследований по проблеме психического здоровья в Сибири. Здоровье человека в Сибири. Новосибирск, 1989; 1: 26–28. Соавт.: Степанова Л.А., Балашов П.П.

189. Проблемы исследования психического здоровья коренного населения Сибири. Здоровье человека в Сибири. Новосибирск, 1989; 2: 204–206.

190. Типология и психопрофилактика донозологических форм пограничных состояний, возникающих в условиях Севера Сибири. Журн. невропатологии и психиатрии. 1989; 11: 78–84.

191. Проблемы ранней диагностики и профилактики пограничных состояний (региональный аспект). Акт. пробл. пограничной психиатрии. М., Челябинск, 1989: 55–57.

192. К оценке проблемы психолого-медицинской оценки нарушений поведения у детей и подростков. Интеграция образования, науки и производства: Материалы Всесоюз. конф. Томск, 1989: 138–40.

193. Патобиосоциальная триада в пограничной психиатрии. Там же: 95–104. Соавт.: Положий Б.С., Корнетов Н.А. и др.

194. Клинические и нейрогуморальные показатели у страдающих алкоголизмом женщин репродуктивного и климактерического возраста. Журн. невропатологии и психиатрии. 1990; 2: 71–73. Соавт.: Аккер Л.В., Рыбалко М.И., Васькова Г.А.
195. Психическое здоровье человека в современных условиях и его прогнозирование на ближайших и отдаленных этапах. Новосибирск, 1990: 19.
196. Клинико-методологические и организационные принципы развития специализированной психиатрической помощи. Бюл. ТНЦ АМН СССР. Томск, 1990; 2: 113–119. Соавт.: Положий Б.С.
197. Клинические и социальные аспекты диагностики и профилактики алкоголизма в Сибирском регионе. Там же: 120–130. Соавт.: Бохан Н.А., Галактионов О.К.
198. Психическое здоровье и психическая патология: Медико-биологические аспекты. Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конф. Томск, 1990: 4–9.
199. Экстранозологический подход к анализу пограничных состояний. Там же: 54–55. Соавт.: Савиных А.Б., Аксенов М.М.
200. Клиника и профилактика алкоголизма (региональный аспект). Там же: 134. Соавт.: Галактионов О.К., Мандель А.И., Мещеряков Л.В.
201. Прогностическая оценка морфофенотипа конституции при алкоголизме. Новости спортивной и медицинской антропологии. М., 1990; 2: 86–87. Соавт.: Мандель А.И., Мещеряков Л.В., Галактионов О.К.
202. Региональный аспект пограничной психиатрии. VI Всерос. съезд психиатров: Тез. докл. М., 1990; 1: 170–172.
203. Borderline hysterical states: social and clinical aspects of their pathomorphosis. The scientific aspects of social psychiatry. Washington, 1990: 82.
204. Клинические и социально-демографические характеристики больных алкоголизмом в Сибирском регионе. Акт пробл. эпидемиологических исследований в психиатрии. М., 1990: 169–171. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И.
205. Клинико-социальное прогнозирование при состояниях психической дезадаптации, возникающих в условиях Севера Сибири. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. Красноярск, 1990: 1: 103–106. Соавт.: Савиных А.Б., Аксенов М.М.
206. О некоторых психологических механизмах «невротического развития личности». Там же: 88–91. Соавт.: Залевский Г.В.
207. Организационно-правовые аспекты пограничной психиатрии. Социально-правовые аспекты психиатрической помощи. М., 1990: 29. Соавт.: Положий Б.С.
208. Взаимодействие клинической и социальной психиатрии на современном этапе. Соц. психиатрия. Фундамент. и приклад. исследования: Материалы симп. Л., 1990: 138–139.
209. Цитотоксическая активность сыворотки крови при пограничных состояниях. Журнал невропатологии и психиатрии. 1990; 12: 54–57. Соавт.: Карась И.Ю., Васильева О.А. и др.
210. Пграничные состояния и психическое здоровье. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1990: 208. Соавт.: Положий Б.С.
211. К проблеме оценки патогенеза и клинической динамики женского алкоголизма. Здоровый образ жизни: тез. докл. конф. Новгород, 1990: 119–120. Соавт.: Аккер Л.В.
212. To problem related with pathogenesis and clinical dynamics assessment of female alcoholism in psychoprophylaktis aspects. International conference of healthy lifestyles. Leningrad, 1990: 13. Соавт.: Akker L.V.
213. Психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств на крупных промышленных предприятиях: Метод. рекомендации МЗ РСФСР.Л., 1990: 16. Соавт.: Сverdlov Л.С., Скорик А.И., Генералова Н.Г. и др.

214. Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конф. / Под редакцией. Томск, 1990: 252.

215. О соотношении социальных и биологических факторов в клинической динамике и психопрофилактике пограничных состояний. Совр. задачи психиатрии и наркологии: Материалы Алт. краевого съезда психиатров и наркологов. Барнаул, 1990: 61–63.

216. Эволюционный подход в экологическом анализе психического здоровья населения Севера Сибири. Там же: 58–60. Соавт.: Савиных А.Б., Аксенов М.М., Овтина В.А.

217. Региональные особенности алкоголизма в Сибири. Бюл. ТНЦ АМН СССР. Томск, 1991; 3: 80–84. Соавт.: Бохан Н.А., Залевский Г.В. и др.

218. Итоги и перспективы клинко-антропологических исследований в институте психического здоровья ТНЦ АМН СССР. Акт. вопр. мед. и клин. антропологии: Материалы симп. с междунар. участием. М., Томск, 1991: 3–10. Соавт.: Корнетов Н.А.

219. К патофизиологической оценке сенестопатических расстройств при вертебрально-ассоциированном алкоголизме. Механизмы патологических реакций. Новокузнецк, 1991: 175–178. Соавт.: Бохан Н.А., Пинегин О.Л.

220. Типологические особенности нарушений поведения у подростков и возможности их прогностической предикции. Акт. вопр. подростковой психиатрии и наркологии. Томск, Омск, 1991: 5. Соавт.: Бохан Н.А.

221. Токсикоманическое поведение у подростков в период антиалкогольной кампании. Там же: 36–37. Соавт.: Галактионов О.К., Мандель А.И.

222. Проблемы охраны психического здоровья участников педагогического процесса в общеобразовательной школе. Там же: 37–38. Соавт.: Залевский Г.В.

223. Некоторые итоги изучения медико-биологических аспектов алкоголизма в Сибири и на Дальнем Востоке. Журн. невропатологии и психиатрии. 1991; 2: 53–58. Соавт.: Бохан Н.А., Галактионов О.К. и др.

224. Ипохондрические состояния в общесоматической практике. Томск: Изд-во Том.ун-та, 1991: 168. Соавт.: Судаков В.Н., Свердлов Л.С.

225. Клинический полиморфизм алкоголизма. Акт. вопр. психиатрии и наркологии. Душанбе, 1991: 101–103. Соавт.: Бохан Н.А., Галактионов О.К.

226. Итоги и перспективы научных исследований НИИ психического здоровья ТНЦ АМН СССР. Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. конф. с междунар. участием. Томск, 1991; 1: 6–11. Соавт.: Положий Б.С., Степанова Л.А.

227. Программы реабилитации невротических расстройств на ранних этапах их развития. Там же: 16–17. Соавт.: Аксенов М.М.

228. Эпидемиологические аспекты пограничных расстройств в Монголии. Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. конф. с междунар. участием. Томск, 1991; 2: 40–41. Соавт.: Орел, Бямбасурен, Ганганоров.

229. О конформизме. Там же: 54–58.

230. Этноэпидемиологическая характеристика заболеваний в Сибири и на Дальнем Востоке. Там же: 64–67. Соавт.: Эрдэнэбаяр Д.

231. Пограничные состояния в зеркале художественной литературы. Там же: 106–111.

232. Системный подход к анализу пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике. Журн. невропатологии и психиатрии. 1991; 5: 47–52. Соавт.: Гузев А.Н.

233. Умейте властвовать собой, или Беседы о здоровой и больной личности. Новосибирск: Наука, 1991: 234.

234. Дизонтогенез головного мозга потомства матери, употребляющей алкоголь в период беременности. Журн. невропатологии и психиатрии. 1991; 10: 57–63. Соавт.: Ковецкий Н.С., Коновалов Г.В.
235. Региональные аспекты психического здоровья: Тез. докл. регион. научно-практ. конф. / Под редакцией. Владивосток, 1991: 179.
236. Дальневосточный филиал НИИ психического здоровья Томского научного центра АМН СССР. Региональные аспекты психического здоровья: Тез. докл. регион. научно-практ. конф. Владивосток, 1991: 4–5. Соавт.: Карпов Р.С., Яцков Л.П.
237. Экстранозологическая психиатрия: экологический и этнографический аспекты. Там же: 5–9.
238. Патопластическое влияние функциональной асимметрии на клинику неврозов. Там же: 27–29. Соавт.: Аксенов М.М.
239. Эпидемиология, клиника и профилактика пограничных состояний в регионе Сибири и Дальнего Востока. Журн. невропатологии и психиатрии. 1991; 12: 7–11. Соавт.: Положий Б.С., Красик Е.Д. и др.
240. Вопросы систематики, клиники и патогенеза пограничных состояний. Бюл. СО РАМН СССР. 1991; 2: 53–57. Соавт.: Положий Б.С., Корнетов Н.А. и др.
241. Viral persistence and immune impairment in schizophrenia. Psychiatry and biological factors. New York, London, 1991: 127–143. Соавт.: Vasilyeva O., Karas I.
242. Дизгенетические признаки и клинические особенности у больных алкоголизмом с наличием и отсутствием семейной отягощенности. Вопр. клин. генетики. Симферополь, 1991: 106. Соавт.: Галактионов О.К.
243. Актуальные вопросы подростковой психиатрии и наркологии / Под редакцией. Томск, Омск, 1991: 48.
244. Psychische Grenzzustände: Theoretisch-methodologische Überlegungen auf Hintergrund sibirischer Lebensbedingungen und der Notwendigkeit ein breites Problembewusstsein zu Schaffen. Psychiatrische Praxis. 1992; 2: 35–38.
245. Медико-генетическая помощь при пограничных нервно-психических расстройствах у детей и подростков. Генетика человека и патология. Томск, 1992: 179–181. Соавт.: Гуткевич Е.В., Аксенов М.М.
246. Клинико-генетические корреляции при пограничных нервно-психических расстройствах. Там же: 182–183. Соавт.: Гуткевич Е.В., Карась С.И. и др.
247. Антитела к вирусам при шизофрении. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992: 84. Соавт.: Васильева О.А., Крюкова Л.К.
248. Психическое здоровье – региональные аспекты конф.: Тез. докл. Всесоюз. с междунар. Участием / Под редакцией. Владивосток, 1992: 369.
249. Сравнительное структурно-половое исследование сексуальных невротических расстройств. Там же: 5–7. Соавт.: Болдцэрэн Д.
250. Okologische Probleme der gegenwertigen Psychiatrie. Foetschritte der Neurologie und Psychiatrie. 1992; 2: 111.
251. Regionale Aspekte des Schutzes der psychischen Gesundheit. Там же. Соавт.: Zalevsky G., Bokhan N.
252. Psychoemotional tension and its effects on the immunology reactivity. Baltic Sea Conference on psychosomatics and psychotherapy. Kiel, Germany. September 16–19, 1992: 116. Соавт.: Vasilyeva O., Karas I.
253. Psychosomatic and psychotherapeutic interrelations: regional aspects. Там же: 30.
254. Interferon in schizophrenia and borderline disorders. Theses of symposium «Current problems of clinical and experimental psychoneuroimmunology». Tomsk, 1992; 2: 43–45. Соавт.: Naidenova N., Logvinovich G.
255. Antropoecological features of immune status and risk of development of neuropsychiatric disorders. Там же: 64–68. Соавт.: Vasilyeva O.

256. Influence of alcoholization on peripheralbenzodiazepine receptors in different regions of the human brains and lymphocytes. Там же: 86–87. Соавт.: Shushpanova T., Taranov S.

257. Клинико-эпидемиологические и организационные аспекты пограничной психиатрии в регионе Сибири и Дальнего Востока. Соц. и клин. психиатрия. 1992; 2, 1: 102–106. Соавт.: Положий Б.С., Балашов П.П. и др.

258. Иммунный гомеостаз популяции и риск развития нервно-психических расстройств. Современные проблемы клин. и эксперим. психонейроиммунологии. Томск, 1992: 15–19. Соавт.: Васильева О.А.

259. Особенности функциональной активности лимфоцитов крови в характерологически различных группах лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами. Там же: 81–83. Соавт.: Мишенев М.В., Головин О.Д., Найденова Н.Н.

260. Показатели системы интерферона у больных шизофренией и лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами. Там же: 83–85. Соавт.: Найденова Н.Н., Логвинович Г.В.

261. Влияние алкоголизации на бензодиазепиновые рецепторы периферического типа в различных структурах головного мозга и лимфоцитов человека. Там же: 133–135. Соавт.: Шушпанова Т.В., Таранов С.В.

262. Режимы наблюдения и реабилитации в клинике пограничных состояний. Акт. вопр. лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии. М., Томск, Краснодар, 1992: 34–37. Соавт.: Аксенов М.М., Гузев А.Н. и др.

263. Alkoholosremissziok prognosztizakasa. Addiktologiai Kutatasok oroszorszagban. Budapest, 1992: 49–54. Соавт.: Mandel A., Bokhan N., Galaktionov O.

264. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее. Соц. и клин. психиатрия. 1992; 2; 3: 5–13.

265. Экологические проблемы современной психиатрии: региональный аспект. Психическое здоровье – региональный аспект. Владивосток, 1992: 383–284.

266. Алкоголизм: региональный аспект. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992: 219. Соавт.: Галактионов О.К., Мандель А.И.

267. Система интерферона и патология мозга. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992: 96. Соавт.: Васильева О.А., Найденова Н.Н.

268. Узловые проблемы психиатрии: интернациональные параллели. Сб. науч. трудов, посвящ. 100-летию каф. нервных и душевных болезней. Томск, 1992: 83–98.

269. Проблемы реабилитации и режимы наблюдения в клинике пограничных состояний. Там же: 177–179. Соавт.: Аксенов М.М., Саванин Д.В.

270. Принципы дифференциальной диагностики и реабилитации затяжных депрессий в пограничной психиатрии. Эндогенная депрессия (клиника, патогенез). Иркутск, 1992: 136–137.

271. Роль сексуальных дисфункций в генезе и клинической динамике непсихотических депрессивных состояний. Там же: 138–139. Соавт.: Болдцэрэн.

272. Psychiatric in Russland: Vom totalitaren System zu Reformansatzen. Kerbe. 1992; 4: 28–30. Соавт.: Zalevsky G., Kunze H.

273. Новое в лечении и профилактике психопатии. Профилактика нервно-психических заболеваний. Томск, 1993: 47–48. Соавт.: Головин О.Д.

274. Психадаптационные и психозадаптационные состояния: экстранозологический и психопрофилактический аспекты. Там же: 180–182.

275. Экологическая психиатрия: подходы к психопрофилактике. Там же: 182–186.

276. Концепция телесной терапии и профилактика при пограничных нервно-психических расстройствах. Там же: 186–188. Соавт.: Дик А.Б., Аксенов М.М.

277. Реабилитация и психопрофилактика затяжных непсихотических депрессий. Там же: 180–182.

278. Психическая адаптация и дезадаптация в клинике пограничных нервно-психических расстройств: Метод. рекомендации. Томск, 1993: 21. Соавт.: Саванин Д.В., Головин О.Д.
279. Ecological and ethnographical problems of mental health protection of North Asia population. Abstracts World Congress WFMH (Japan). Makuhari, 1993: 41.
280. Does functional activity of lymphocytes depend on characterologic features of borderline patients? 2nd International Congress ISNJM, Paestum (Salerno), 1993: 87. Соавт.: Michenev M., Aksenov M., Vasilyeva O.
281. Borderline neuropsychiatric disorders in immunopathological aspect. Там же: 318. Соавт.: Karas I., Dorokhova T.
282. Актуальные вопросы психиатрии: Материалы VI науч. отчет. сес. НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН / Под редакцией. Томск, 1993: 253.
283. Профилактика нервно-психических заболеваний: Материалы к конф. с междунар. участием (ответственный редактор). Томск, 1993: 249.
284. Итоги и перспективы дальнейших научных исследований НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993; 6: 3–6. Соавт.: Логвинович Г.В., Куприянова И.Е.
285. Теоретико-методологические предпосылки перехода к новым режимам наблюдения и реабилитации пограничных больных. Там же: 8–13.
286. Базисная терапия трудных больных в клинике пограничных состояний. Там же: 16–18. Соавт.: Аксенов М.М., Дорохова Т.А.
287. Опыт перспективной научно-исследовательской работы введения различных психокоррекционных моделей в практику обучения студентов педагогического вуза. Там же: 32–33. Соавт.: Болдышева Т.Н., Стоянова И.Я.
288. Диссомнические расстройства у больных неврозами с разным ведущим глазом. Там же: 66–68. Соавт.: Красноперов О.В., Панченко А.Л.
289. Вовлечение интерлейкин-2-зависимого звена в реализацию сдвигов функциональной активности лимфоцитов при психопатиях. Там же: 72–74. Соавт.: Мишнев М.В., Васильева О.А.
290. Оправдана ли попытка шкалирования истерии? Там же: 84–88.
291. Современные проблемы классификации психических болезней: новые подходы и возможности. Там же: 89–92.
292. Новый подход к реабилитации и психокоррекции инсомний при пограничных состояниях. Там же: 92–93. Соавт.: Бабушкина Л.В.
293. Типологический анализ истерической личности как основа реабилитации. Там же: 93–97. Соавт.: Белокрылова Л.А.
294. О подготовке молодых ученых. Там же: 97–99. Соавт.: Куприянова И.Е.
295. О координации научных исследований в регионе Сибири и Дальнего Востока. Там же: 99–101. Соавт.: Степанова Л.А.
296. Типология истерической психопатии. Сообщение I: клинико-патогенетические параллели. Там же: 104–107. Соавт.: Федерко И.Ф.
297. Типология истерической психопатии. Сообщение II: клинико-динамическая характеристика. Там же: 107–110. Соавт.: Федерко И.Ф.
298. К вопросу о нарушении обратной связи между системами внутриклеточных мессенджеров в патогенезе психических болезней. Там же: 140–144. Соавт.: Карась С.И., Корнетов Н.А.
299. Итоги и перспективы изучения терапевтических возможностей крайневысокочастотного излучения в физиопрофилактических программах алкоголизма. Там же: 202–207. Соавт.: Бохан Н.А., Глазырина Н.И.
300. Нейротоксическая активность сыворотки крови больных алкоголизмом. Там же: 228–230. Соавт.: Мельникова Т.Н., Агарков А.П.

301. Influence of alcololization on peripheral benzodiazepine receptors (BDR) in different regions of the human brains and lempocytes. 2nd International Congress ISNJM, Paestum (Salerno), Italy, Abstracts, 1993: 88. Соавт.: Shushpanova T., Taranov S.
302. Женский алкоголизм. Барнаул: Алт. книж. изд-во, 1993: 168. Соавт.: Аккер Л.В.
303. Актуальные вопросы пограничной онкопсихиатрии. Акт. вопр. соматопсихиатрии. Смоленск, 1993: 35–38. Соавт.: Гузев А.Н.
304. Психопатология юношеского возраста. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994: 353. Соавт.: Гурьева В.А., Гиндикин В.Я.
305. Экологические и этнографические пробл. охраны психического здоровья населения Азии. Регион. аспекты психического здоровья. Томск, Владивосток, 1993: 10–14.
306. Кальциевый гомеостаз и его роль в патогенезе алкоголизма. Межпопуляционный анализ кальциевого обмена арктических монголоидов и русских Западной Сибири больных алкоголизмом. Там же: 182–185. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И.
307. Кальциевый гомеостаз и его роль в патогенезе алкоголизма. Взаимосвязь кальциевого обмена с биохимическими показателями крови у береговых чукчей. Там же: 185–189. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И.
308. Этническая наркология циркумполярных популяций – «семейная тайна» государства? Там же: 206–213. Соавт.: Галактионов О.К., Гольцова Т.В.
309. Типология состояний психической адаптации в условиях взрывоопасного производства. Архангельск, 1993: 96–98.
310. Алкогольобусловленные аддитивные состояния сельской популяции в Сибири: идентификационное и организационное решение проблем. Архангельск, 1993: 98–99. Соавт.: Бохан Н.А., Козырев С.Н.
311. Теория и практика экологической психиатрии. Экология человека. 1994; 1: 40–45.
312. Экологические проблемы современной психиатрии. Вестник РАМН. 1994; 2: 12–17.
313. Психофармакотерапия и профилактика состояний психической дезадаптации. Современные методы биологической терапии псих. заболеваний: Тез. докл. конф. М., 1994: 52. Соавт.: Аксенов М.М.
314. Применение финлепсина-ретарда в клинике пограничных состояний. Бюл. ТНЦ СО РАМН. Томск, 1994; 5: 18–23. Соавт.: Аксенов М.М., Гиндикин В.Я.
315. Финлепсин и антелепсин в лечении некоторых ипохондрических расстройств круга малой психиатрии. Там же: 26–29. Соавт.: Аксенов М.М., Гиндикин В.Я.
316. Терапевтическая эффективность финлепсина-ретарда при алкоголизме, ассоциированном с экзогенно-органическим поражением головного мозга. Там же: 51–56. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И.
317. Применение адаптогенов растительного происхождения в комплексных программах психопрофилактики. Там же: 61–64. Соавт.: Аксенов М.М.
318. Принципы ранней профилактики и реабилитации состояний психической дезадаптации. Там же: 98–102. Соавт.: Аксенов М.М.
319. Аутистический синдром при шизофрении: Метод. рекомендации. Новосибирск, 1994: 16. Соавт.: Красильников Г.Т., Логвинович Г.В.
320. Primare Gesundheitsversorgung und die Pravention von Borderline-Storungen in Sibirien. Abschied von Babilon. XVI Welt Kongress fur soziale Psychiatrie. Hamburg, 1994: 106.
321. Die Epidemiologie von psychischen Storungen als Aspect der praventiven Psychiatrie. Там же: 106. Соавт.: Logvinovitsch G., Vasiljeva N.

322. Психофармакотерапия и профилактика состояний психической дезадаптации. Акт. пробл. фармакологии и поиска новых лекарственных препаратов. Томск, 1994: 7: 64–65. Соавт.: Аксенов М.М.
323. Адаптогены и индивидуальная психопрофилактика. Там же: 66. Соавт.: Аксенов М.М.
324. Сочетанное использование азафена и вальпроата натрия для коррекции психопатического поведения у лиц шизоидного склада. Акт. пробл. фармакологии и поиска новых лекарственных препаратов. Томск, 1994: 7: 70–71. Соавт.: Головин О.Д.
325. Кардиофобический синдром: клинический и реабилитационный аспекты. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. М., 1994: 28–32. Соавт.: Карпов Р.С., Плешаков В.И.
326. The properties of the benzodiazepine receptors peripheral type (PBR) in human lymphocytes and in neuronal structures. European Immunology Meeting. Barselona, 1994: 124. Соавт.: Shushpanova T.
327. Региональные аспекты лечения и профилактики пограничных состояний. Неврологический вестник. 1993; 25; 1–2: 101–103.
328. Immune status and immunorehabilitation of borderline disorders in eliminators of altereffects of ChN accident living in ecologically infavourable regions. International Journal of Immunorehabilitation. 1994; 1: 315. Соавт.: Vasiljeva O.A., Rudnitsky V.A.
329. Immunorehabilitation in complex therapy of patients with neuropsychiatric disorders. Там же: 369. Соавт.: Vasiljeva O.A.
330. Динамическая оценка психического здоровья коренного и пришлого населения Севера Сибири. Вестник РАМН. 1994; 7: 39–43.
331. Совершенствование психиатрического сервиса в Сибири. Акт. пробл. эндогенной патологии. Томск, 1994: 3–10.
332. Об актуальности современных исследований шизофрении. Там же: 10–13. Соавт.: Логвинович Г.В.
333. Новые подходы к дифференциальной диагностике истерических и истериоформных состояний шизофренического генеза. Там же: 119–123. Соавт.: Белокрылова Л.А.
334. Преддикторы алкоголизма в различных этнических группах. Региональные аспекты современной аддиктологии. Томск, 1994: 29–36. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.
335. Социальные вопросы аддиктивных состояний (по материалам XIV конгресса социальной психиатрии, Гамбург, 5–10 июня 1994). Там же: 68–72. Соавт.: Куприянова И.Е., Логинов И.П.
336. Сравнительный анализ биоэлектрической активности головного мозга у больных с ассоциированными формами алкоголизма. Там же: 109–112. Соавт.: Аболонин А.Ф., Бохан Н.А.
337. Прогностическая предикция эффективности КВЧ-терапии абстинентного синдрома при ассоциированных формах алкоголизма. Там же: 112–113. Соавт.: Глазырина Н.И., Бохан Н.А.
338. Состояние системы иммунитета у больных алкоголизмом с экзогенно органическими поражениями головного мозга в динамике заболевания и на фоне иммунотерапии. Там же: 121–125. Соавт.: Черенько В.Б., Васильева О.А.
339. Этнос и биопсихический конфликт. Психиатрия в контексте культуры; 1. Этнопсихиатрия. М., Томск, Улан-Удэ, 1994: 86–95.
340. Трудности этнопсихиатрических соотношений у диспансерного контингента больных с пограничными состояниями. Там же: 96–101. Соавт.: Артемьев И.А.
341. Этнонаркология арктических монголоидов. Поиск биохимических предикторов алкоголизма. Там же: 101–126. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.

342. Этническая наркология циркумполярных популяций – «семейная тайна» государства. Там же: 212–219. Соавт.: Галактионов О.К., Гольцова Т.В.

343. Новые организационные подходы в пограничной психиатрии. Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии. М., Ставрополь, 1994: 149–152. Соавт.: Аксенов М.М., Артемьев И.А.

344. Пограничная психиатрия: настоящее и будущее. Врач. 1994; 5: 47–49.

345. Мультиаксиальные исследования ассоциированных с алкоголизмом синдромов шейного остеохондроза: неврологические аспекты, проблемы. Спондилогенные и миогенные заболевания нервной системы: Материалы конф. Казань, 1990: 113. Соавт.: Бохан Н.А., Веселовский В.П.

346. Транскультуральные исследования в области пограничной психиатрии. Социокультуральные пробл. совр. психиатрии. М., 1994: 104–106.

347. Этнонаркология циркумполярных популяций. Там же: 29–31. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И., Гольцова Т.В.

348. Узловые проблемы современной психиатрии: российско-германские параллели. Психиатрия в России вчера и сегодня. СПб., 1994: 84–91. Соавт.: Залевский Г.В.

349. Knotenprobleme der modernen Psychiatrie: russisch-deutsche Parallele. Psychiatrie in Russland Gestern und Heute: Jubiläumskongress des 150. Jahrestags der deutschen Gesellschaft. Sankt Peterburg, 1994: 173–185. Соавт.: Salevsky G.V.

350. Ökologische Probleme der modernen Psychiatrie. Там же: 165–173.

351. Экологические проблемы современной психиатрии. Психиатрия в России вчера и сегодня. СПб., 1994: 76–83.

352. Продукция интерферона и пролиферативная активность у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами в процессе лечения. Клиническая иммунология и аллергология: Тез. научно-практ. конф. Томск, 1995: 37–38. Соавт.: Найденова Н.Н., Васильева О.А. и др.

353. Клинические особенности и вопросы иммунореабилитации пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов на ЧАЭС. Там же: 73–75. Соавт.: Васильева О.А., Рудницкий В.А.

354. Характеристика некоторых параметров системы интерферона в типологически различных группах больных с ПНПР в процессе лечения. Журн. невропатологии и психиатрии. 1994; 5: 74–76. Соавт.: Найденова Н.Н., Мишенев М.В. и др.

355. Психопрофилактика и реабилитация состояний психической дезадаптации. Теоретические и прикладные аспекты физиологии и психологии в психиатрии. Владивосток, 1995: 3–6. Соавт.: Аксенов М.М.

356. Клинико-нейрофизиологические особенности ассоциированных форм алкоголизма. Там же: 8–10. Соавт.: Аболонин А.Ф.

357. Теоретические и практические аспекты валеопсихологии. Там же: 192–196.

358. Психотерапевтические аспекты непереносимости психических расстройств. II конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 1995: 192–196.

359. Продукция интерферона и пролиферативная активность лимфоцитов у больных с ПНПР в процессе лечения. Клиническая иммунология и аллергология. Томск, 1995: 37–38. Соавт.: Найденова Н.Н., Васильева О.А.

360. Modern tendencies in transcultural psychiatry in Siberia. XV World Congress social psychiatry. Abstracts. Rome, Italy, 1995: 161.

361. Mental disorders in Siberia. Там же: 270. Соавт.: Kupriyanova I.

362. Клинические особенности и вопросы иммунореабилитации ПНПР у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Экспериментальная и клиническая иммунология. Томск, 1995: 73–75. Соавт.: Васильева О.А., Рудницкий В.В.

363. Иммунологические изменения у ликвидаторов на ЧАЭС, проживающих в условиях экологически неблагоприятной Томской области. Там же: 12–18. Соавт.: Васильева О.А., Карась И.Ю.

364. Клинико-патогенетические взаимосвязи при невротических расстройствах и психопатиях (региональный аспект). Современные аспекты эндогенной и экзогенно-органической патологии. Томск, Кемерово, 1995: 3–7. Соавт.: Аксенов М.М.

365. Биохимические предикторы алкоголизма. Там же: 45–50. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И.

366. Проблемы психофармакотерапии непсихотических психических расстройств. Там же: 128–135.

367. Особенности иммунобиологической реактивности ликвидаторов Чернобыльской катастрофы, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами. Акт. вопр. психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995; 7: 24–29. Соавт.: Васильева О.А., Ильинских Н.Н. и др.

368. Продукция интерферона лимфоцитами крови больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. Там же: 56–58. Соавт.: Найденова Н.Н., Васильева О.А. и др.

369. Научные основы валеопсихологии. Там же: 69–79.

370. Клинические особенности пограничных нервно-психических расстройств и ликвидаторов Чернобыльской аварии. Там же: 79–80. Соавт.: Васильева О.А., Рудницкий В.А. и др.

371. Комплексная терапия пограничных расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Там же: 80–81. Соавт.: Рудницкий В.А., Аксенов М.М.

372. Типология истерической психопатии: клинико-патогенетические параллели. Там же: 83–86. Соавт.: Федерко И.Ф., Головин О.Д. и др.

373. Методологические аспекты аддитивных состояний: междисциплинарная ответственность за решение проблемы. Там же: 134–38. Соавт.: Бохан Н.А.

374. К патогенетическому обоснованию применения миллиметрового электромагнитного излучения для лечения алкоголизма. Там же: 142–145. Соавт.: Глазырина Н.И., Бохан Н.А.

375. Реабилитация больных основными нервно-психическими заболеваниями на фоне экологической иммунопатологии. *International Journal of immunorehabilitation*. 1995; 1: 73. Соавт.: Васильева О.А., Логвинович Г.В. и др.

376. Are aminazine the immunomodulator of some cellular aspects in schizophrenics? Environmental pollution (icep 95) and neuroimmune interactions and environment (icone 95). Sankt Petersburg, 1995: 140.

377. Are the benzodiazepine receptors peripheral type the sites for neuroendocrine modulation. Там же: 174. Соавт.: Shushpanova T.

378. Neuroimmune interactions in liquidators of disaster at the Chernobyl AES, living in the ecologically aggravating region. Там же: 185. Соавт.: Afrimson E., Rudnitski V.

379. Взаимосвязь распространенности нервно-психических расстройств на территориях с противоположной направленностью миграционного прироста. Материалы XII съезда психиатров России (1–4 ноября 1995 г.). М., 1995: 31–32. Соавт.: Артемьев И.А., Аксенов М.М.

380. Эпидемиология пограничных состояний «проточных популяций». Там же: 116–117. Соавт.: Артемьев И.А., Аксенов М.М.

381. Экологические проблемы современной психиатрии: региональные аспекты. Там же: 141–142. Соавт.: Аксенов М.М.

382. Клинические особенности пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Там же: 171–172. Соавт.: Рудницкий В.А., Васильева О.А., Аксенов М.М.

383. Вторичная иммунологическая недостаточность и пограничная нервно-психическая патология. Там же: 203–204. Соавт.: Карась И.Ю., Найденова Н.Н.

384. Типология истерической психопатии. Там же: 220–221. Соавт.: Федерко И.Ф.
385. Реалии и перспективы транскультуральной психиатрии. Экология человека. 1995; 2: 46–56.
386. Borderline onkopsychiatry psychologic adaptation and rehabilitation. Second Baltic Sea conference on psychosomatic medicine. Sweden. Ronneby, 1995: E. 1.
387. Some social aspects of psychosomatic disorders in siberian women. Там же: S. 2.4. Соавт.: Kupriyanova I., Trusov V.
388. The alteration on the body homeostasis in neuropsychiatric disorders. Там же: J. 4. Соавт.: Karas I.
389. Psychiatrie in Russland: Okologische Problems der gegenwartigen Psychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie. Koln, 1995; 6: 98.
390. Особенности клинического применения финлепсин-ретард в терапии пограничных и аддитивных состояний. Нейропсихотропные препараты: Материалы симпозиума. М., 1995: 73–81. Соавт.: Аксенов М.М., Бохан Н.А.
391. Этнос и биопсихический конфликт. Врач. 1995; 11: 33–34.
392. Социальное развитие общества и пограничные состояния. Психиатрия в контексте культуры. Томск, 1995; 3: 119–131.
393. Пограничные состояния – региональные аспекты. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995: 183. Соавт.: Аксенов М.М.
394. Современные клинико-реабилитационные подходы в пограничной психиатрии. Акт. вопр. психиатрии. Тбилиси, 1995: 107–110. Соавт.: Аксенов М.М.
395. Об особенностях аддитивного поведения у психически больных на модели алкогольной аддикции. Акт. пробл. совр. психиатрии и психотерапии. Новосибирск, 1996; 3: 27–35. Соавт.: Дресвянников В.Л., Терентьев Е.И.
396. Транскультуральные исследования в области пограничной психиатрии. Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. М., 1996: 164–167.
397. Эпидемиология пограничных состояний «проточных» популяций. Там же: 168–170. Соавт.: Артемьев И.А., Аксенов М.М.
398. Валеопсихологический аспект интегративной антропологии. Сибирский психологический журнал. 1996; 2: 46–52.
399. Антропогенетический аспект истерии. Акт. вопр. биомедицинской и клинической антропологии. Томск, Красноярск, 1996: 87–89.
400. Перспективы применения антиконвульсантов как средств активации систем детоксикации организма. III Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 1996: 174. Соавт.: Новожеева Т.П., Саратиков А.С.
401. Терапия затяжных пограничных состояний. Там же: 202.
402. Психическое здоровье и общество. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1996; 1: 5–8.
403. Этнонаркология циркумплярных популяций (теоретическая ориентация, клиника, предикторы, прогноз, профилактика). Там же: 38–51. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.
404. Клинико-биохимические предикторы алкоголизации в популяции арктических монголоидов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1996; 2: 70–75. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.
405. Патогенетические принципы реабилитации пациентов, подвергшихся воздействию радиации, страдающих нервно-психическими заболеваниями. Современные аспекты оценки действия малых доз радиации на организм человека. Томск, 1996: 48–50.
406. Продукция интерферона лимфоцитами крови у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами. Там же: 71–72. Соавт.: Найденова Н.Н., Васильева О.А., Лаврентьева Л.В.

407. Пограничные состояния у ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы, проживающих в Томской области. Там же: 82–83. Соавт.: Рудницкий В.А.
408. Динамика параметров системы иммунитета у больных с тревожно-депрессивными расстройствами при монотерапии кассаданом. Бюл. Томского научного центра СО РАМН. Томск, 1996; 7: 26–35. Соавт.: Ветлугина Т.П., Иванова С.А. и др.
409. Клиническая эффективность препарата кассадан-0,25 в комплексной терапии алкоголизма. Там же: 64–73. Соавт.: Мандель А.И., Бохан Н.А. и др.
410. Применение кассадана в терапии пограничных состояний. Там же: 73–83. Соавт.: Аксенов М.М.
411. Сотрудничество НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН с фармакологической фирмой AWD. Там же: 83–89. Соавт.: Куприянова И.Е., Степанова Л.А.
412. Психофармакотерапия шизоидной психопатии с учетом конституциональных особенностей больных. Там же: 101–108. Соавт.: Головин О.Д.
413. Предисловие. Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний. Томск, 1996: 3.
414. Итоги и перспективы научной работы НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Там же: 4–9. Соавт.: Логвинович Г.В.
415. Клинико-патогенетические аспекты пограничных состояний. Там же: 61–62. Соавт.: Аксенов М.М., Головин О.Д.
416. Модель исследования вегетативного обеспечения деятельности у больных невротами. Там же: 73–74. Соавт.: Харитонов С.В.
417. Клиническая динамика и лечение кардиофобических состояний. Сибирский медицинский журнал. 1996; 1: 9–13. Соавт.: Карпов Р.С.
418. Клинико-биологические и социально-экологические проблемы пограничной психиатрии: региональный аспект. Там же: 8–11. Соавт.: Балашов П.П., Аксенов М.М.
419. Современные подходы к проблеме аддитивных состояний: итоги и перспективы междисциплинарных исследований. Там же: 24–32. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И. и др.
420. Этнонаркология циркумполярных популяций (теоретическая ориентация, клиника, предикторы, прогноз). Там же: 38–51. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.
421. Характеристика психического здоровья работников лесной промышленности. Там же: 60–64. Соавт.: Аксенов М.М.
422. КВЧ-терапия: границы и возможности нового метода в психиатрии. Там же: 73–76. Соавт.: Бохан Н.А., Глазырина Н.И.
423. Превентивная психиатрия: первоочередные задачи. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1996; 2: 7–11.
424. Клинические и реабилитационные аспекты пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Там же: 11–12. Соавт.: Аксенов М.М., Рудницкий В.А.
425. Психотерапия пограничных состояний: старые и новые проблемы. Там же: 37–40.
426. Психомануальная терапия – новое направление в лечении пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 43–47. Соавт.: Дик А.Б., Аксенов М.М.
427. Кассадан в терапии пограничных и аддитивных состояний. Там же: 47–50. Соавт.: Аксенов М.М.
428. Новое применение контемнола в терапии психических больных. Там же: 64–67. Соавт.: Корнетов Н.А., Семке А.В.
429. Клинико-биохимические предикторы алкоголизации в популяции арктических монголоидов. Там же: 70–75. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.

430. Развитие психологических исследований и их значение при изучении пограничных состояний. Там же: 78–80. Соавт.: Залевский Г.В., Стоянова И.Я.

431. Сравнительная характеристика картины сна больных неврозами и здоровых лиц с учетом психологических свойств личности. Там же: 80–84. Соавт.: Красноперов О.В.

432. Зачинатель алтайской психиатрии (памяти Ю.К. Эрдмана). Там же: 93–95.

433. Crosscultural characteristics of mental health of Russian Minority People. X World Congress of Psycvhiatry. Madrid, 1996; 2: 167.

434. Borderline states in Siberia. Там же: 230. Соавт.: Aksionov M.

435. MM-Wave Therapy of complicated with drawal syndrome. Там же: 361. Соавт.: Bokhan N.

436. The Prevalence of mental disorders in Siberia and Far East. Там же: 396. Соавт.: Kupriyanova I., Armemiev I. и др.

437. Особенности клиники и реабилитация пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний. Владивосток, Томск, 1996: 174–177. Соавт.: Рудницкий В.А.

438. Особенности осложненных форм алкоголизма. Там же: 177–178. Соавт.: Аболонин А.Ф., Яцков Л.П.

439. Поиск биохимических факторов, участвующих в патогенезе алкоголизма в различных этнических популяциях. Вестник Российской Академии медицинских наук. 1996; 12: 49–56. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.

440. Исторические и современные парадигмы пограничной психиатрии. Социальная и судебная психиатрия: история и современность. Под редакцией. Т.Б. Дмитриевой. М., 1996: 153–156.

441. Клинический полиморфизм в аспекте транскультуральной этнонаркологии. Там же: 107–111. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.

442. Психиатрические технологии на рубеже XXI века. Совр. технологии психиатр. сервиса. Томск, 1997; 1: 3–12.

443. Компьютерное топоселективное картирование биоэлектрической активности головного мозга при ассоциативных формах алкоголизма. Там же: 13–14. Соавт.: Аболонин А.Ф., Бохан Н.А. и др.

444. Компьютерная кардиоинтервалография как метод оценки эффективности терапии алкоголизма. Там же: 14–16. Соавт.: Аболонин А.Ф., Бохан Н.А. и др.

445. Психокоррекционная работа с больными истерическими состояниями. Там же: 16–17. Соавт.: Авдеенок Л.Н., Стоянова И.Я.

446. Латеральная конституция, клинические особенности и прогностическая оценка течения неврозов. Там же: 17–18. Соавт.: Аксенов М.М.

447. Современные организационные подходы к реабилитации в клинике пограничных состояний. Там же: 18–19. Соавт.: Аксенов М.М.

448. Аудиометрический метод экспресс-оценки функционального состояния человека в экологических исследованиях. Там же: 28–30. Соавт.: Бородин А.С., Побаченко С.В. и др.

449. Консультативно-диагностический центр интерактивного мониторинга состояния в пожилом возрасте. Там же: 31–32. Соавт.: Бородин А.С., Колесник А.Г.

450. КВЧ-терапия в наркологии, показания и прогноз эффективности. Там же: 35. Соавт.: Бохан Н.А., Агарков А.П. и др.

451. Новые технологии в классификации, диагностике нервно-психических заболеваний и создании реабилитационных программ детей и подростков, проживающих в экологически-неблагоприятных условиях. Там же: 36–37. Соавт.: Васильева О.А., Семке В.Я. и др.

452. Предикторы алкоголизма. Там же: 38–39. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И.
453. Мониторинг нервно-психических расстройств и аддиктивного поведения в районах Крайнего Севера. Там же: 40–41. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И. и др.
454. Новое в лечении психопатий. Там же: 45–46. Соавт.: Головин О.Д.
455. Способ энзимодиагностики алкоголизма. Там же: 50. Соавт.: Галактионов О.К., Дорофеева Л.И.
456. Феноменология и типология аутистического симптомокомплекса при шизофрении. Там же: 64–65. Соавт.: Красильников Г.Т., Логвинович Г.В.
457. Опыт клинического применения контемнола в пограничной психиатрии. Там же: 67–68. Соавт.: Куприянова И.Е., Аксенов М.М. и др.
458. Межведомственный центр психического здоровья – новая организационная модель психиатрического сервиса. Там же: 86–88. Соавт.: Потапкин И.А., Шеметова Л.Я.
459. Аутогенная тренировка в комплексной терапии истерических состояний. Там же: 97–98.
460. Валеопсихология как научно-технологический базис превентивной терапии. Там же: 98–101.
461. Современные режимы наблюдения в клинике пограничных состояний. Там же: 105–106. Соавт.: Аксенов М.М.
462. Дифференциально-диагностический комплекс в разграничении истерических и истероформных состояний соматогенно-органического генеза. Там же: 102–103.
463. Новые технологии для классификации, диагностики и «интенсивной терапии» пограничных состояний. Там же: 103–105.
464. К проблеме возрождения психоанализа в России. Там же: 107–108. Соавт.: Куприянова И.Е.
465. Валеологический подход при организации медико-психологической помощи участникам педагогического процесса. Там же: 111–112. Соавт.: Стоянова И.Я., Павлова О.А.
466. Артериальное давление как индикатор психофизиологической организации у больных неврозами. Там же: 113–115. Соавт.: Харитонов С.В.
467. Сенсорно-ассоциативный способ лечения неврозов. Там же: 116–118. Соавт.: Харитонов С.В.
468. Scheme of immunorehabilitation of the liquidators of the accident on Chernobyl atomic power station living in ecologically adverse region. International Journal of immunorehabilitation. 1997. May; 4: 68. Соавт.: Vassilyeva O.A.
469. Виды родительско-детских отношений и их влияние на психическое здоровье детей. Акт. вопр. психиатрии: Материалы VIII отчетной науч. сес. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Томск, 1997; 8: 9–10. Соавт.: Авдеенок Л.Н.
470. Иммунологические исследования у больных с невротическими расстройствами в процессе терапии. Там же: 32–33. Соавт.: Иванова С.А., Ветлугина Т.П.
471. Психофармакотерапия психосоматических расстройств. Там же: 46–50.
472. Некоторые аспекты ПНПР у лиц, подвергшихся воздействию радиации. Там же: 50–51. Соавт.: Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Волкова Е.М.
473. Оптимизация психотерапевтической и психологической подготовки врачей общесоматического профиля. Там же: 51–52. Соавт.: Шеметова Л.Я.
474. Влияние экологического неблагополучия на психическое здоровье детей и подростков и разработка реабилитационных программ. Там же: 54–55. Соавт.: Сперанская Л.Ф.

475. Сравнительное исследование организации межсенсорных отношений у здоровых и больных с тревожными невротическими расстройствами. Там же: 58–60. Соавт.: Харитонов С.В., Аксенов М.М.

476. Биологическая психиатрия сегодня: взгляд из Мадрида (Конгресс Всемирной ассоциации психиатров, 23–28 августа 1996 г.). Там же: 73–75. Соавт.: Куприянова И.Е.

477. Лечение и реабилитация пациентов с хроническими душевными расстройствами (Лунг-Фа модель). Там же: 88–90. Соавт.: Хъех Кай-Фенг, Куприянова И.Е.

478. Преморбид больных алкоголизмом с коморбидной черепно-мозговой травмой: особенности и прогностическое значение. Там же: 91–93. Соавт.: Бохан Н.А., Агарков А.П.

479. Клинические и реабилитационные аспекты пограничных нервно-психических расстройств у лиц, подвергшихся воздействию радиации: Пособие для врачей. Томск, 1997: 28. Соавт.: Васильева О.А., Рудницкий В.А., Аксенов М.М. и др.

480. Психиатрия и общество: вопросы этики и судебной психиатрии. Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии. Владивосток, Томск, 1997: 387–390. Соавт.: Куприянова И.Е.

481. Психическое здоровье и общество. Там же: 408–410. Соавт.: Аксенов М.М.

482. Психосоциальные и реабилитационные аспекты пограничных состояний у ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы. Там же: 410–411. Соавт.: Аксенов М.М., Рудницкий В.А.

483. Суицидологическая превенция. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1997; 1–2: 5–10.

484. Коморбидность в наркологии: актуальное состояние и перспективы изучения проблемы. Там же: 14–22. Соавт.: Бохан Н.А., Агарков А.П.

485. Клинико-методологические аспекты аддиктивного поведения у больных шизофренией. Там же: 31–34. Соавт.: Дресвянников В.Л., Терентьев Е.И.

486. Психиатрия на рубеже XXI века (по материалам десятого конгресса Всемирной ассоциации психиатров, Мадрид, 1996). Там же: 103–105. Соавт.: Куприянова И.Е.

487. Программно-технический комплекс мониторинга естественной динамики функциональных состояний организма человека. Там же: 105–106. Соавт.: Бородин А.С., Колесник А.Г., Колесник С.А.

488. Иммунная система и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1997; 3: 5–8.

489. Пограничные нервно-психические расстройства с точки зрения иммунного гомеостаза. Там же: 15. Соавт.: Карась И.Ю., Васильева О.А.

490. Интерферогенез и уровень цитогенетических нарушений у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами. Там же: 33–34. Соавт.: Найденова Н.Н., Ильинских Н.Н. и др.

491. Клинические особенности, динамика и реабилитация пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Там же: 58–59. Соавт.: Рудницкий В.А., Аксенов М.М. и др.

492. Роль Кербикова в развитии сибирской психиатрической науки. Там же: 77–79.

493. Эффективность терапии альпрозаламом тревожно-депрессивных состояний психогенного и эндогенного генеза. Экстра-pharmedicum. Dresden, 1997: 24–26. Соавт.: Аксенов М.М.

494. Факторы риска и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1997; 4: 7–12.

495. Дифференцированные программы психопрофилактики алкоголизма в амбулаторной практике Германии и оценка их эффективности. Там же: 13–23. Соавт.: Даубер К., Мантлер В.
496. Этнонаркологические аспекты алкоголизма в Монголии. Там же: 43–47. Соавт.: Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А.
497. Фундаментальные аспекты применения финлепсин-ретарда и кассадана. Там же: 57–60.
498. Сочетанная фармако- и психотерапия пограничных состояний на примере финлепсин-ретарда и кассадана. Там же: 63–65. Соавт.: Аксенов М.М., Семке А.В.
499. Методологические аспекты апробации лекарственных препаратов фирмы «Asta Medica» в регионе Сибири и Дальнего Востока. Там же: 67–69. Соавт.: Куприянова И.Е., Степанова Л.А.
500. Психотерапия пограничных состояний. Там же: 73–75.
501. Старые и новые спорные проблемы истерии. Актовая речь, посвященная 90-летию со дня рождения академика О.В. Кербилова. Томск: Изд-во «Красное знамя», 1997: 25.
502. Здравоохранение в регионах. Дела сердечные, дела душевные. Вестник «Медицина для вас». М., 1997; 4 (36): 11.
503. Клинические лекции для врачей. Донозологические формы пограничных состояний. Вестник «Медицина для Вас». М., 1997; 6 (38): 13; 7 (39): 15.
504. Предварительные данные клинического испытания аурорикса при двойной депрессии. Акт. вопр. совр. медицины: Тез. докл. седьмой научно-практ. конф. врачей (21–22 мая 1997 г.). Новосибирск, 1997; 1: 13. Соавт.: Корнетов Н.А., Счастный Е.Д. и др.
505. Social dynamic aspects of mental health of women in Siberia. *Dynamic Psychiatry Today*. Munnich, 1997: 55. Соавт.: Kupriyanova I., Aksyonov M. и др.
506. Psychodynamic analysis of borderline states. Там же: 54.
507. Mental health of persons underwent to impact of radiation living in coditions of oecological trouble. *Cornerstones for Mental Halth*. Lahti, Finland, 1997: 539.
508. Women's mental health in Siberia: longitudinal investigation in the period of economic crisis. Там же: 540. Соавт.: Kupriyanova I., Aksyonov M. и др.
509. Influence of alprazolam on antipirin ewlimination in neuropsychiatric patients. *Biological psychiatry. Journal of Psychiatric Research*. Nice, France, June 22–27, 1997: 177. Соавт.: Kanov E.V., Shushpanova T.V. и др.
510. Biochemical predictors of alcoholism in arctic mongoloids. Там же: 175. Соавт.: Galaktionov O.K., Dorofeyeva L.I. и др.
511. The parameters of platelet 5-HT system correlation between relatives. Там же: 172. Соавт.: Yazykov K., Kornetov N.
512. The state of immunity in patients woth organic astenic disorders. Там же: 154. Соавт.: Volkova E.M., Vetlugina T.P. и др.
513. Immunobiological study of affective disorders. Там же: 171. Соавт.: Ivanova S.A., Yazykov K.G. и др.
514. Calcium homeostasis and pathogenesis of alcoholism in arctic mongoloids. Там же: 202. Соавт.: Dorofyeva L.I., Galaktionov O.K.
515. Psychosomatic interactions in reccurent genital herpes symlex: therapeutic approach. Там же: 203. Соавт.: Reshetnikov V.I., Potapkin I.A. и др.
516. Транскультуральная и кросскультуральная психиатрия: Взгляд в XXI век. Психологический универсум образования человека нозотического: Материалы междунар. симп. Томск, 1998: 154–156. Соавт.: Галактионов О.К., Бохан Н.А. и др.
517. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях. Томск, 1998: 63. Соавт.: Гирич Я.П., Красильников Г.Т. и др.

518. Аутизм при шизофрении (феноменология, типология, прогностика). Новосибирск, Томск, 1998: 201. Соавт.: Красильников Г.Т., Дресвянников В.Д.

519. Человек в поисках истины и веры. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1998; 1, 2: 7–12.

520. Клинико-биологические и социально-экономические проблемы пограничной психиатрии в регионе Сибири и Дальнего Востока. Там же: 13–15. Соавт.: Аксенов М.М., Балашов П.П.

521. Психологическая структура субъективной характеристики сна. Там же: 79–81. Соавт.: Красноперов О.В.

522. Центр медицинской реабилитации больных наркоманией: научные основы эффективной организации. Там же: 92–95. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И. и др.

523. Особенности висцеровегетативных нарушений у больных неврозами, подвергшихся воздействию малых доз радиации на территории Алтайского края. Там же: 106–107. Соавт.: Харитонов С.В., Аксенов М.М.

524. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции (по материалам X конгресса Всемирной ассоциации психиатров). Там же: 118–123. Соавт.: Куприянова И.Е.

525. Религия и психическое здоровье (по материалам Всемирного конгресса Федерации психического здоровья, Лахти). Там же: 124–126. Соавт.: Куприянова И.Е.

526. Привязанность, зависимость, симбиоз. Там же: 126–144. Соавт.: Белокрылова М.Ф.

527. Страницы истории Сибирской психиатрии. Там же: 147–153.

528. Этюды о сне. Томск : Изд-во ТГУ, 1998: 246. Соавт.: Красноперов О.В., Бабушкина Л.В.

529. Условия формирования симбиотических отношений в семье. Психическое здоровье детей и подростков. Томск, Кемерово, 1998: 8–12. Соавт.: Белокрылова М.Ф.

530. Психологические аспекты психического здоровья учащихся начальных классов. Там же: 22–25. Соавт.: Гушенец М.В., Стоянова И.Я

531. Рефлексотерапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 26–29. Соавт.: Запускалова Е.Г.

532. Детская психиатрия и психопатология. Там же: 49–53. Соавт.: Куприянова И.Е.

533. Инициальные пограничные нервно-психические расстройства у населения экологически неблагополучных территорий. Там же: 94–97. Соавт.: Рудницкий В.А., Аксенов М.М.

534. Формирование опийной наркомании в Сибири. Там же: 97–103. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И. и др.

535. Возрастные аспекты клиники и психотерапии истерической болезни. Там же: 103–114.

536. Направления работы психологической службы в школе. Там же: 120–122. Соавт.: Стоянова И.Я.

537. Опыт применения препарата «финлепсин-ретард 200» у больных алкоголизмом с коморбидным травматическим поражением головного мозга. Экология и психическое здоровье. Кемерово, Томск, 1998: 36–39. Соавт.: Бохан Н.А.

538. Методические подходы к изучению сочетанного применения фармако- и психотерапии у больных с пограничными расстройствами. Там же: 180–183. Соавт.: Куприянова И.Е., Якутенок Л.П. и др.

539. Применение иммунокорректирующих препаратов в комплексном лечении ликвидаторов аварии на ЧАЭС с затяжными формами пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 264–266. Соавт.: Рудницкий В.А., Аксенов М.М. и др.

540. Программы психологической коррекции супружеских семей больных алкоголизмом. Там же: 270–275. Соавт.: Бохан Н.А., Пивоварова Л.Ф. и др.

541. Принципы мониторинга транскультуральной психиатрии. Научно-организационные основы психиатрической и психологической помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока: Материалы конф. Сургут, Томск, 1998: 34–40. Соавт.: Галактионов О.К.
542. Эффективность дифференцированных психопрофилактических программ в амбулаторной практике Лейпцига. Там же: 61–67. 7. Даубер К., Мантлер В.
543. Новая организационная форма превентивной психиатрической помощи. Там же: 78–80. Соавт.: Потапкин И.А., Шеметова Л.Я.
544. Преморбид больных алкоголизмом с коморбидной черепно-мозговой травмой: Особенности и прогностическое значение. Там же: 123–125. Соавт.: Бохан Н.А., Агарков А.П.
545. Экологическая психиатрия и общество: региональные аспекты. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1998; 3: 7–11.
546. Клинико-эпидемиологические исследования при патохарактерологических расстройствах у подростков с нарушениями поведения. Там же: 50–53. Соавт.: Дроздовский Ю.В., Аксенов М.М.
547. Технологические основы превентивной психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1998; 4: 7–10.
548. К истории Томской окружной психиатрической лечебницы. Там же: 35–48. Соавт.: Агарков А.П., Семин И.Р.
549. Психиатрическая наука в Сибири: итоги и перспективы. Там же: 48–53. Соавт.: Бохан Н.А.
550. К истокам психоанализа в Сибири. Там же: 151–152.
551. К истории учения о наследственности и возрождении при душевных заболеваниях. Там же: 153–154.
552. Новые подходы к оценке экономической эффективности пограничной психиатрической помощи. Там же: 160–163. Соавт.: Ермолаев Л.М.
553. Rehabilitation of protracted neurotic states. Book of abstracts. VI World Congress of World Association for psychosocial rehabilitation. May 2–5, 1998: 71. Соавт.: Aksyonov M.M.
554. UHF prevention of relapses of complicated forms of alcohol of patients with borderline. Там же: 74. Соавт.: Bokhan N., Mandel A., Agarkov A.
555. Pharmacological and psychotherapeutic rehabilitation disorders. Там же: 76. Соавт.: Kupriyanova I.E., Aksyonov M.M. и др.
556. Methodological bases of rehabilitation of patients with borderline disorders in region of Siberia and Far East. Там же: 81. Соавт.: Stepanova L.A., Kupriyanova I.E. и др.
557. Valeopsychology as a scientific-technological basis of preventive psychiatry. Там же: 83.
558. Therapeutic possibilities of Cassadan by borderline disorders. European neuropsychopharmacology. Athens, Greece, 1998: 29. Соавт.: Aksyonov M., Kupriyanova I. и др.
559. Application of lexilium in outpatient practice. Там же: 13. Соавт.: Kupriyanova I., Maltseva S. и др.
560. Finlepsin-retard in clinic of borderline states. Там же: 34. Соавт.: Aksyonov M.M., Kupriyanova I.E. и др.
561. Отношение к семейным проблемам в супружеской семье больного алкоголизмом. Реабилитация в психиатрии. Томск, 1998: 134–135. Соавт.: Пивоварова Л.Ф., Стоянова И.Я.
562. Комплекс реабилитационных мероприятий при лечении ликвидаторов аварии на ЧАЭС с пограничными нервно-психическими расстройствами. Там же: 157–159. Соавт.: Рудницкий В.А., Аксенов М.М.

563. Соматические расстройства в клинике пограничной нервно-психической патологии. Там же: 165–166. Соавт.: Дорохова Т.А., Гарганеева Н.П.

564. Терапевтические возможности кассадана в клинике пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 166–168. Соавт.: Куприянова И.Е., Аксенов М.М. и др.

565. Роль реконструктивной психотерапии в реабилитации больных с психосоматическими расстройствами. Там же: 168. Соавт.: Куприянова И.Е., Якутенок Л.П. и др.

566. К проблеме формирования неадаптивного поведения у ликвидаторов аварии на ЧАЭС и возможностей его психотерапевтической коррекции. Там же: 168–169. Соавт.: Ошаев С.А., Стоянова И.Я.

567. Принципы реабилитации и психопрофилактики психовегетативных расстройств у больных неврозами. Там же: 197–199. Соавт.: Харитонов С.В., Аксенов М.М. и др.

568. Коррекция психопатического поведения у личностей шизоидного склада с различным конституциональным морфофенотипом. Там же: 44–46. Соавт.: Головин О.Д., Павлова О.А.

569. Охрана психического здоровья людей – стратегия XXI века. Социум современности и психическое здоровье. Новокузнецк, Томск, 1998: 3–4.

570. Ранняя реабилитация больных основными формами неврозов с применением метода гештальттерапии. Там же: 133–137. Соавт.: Снигирева Г.Я.

571. Особенности свойств бензодиазепиновых рецепторов больных алкоголизмом. Там же: 163–168. Соавт.: Шушпанова Т.В., Бохан Н.А.

572. Астеническая психопатия. Клинико-динамический и конституционально-биологический аспекты. Акт. вопр. пограничных и аддитивных состояний. Томск, Барнаул, 1998: 42–43. Соавт.: Головин О.Д., Корнетов Н.А.

573. Терапия тревожных состояний. Там же: 92–95. Соавт.: Куприянова И.Е.

574. Кассадан в терапии пограничных нервно-психических расстройств с выраженными симптомами тревоги. Там же: 97–99. Соавт.: Куприянова И.Е., Аксенов М.М.

575. К вопросу о связи педагогической деятельности с развитием пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 115–116. Соавт.: Павлова О.А., Головин О.Д.

576. Пограничные расстройства, сформировавшиеся у лиц, подвергшихся воздействию малых доз радиации. Там же: 132–134. Соавт.: Рудницкий В.А., Аксенов М.М. и др.

577. Исторические и современные парадигмы пограничной психиатрии. Там же: 141–147.

578. К поиску новых парадигм превентивной психиатрии: решение проблемы на рубеже веков. Там же: 147–151.

579. Предварительные результаты апробации препарата эмпетрин. Там же: 151–152. Соавт.: Куприянова И.Е., Краснов Е.А.

580. Особенности вегетативного тонуса у больных неврозами (экологический аспект). Там же: 172–173. Соавт.: Харитонов С.В., Аксенов М.М. и др.

581. Психодиагностика цветопредпочтением у больных неврозами с психовегетативным синдромом. Там же: 173–174. Соавт.: Харитонов С.В., Тайченачев М.А.

582. Раннее выявление, клиника и профилактика расстройств психического здоровья у научных работников: Метод. рекомендации. Томск, 1998: 25. Соавт.: Потапкин И.А., Ситдилов З.А. и др.

583. Принципы организации медико-генетической помощи при психических расстройствах: Метод. рекомендации. Томск, 1999: 15. Соавт.: Гуткевич Е.В.

584. Психическое здоровье женщин: проблемы и решения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999; 1: 7–12.
585. Качество жизни как критерий психического здоровья женщин. Там же: 37–40. Соавт.: Куприянова И.Е., Трусов В.Б.
586. Клинико-патодинамические закономерности женского алкоголизма и проблема реабилитации репродуктивной функции. Там же: 16–21. Соавт.: Аккер Л.В., Бохан Н.А.
587. Предболезненные расстройства психического здоровья у женщин, занятых научной работой, и их социально-трудовая адаптация. Там же: 44–47. Соавт.: Ситдилов З.А., Потапкин И.А.
588. Клинико-патогенетический аспект истерических состояний. Там же: 49–50. Соавт.: Перчаткина О.Э.
589. Психофармакология: новые перспективы (обзор статей 3-й регион. конф. Европейского колледжа по нейропсихофармакологии, Греция, Афины, 2–4 апреля 1998 г.). Там же: 72–75. Соавт.: Куприянова И.Е.
590. Конверсионные расстройства и неразрешенные конфликты детства. Там же: 76–77. Соавт.: Мальцева Н.Ю., Мучник М.М.
591. К психоаналитическому пониманию конверсионных проявлений при истерии. Там же: 78–81. Соавт.: Мучник М.М., Мальцева Н.Ю.
592. Особенности психотерапевтической работы с женщинами в условиях социального кризиса. Там же: 83–85. Соавт.: Куприянова И.Е., Якутенок Л.П. и др.
593. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции. Сообщение 2 (Обзор материалов X конгресса Всемирной Ассоциации психиатров). Там же: 98–101. Соавт.: Куприянова И.Е.
594. Медико-социальные и педагогические аспекты труда учителя. Там же: 103–104. Соавт.: Павлова О.А., Головин О.Д.
595. Изучение клинико-динамических и диагностических особенностей у больных истерическим неврозом в системе гештальт-модели. Там же: 104–106. Соавт.: Снигирева Г.Я.
596. Фармакотерапия и психотерапия в контексте социальной психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999; 2–3: 5–10.
597. Роль психосомнологических соотношений в патогенезе неврозов и аддитивных состояний. Там же: 11–13. Соавт.: Красноперов О.В.
598. Экономические аспекты деятельности психиатрической службы на современном этапе. Там же: 21–26. Соавт.: Ермолаев Л.М.
599. Основы совершенствования организационной структуры ранней психопрофилактики. Там же: 36–41. Соавт.: Ермолаев Л.М., Цариковский В.Я.
600. Клиническая характеристика психовегетативного синдрома у больных неврозами. Там же: 41–43. Соавт.: Харитонов С.В., Аксенов М.М. и др.
601. Способ коррекции психопатий у шизоидных личностей сочетанной психотерапией с учетом конституциональных особенностей. Там же: 76–78. Соавт.: Головин О.Д.
602. Психонейроиммунное взаимодействие как основа для поиска новых методов лечения в психиатрии. Там же: 78–79. Соавт.: Невидимова Т.И., Найденова Н.Н. и др.
603. Динамические эффекты действия лития и ингибиторов обратного захвата 5-НТ на периферическую серотонинергическую систему. Там же: 89–90. Соавт.: Языков К.Г., Корнетов Н.А. и др.
604. Нейромедиаторные и гормональные показатели у больных неротическими и аффективными расстройствами в процессе фармакотерапии. Там же: 91–93. Соавт.: Иванова С.А., Ветлугина Т.П.

605. Коррекция функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы: диагностические ориентиры. Там же: 131–132. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П.
606. Влияние психотропных средств на окислительный метаболизм ксенобиотиков в печени человека. VI Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 1999: 108. Соавт.: Новожеева Т.П., Канов Е.В. и др.
607. Профилактика гипербилирубинемии (ГИБ) новорожденных антиконвульсантами-ми-индукторами монооксигеназ печени. Там же: 109. Соавт.: Новожеева Т.П., Саратиков А.С.
608. Психическое здоровье женщин. Проблемы и решения. Положение женщин на рынке труда. Проблемы. Опыт. Решение: Материалы регион. научно-практ конф. Томск, 1999: 26–33.
609. Психическое здоровье женщин в условиях социального кризиса. Там же: 94–95. Соавт.: Куприянова И.Е., Якутенок Л.Я. и др.
610. Оценка и динамика социальной адаптации при шизофрении. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., 1999: 221–227. Соавт.: Логвинович Г.В., Семке А.В.
611. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999: 153. Соавт.: Бохан Н.А., Галактионов О.К.
612. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во ТГУ, 1999: 396.
613. Алкоголизм при преморбидной соматической патологии. Владивосток: Агентство «Время, ЛТД», 1999: 250. Соавт.: Шорин В.В., Галактионов О.К.
614. Quality of life in borderline neuromental diseases. Schizophrenia and borderline disorders. Berlin, 1999: 72. Соавт.: Kupriyanova I.E., Trusov V.B.
615. Cultural aspects of psychoanalytical dynamics in Russia. Там же: 73. Соавт.: Muchnik M.M.
616. The effects of ethanol on the synaptic contacts of the organotypic culture of the rat cerebral cortex. Neurobiologiae experimentalis. Warsaw, Poland. 1999; 59: 3. Соавт.: Melnikova T.N.
617. Borderline neuromental disorders shaping under conditions of oecological trouble. The global information network and the future of psychiatry and medicine. Vancouver, Canada, 1998: 63.
618. Women's mental health in Siberia in the period of economic crisis. Там же: 39. Соавт.: Kupriyanova I., Aksyonov M. и др.
619. Ethnarcological problems at the indigenous population of Northern Asia. Tenth International Congress on Circumpolar Health. Anchorage, Alaska, USA, 1996: 386.
620. Valeopsychology as a scientific technological basis of preventive psychiatry. VI World Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation. Hamburg, Germany, 1998: 42.
621. Rehabilitation of protracted neurotic states. Там же: 11. Соавт.: Aksyonov M.M.
622. UHF prevention of relapses of complicated forms of alcoholism. Там же: 17. Соавт.: Bokhan N., Mandel A. и др.
623. Pharmacological and psychotherapeutic rehabilitation of patients with borderline disorders. Там же: 33. Соавт.: Kupriyanova I.E., Aksyonov M.M. и др.
624. Methodological bases of rehabilitation of patients with borderline disorders in region of Siberia and Far East. Там же: 36. Соавт.: Stepanova L.A., Kupriyanova I.E.
625. Итоги научной деятельности НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН в 1998–1999 г. и перспективные исследования психического здоровья населения Сибири и Дальнего Востока. Акт. вопр. психиатрии: Материалы IX науч. отчет. сес. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Томск, 1999; 9: 4–8. Соавт.: Бохан Н.А., Куприянова И.Е.

626. Истерические расстройства: клинико-генеалогическое исследование истерии. Там же: 36–38. Соавт.: Макарова Е.В., Гуткевич Е.В.,
627. Изучение взаимодействия сенсорных и иммунной систем. Там же: 38–40. Соавт.: Неведимова Т.И., Найденова Н.Н. и др.
628. Пограничные нервно-психические расстройства у пострадавших при инциденте, произошедшем в Томском высшем военном училище. Там же: 44–45. Соавт.: Ошаева Н.М., Епанчинцева Е.М.
629. Типология истерических состояний: клинико-динамический аспект. Там же: 50–51. Соавт.: Перчаткина О.Э.
630. Некоторые психологические характеристики пациентов, переживших экстремальные ситуации. Там же: 51–53. Соавт.: Стоянова И.Я., Епанчинцева Е.М.
631. Динамическая изменчивость психофизиологических признаков при психической дезадаптации. Там же: 69–72. Соавт.: Языков К.Г., Макарова Е.В.
632. Эффективные методы терапии аддитивных расстройств с использованием энтеросорбента СУМС-1. Там же: 110–114. Соавт.: Бохан Н.А., Ветлугина Т.П. и др.
633. Адаптация больных в ремиссиях при алкоголизме, ассоциированном с травматическим поражением головного мозга. Там же: 137–139. Соавт.: Бохан Н.А.
634. Этнопсихология и этнопсихиатрия: стратегия в XXI веке. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999; 4: 4–9.
635. Региональные и этнокультуральные особенности пограничных состояний (клинико-биологический, социально-психологический и превентивный аспекты). Там же: 9–12. Соавт.: Аксенов М.М., Потапкин И.А. и др.
636. Взаимосвязь соматической патологии, вторичной иммунологической недостаточности, пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов аварии на ЧАЭС. Там же: 31–34. Соавт.: Гарганеева Н.П., Волкова Е.М. и др.
637. Проблемы дифференциальной диагностики и коморбидности функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы. Там же: 47–58. Соавт.: Белокрылова М.Ф.
638. Клиническая динамика пограничных нервно-психических расстройств в процессе терапии кассаданом. Там же: 59–62. Соавт.: Куприянова И.Е.
639. Психофармакология и психотерапия: взаимодействие или противопоставление. Там же: 62–64. Соавт.: Куприянова И.Е., Макарова Е.Н.
640. Психологическая защита и психотерапевтическая тактика пациентов с язвенной болезнью. Там же: 64–66. Соавт.: Дорохова Т.А., Стоянова И.Я.
641. Психическое и соматическое здоровье у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Там же: 32–34. Соавт.: Гарганеева Н.П., Рудницкий В.А. и др.
642. Социальная психиатрия: путь в новое тысячелетие. Сибирский медицинский журнал. 1999; 1–2 (14): 5–16.
643. Психическое здоровье населения Томской области. Томск, 1999: 73. Соавт.: Агарков А.П., Артемьев И.А. и др.
644. Психическое и соматическое здоровье у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Урал атомный, Урал промышленный: Тез. докл. на седьмом международном экологическом симпозиуме. Екатеринбург: Институт промышленной экологии УрО РАН, 1999: 32–34. Соавт.: Гарганеева Н.П., Рудницкий В.А.
645. Психологические критерии качества жизни в условиях социального кризиса. Качество – стратегия XXI века: Материалы IV Международной научно-практ. конф. Томск, 1999: 119–121. Соавт.: Куприянова И.Е., Трусов В.Б.
646. Оценка качества жизни в современной психологии и психиатрии. Там же: 121.
647. Az alkoholhelyzet es az addiktologiai szolgalat sziberiaban. Magyar Addiktologiai Tarsasag III. Orszagos Kongresszusa. Balatonfured, 1999: 35–36. Соавт.: Bokhan N.

648. Психосоматические проблемы у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Гигиена труда, окружающей среды, профилактика профессиональной и общей заболеваемости в ведущих отраслях промышленности: Материалы республиканской научно-практ конф., посвящ. 70-летию Центра. Екатеринбург, 1999: 70–73. Соавт.: Гарганеева Н.П., Рудницкий В.А.

649. Реалии и перспективы этнопсихологии и этнопсихиатрии. Транскультуральная психиатрия и психология. Владивосток, Томск, 1999: 12–16.

650. Транскультуральная психиатрия в аспекте психиатрической превенции. Там же: 16–19.

651. О перспективах развития транскультуральных исследований в регионе Сибири и Дальнего Востока (структура Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов). Там же: 19–27. Соавт.: Галактионов О.К.

652. Популяционные исследования архаических форм психологической защиты. Там же: 74–76. Соавт.: Стоянова И.Я., Куприянова И.Е. и др.

653. Социально-психологические аспекты экспектации и реабилитации участников ликвидации аварии на ЧАЭС. Там же: 86–87. Соавт.: Стоянова И.Я., Ошаев С.А.

654. Клиническая динамика акцентуаций характера как варианта патохарактерологических расстройств у подростков с нарушениями поведения. Медицина на рубеже веков: Сб. тр., посвящ. 70-летию юбилею муниципальной клин. б-цы № 2 г. Новокузнецка. Новокузнецк, 1999: 301–305. Соавт.: Дроздовский Ю.В., Аксенов М.М.

655. Социально-психологические аспекты и этапы формирования психопатий у подростков. Компл. гигиен. исследования на пороге XXI века: Сб. науч. тр. НИИ КПП и ПП СО РАМН. Новокузнецк, 1999: 154–159. Соавт.: Дроздовский Ю.В., Аксенов М.М.

656. Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы. Критерии диагностики. Progress in Biomedical Research. Erlangen, Nurnberg, 1999; 4 (1): 33. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф.

657. Психофармакотерапия и детоксицирующая функция печени: предварительные результаты и перспективы исследований. Тез. докл. VII Рос. Нац. конгресса «Человек и лекарство». М., 2000: 428–429. Соавт.: Канов Е.В., Новожеева Т.П. и др.

658. Биораспределение антиконвульсанта галодида в сопоставлении с его ферментиндуцирующим действием у крыс. Там же: 428. Соавт.: Канов Е.В., Новожеева Т.П. и др.

659. Особенности структуры синапсов и свойств синаптосомальных бензодиазепиновых рецепторов в онтогенезе мозга человека в норме и при алкоголизации матери. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2000; Приложение. 1: 18–21. Соавт.: Солонский А.В., Шушпанова Т.В. и др.

660. Бензодиазепиновые транквилизаторы и окислительный метаболизм ксенобиотиков в печени человека in vivo. Там же: 35–38. Соавт.: Канов Е.В., Новожеева Т.П. и др.

661. Изучение взаимодействия сенсорных и иммунной систем в процессе релаксации. Там же: 44–47. Соавт.: Невидимова Т.И., Найденова Н.Н. и др.

662. Фармакологическая модель анализа взаимодействия нервной и иммунной систем. Там же: 47–49. Соавт.: Ветлугина Т.П., Иванова С.А. и др.

663. Clinical and immunological effects of cassadan. European neuropsychopharmacology. The journal of the european college of neuropsychopharmacology. St.Petersburg, Russia. April 15–16, 2000: 3.24. Соавт.: Bokhan N., Vetlugina T. и др.

664. New approaches to the treatment of anxiety and depression with fragrances. Там же: 6.47. Соавт.: Nevidimova T., Popova E. и др.

665. Валеопсихология семьи в аспекте психологического консультирования. Консилиум. 2000; 4 (14): 40–41. Соавт.: Стоянова И.Я.

666. Медико-генетическая помощь при психических расстройствах. Там же: 52–53. Соавт.: Гуткевич Е.В.
667. Психоанализ семейных отношений при шизофрении. Там же: 54–55. Соавт.: Мучник М.М., Семке А.В.
668. Транскультуральные аспекты детско-подростковой психиатрии. Там же: 60–61. Соавт.: Дашиева Б.А.
669. У последней черты. Перспективы медико-психологической помощи семьям пациентов с нарушениями психического здоровья. Сибирский капитал – региональная экономическая газета. Новосибирск, 2000; 8 (30): 7. Соавт.: Стоянова И.Е.
670. Медико-генетическая помощь при психических расстройствах. Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы: Материалы I регион. научно-практ. конф. Томск, 2000: 35–38. Соавт.: Гуткевич Е.В.
671. Валеология семьи. Там же: 100–103.
672. Социально-психологические факторы, способствующие нарушению психического здоровья у работников образования. Там же: 103–105.
673. Пограничные нервно-психические расстройства у работников образования (клинико-динамические и реабилитационные аспекты): Метод. рекомендации. Томск, 2000: 19. Соавт.: Павлова О.А., Головин О.Д. и др.
674. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000; 1: 4–9.
675. К оценке психогенных факторов в генезе посттравматических стрессовых расстройств. Там же: 14–16. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Гарганеева Н.П.
676. Алкоголизм и наркомании в Сибири: пути преодоления. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000; 2: 4–8.
677. Модуляция этанолом индукции цитохрома Р-450 лекарственными препаратами: возможное значение для экологии человека. Там же: 14–17. Соавт.: Канов Е.В., Новожеева Т.П. и др.
678. Правовые аспекты хирургической коррекции психических расстройств. Там же: 52–54. Соавт.: Завьялова Н.Е., Луцик А.А. и др.
679. Психологические характеристики больных наркоманиями. Там же: 56–62. Соавт.: Мандель А.И., Бохан Н.А. и др.
680. Возможности комплексной психотерапии больных опийной наркоманией. Там же: 68–71. Соавт.: Мазурова Л.В., Мандель А.И. и др.
681. Микроволновая резонансная терапия при экзогенно-органическом поражении головного мозга. Там же: 88–89. Соавт.: Сапрыкина Н.Б., Бохан Н.А. и др.
682. Психокоррекционная работа при опийной наркомании: Метод. рекомендации. Томск, Барнаул, 2000: 52. Соавт.: Пивоварова Л.Ф., Бохан Н.А. и др.
683. Дефекты характера. Лекции. Приложение. Барнаул, 2000: 63.
684. Психоанализ больных шизофренией. Акт. пробл. совр. психиатрии и психотерапии. Новосибирск, 2000: 9. Соавт.: Мучник М.М.
685. Аспекты психического и соматического здоровья ликвидаторов аварии на ЧАЭС. II Международный симпозиум «Контроль и реабилитация окружающей среды». Томск, 2000: 19–24. Соавт.: Рудницкий В.А., Гарганеева Н.П.
686. Оценка детско-родительских отношений в семьях больных с функциональными кардиоваскулярными расстройствами. Совр. подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Материалы конф. СПб., 2000: 273–274. Соавт.: Белокрылова М.Ф.
687. Семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям и функциональные кардиоваскулярные расстройства у мужчин. Акт. вопр. кардиологии: Тез. докл. Томск, 2000: 16–17. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П. и др.

688. Коморбидность ишемической болезни сердца и психических расстройств у больных с гиперлипидемией и другими факторами атерогенеза. Там же: 32–33. Соавт.: Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф. и др.

689. Место кватрала в комплексной психотропной терапии у больных язвенно-эрозивными гастродуоденальными заболеваниями, коморбидными с психическими расстройствами. Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 2000: 21–22. Соавт.: Гарганеева Н.П., Новожеева Т.П.

690. Изучение язвенно-эрозивных гастродуоденальных заболеваний и пограничной психопатологии в зависимости от пола и структуры личности пациентов. Там же: 96–97. Соавт.: Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф. и др.

691. Психофармакотерапия и детоксицирующая функция печени: предварительные результаты и перспективы исследований. Поиск, разработка и внедрение новых лекарственных средств и организационных форм фарм. деятельности: Материалы междунар. научно-практ. конф. Томск, 2000: 161. Соавт.: Канов Е.В., Шушпанова Т.В. и др.

692. Результаты апробации препарата эмпетрин при пограничных и аддиктивных состояниях. Там же: 167–168. Соавт.: Куприянова И.Е., Бохан Н.А. и др.

693. Методологическая стратегия апробации новых лекарственных средств. Там же: 182–181.

694. Психовисцеральные ощущения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000; 3: 48–51. Соавт.: Харитонов С.В.

695. О коморбидности патических и шизотипических расстройств. Там же: 116–117. Соавт.: Погосова И.А.

696. Представление знаний в обучении психиатрии. Пробл. организационной психиатрии (XIII съезд психиатров России). М., 2000: 18. Соавт.: Карась С.И., Семин И.Р.

697. Транскультуральные проблемы современной психологии и психиатрии. Там же: 33.

698. К проблеме коморбидности язвенно-эрозивных гастродуоденальных заболеваний и психических расстройств. Там же: 76. Соавт.: Гарганеева Н.П.

699. Клинико-генеалогическое исследование истерии. Там же: 86. Соавт.: Макарова Е.В., Гуткевич Е.В.

700. Использование азафена и вальпроата натрия в лечении пациентов с шизоидным расстройством личности. Там же: 177. Соавт.: Головин О.Д.

701. Психотропные препараты: влияние на иммунитет в клинике психических расстройств. Там же: 182. Соавт.: Иванова С.А., Ветлугина Т.П.

702. Антikonвульсант галодиф подавляет влечение к этанолу в эксперименте. Там же: 280. Соавт.: Шушпанова Т.В., Канов Е.В. и др.

703. Взаимодействие сенсорных и иммунной систем в клинике и терапии психических расстройств. Там же: 366. Соавт.: Невидимова Т.И., Попова Е.Н. и др.

704. Problems of conceptualisation and assessment in psychiatry. Madness, science and Society Florence, renaissance 2000. Organised by The Italian Society for Psychopathology and The Philosophy Group of The Royal College of Psychiatrists. Firenze, 2000. Соавт.: Stoyanova I., Bokhan N. и др.

705. Общий психосоматический синдром. Барнаул, Томск, 2000: 109. Соавт.: Харитонов С.В., Покачалова В.Н.

706. Труд, психогении и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000; 4: 4–7.

707. Тревожные расстройства у детей и подростков: взгляд на проблему. Там же: 13–16. Соавт.: Левина И.Л.

708. Эффективность микроволновой резонансной терапии в лечении больных с аффективными расстройствами экзогенно-органического генеза. Там же: 74–76. Соавт.: Сапрыкина Н.Б., Бохан Н.А.

709. К вопросу о состоянии здоровья педагогов: психосоматические проблемы. Общественное здоровье и организация мед. помощи на рубеже веков. Томск, 2000: 276–279. Соавт.: Гарганеева Н.П., Павлова О.А.

710. Истерические расстройства – генетические исследования. Совр. подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний (Юбилейная конференция). СПб., 2000: 75. Соавт.: Гуткевич Е.В., Макарова Е.В. и др.

711. Изучение возрастной психологии как путь к осознанию психотерапевтом своей идентичности. Психол. и психиатр. пробл. клин. медицины: Сборник, посвящ. 100-летию СПбГМУ им. И.П.Павлова. СПб., 2000: 194–196. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П.

712. Психокоррекционная работа с супружескими семьями больных алкоголизмом: Метод. рекомендации. Томск, Барнаул, 2000: 18. Соавт.: Пивоварова Л.Ф., Бохан Н.А. и др.

713. Психокоррекционная работа при опийной наркомании: Метод. рекомендации. Томск, Барнаул, 2000: 52. Соавт.: Пивоварова Л.Ф., Бохан Н.А. и др.

714. Проблемы детско-родительских отношений, выявляющиеся при семейном консультировании. Психосоматические нарушения на рубеже II–III тысячелетия. Владивосток, Томск, 2000: 27–29. Соавт.: Стоянова И.Я., Ошаева Н.М., Ошаев С.А.

715. Аддиктивная личность в зеркале персонологии. Наркология. 2000: 27–34.

716. Влияние оригинального противосудорожного препарата галодиф на алкогольную мотивацию у крыс Вистар. Бюл. Эксперим. биологии и медицины: Сб. науч. тр. .. М., 2001; Приложение 1: 30–33. Соавт.: Шушпанова Т.В., Канов Е.В. и др.

717. Интерферон и другие цитокины при основной нервно-психической патологии. Там же: 85–87. Соавт.: Найденова Н.Н., Невидимова Т.И. и др.

718. Исследование метаболизма при шизофрении: различия в активности изоферментов лактатдегидрогеназы лейкоцитов, ассоциированные с полом. Там же: 85–87. Соавт.: Жанков А.И., Теровский С.С. и др.

719. Психиатрическая и психотерапевтическая помощь: проблемы технизации. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 1 (19): 48.

720. Особенности адаптации лиц, перенесших длительное стрессогенное воздействие. Там же: 80–85. Соавт.: Ошаев С.А., Стоянова И.Я. и др.

721. Предуктал в схеме психотропной терапии психических расстройств у больных ишемической болезнью сердца. VIII Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2001: 95. Соавт.: Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф. и др.

722. Галодиф – новый противопохмельный препарат. Там же: 113. Соавт.: Новожеева Т.П., Шушпанова Т.В. и др.

723. Роль H_2 -блокаторов гистаминовых рецепторов в комплексной психофармакотерапии психосоматических расстройств в гастроэнтерологической практике. Там же: 163. Соавт.: Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф. и др.

724. Методологические проблемы системного анализа психосоматических заболеваний. Психосоматические расстройства: системный подход: Материалы Всерос симп.. Курск, 2001: 13–19. Соавт.: Гарганеева Н.П., Леонов В.П.

725. Ретроспективный анализ внутрисемейного взаимодействия и его влияния на формирование функциональных кардиоваскулярных и психопатологических расстройств. Там же: 34–38. Соавт.: Белокрылова М.Ф.

726. Современные технологии психологического и психиатрического сервиса. Совр. технологии психиатр. и нарколог. сервиса. Томск, 2001 (2): 6–10.

727. Ретроспективная оценка детско-родительских отношений: взаимосвязь с клиническими особенностями пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 19–20. Соавт.: Белокрылова М.Ф.

728. Технология лечения алкоголизма, сочетанного с травматическим органическим поражением головного мозга. Там же: 21–22. Соавт.: Бохан Н.А.

729. Наркологический мониторинг в системе профилактики аддиктивного поведения. Там же: 24–26. Соавт.: Воеводин И.В., Бохан Н.А.

730. Тактика противозависимого лечения и психофармакотерапия психосоматических расстройств. Там же: 26–28. Соавт.: Гарганеева Н.П., Новожеева Т.П.

731. Котерапевтическая психосоматическая группа как модель психосоматического подхода в медицине. Там же: 34–35. Соавт.: Дорохова Т.А., Байкова Е.С.

732. Типология и систематика посттравматических стрессовых расстройств. Там же: 36–38. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

733. Реабилитационные программы специализированной помощи комбатантам. Там же: 38–40. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Яхно Д.И.

734. Технология оказания специализированной помощи комбатантам. Там же: 40–42. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Агарков А.П., Глотова Г.В.

735. Особенности работы с переносом и контрпереносом при психоаналитической психотерапии больных шизофренией. Там же: 77–78. Соавт.: Мучник М.М., Семке А.В.

736. Технология феноменологической оценки панических расстройств. Там же: 87–88. Соавт.: Погосов И.А., Погосов А.В.

737. Модель медико-социально-психологической службы для учащихся начального профтехобразования. Там же: 88–90. Соавт.: Попова Н.М., Якутенко Л.П.

738. Технология КВЧ-терапии в коррекции органических тревожных расстройств. Там же: 102–103. Соавт.: Сапрыкина Н.Б., Бохан Н.А.

739. Служба охраны психического здоровья газодиков – новая модель превентивного психиатрического сервиса в промышленной медицине. Там же: 103–104. Соавт.: Селезнев С.Б., Улезко А.В., Бучин В.Н.

740. Клиническая персонология как научно-технологический базис коррекции личностных девиаций. Там же: 108–110.

741. Технология диагностики психогений на современном этапе развития общества. Там же: 110–112.

742. Транскультуральные проблемы психического здоровья – научно-технические решения и перспективы. Там же: 112–114.

743. Сопоставление этнокультуральных технологий в современной транскультуральной персонологии и психотерапии. Там же: 114–117. Соавт.: Семке А.В.

744. Технология систематики, диагностики, динамики и терапии общего психосоматического синдрома. Там же: 133–134. Соавт.: Харитонов С.В., Покачалова В.Н.

745. Геронтологическая служба – новая модель специализированной психопрофилактической помощи людям пожилого возраста. Там же: 138–140. Соавт.: Шеметова Л.Я., Потапкин И.А.

746. Программа комплексной реабилитации больных наркоманиями. Новые формы организации психиатр. помощи и сервиса. Томск, Барнаул, 2001: 27–30. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И.

747. Современные технологии в организации психиатрической помощи. Там же: 55–59. Соавт.: Ермолаев Л.М., Трешутин В.А.

748. Межведомственный центр психического здоровья – новая форма превентивного психиатрического сервиса. Там же: 131–134. Соавт.: Потапкин И.А.

749. Систематика и типология донозологических состояний в психиатрии. Там же: 139–141.

750. Личность (нормальная и патологическая) в фокусе общественной жизни. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 2 (20): 4–10.

751. Клинико-иммунологические аспекты острой, подострой и хронической интоксикации серосодержащими газами у работников газовой промышленности. Там же: 16–19. Соавт.: Селезнев С.Б., Бочановский В.А. и др.

752. Психическое здоровье участников педагогического процесса (клинический и организационный аспекты). Там же: 22–26. Соавт.: Шеметова Л.Я., Яныгин Е.В.

753. Персонологический уровень качества жизни. Там же: 29–30. Соавт.: Куприянова И.Е., Казенных Т.В.

754. Эпидемиологические и клинико-динамические аспекты состояния психического здоровья населения территории промышленного освоения Астраханского газоконденсатного месторождения. Там же: 39–42. Соавт.: Селезнев С.Б., Лазарев А.А. и др.

755. Социальная дезадаптация больных с психопатологическими проявлениями рефлекторного синдрома позвоночной артерии при многоуровневом остеохондрозе позвоночника. Там же: 61–62. Соавт.: Шаркова С.В.

756. Роль профессиональных вредностей и психоэмоционального напряжения в развитии вторичной иммунной недостаточности. Медицинская иммунология. 2001; 3 (2): 291. Соавт.: Карась И.Ю., Васильева О.А.

757. К вопросу о психических расстройствах, развивающихся у больных туберкулезом легких при лечении циклосерином. Туберкулез. 2001: 13–19. Соавт.: Ярош О.А., Барнашов А.В. и др.

758. Effekt psychotropic drugs on immunocompetent cells of patients with affective and neurotik disorders. The World Journal of Biological Psychiatry. World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 7 World Congress of Biological Psychiatry. Berlin, Germany, 2001; 2: 605. Соавт.: Ivanova S., Kornetov N.

759. Immunological disturbances in Chernobyl atomik power station accident liguidators with mental disorders. Там же: 2245. Соавт.: Vetlugina T., Bokhan N., Volkova E.

760. Immunocorrection in rehabilitation therapeutic resistant schizophrenic patients. Там же: 2255. Соавт.: Nikiforova O., Pereveznyuk A.

761. Psychopharmacotherapy and liver detoxifying function: Preliminary results and perspectives. Там же: 2515. Соавт.: Kanov E., Shushpanova T. и др.

762. Chandes of synaptik strukture in somatosensory cortex of alcohol – preferring rats. Там же: 2745. Соавт.: Melnikova T.

763. Ethanol can modulate liver cytochrome P-450 induction: Possible significance for psychiatry and human ecology. Там же: 2765. Соавт.: Shushpanova T., Kanov E., Kupriyanova I., Bokhan N.

764. Analysis of histrionic personality characteristics in families. Там же: 3705. Соавт.: Makarova E.

765. Психотерапия – против наркотиков. Медицинский вестник (Российская врачебная газета). Июль 2001; 21:1.

766. Клиническая персонология. Томск: МГП «РАСКО», 2001: 374.

767. Привязанность. Зависимость. Симбиоз. Томск: МГП «РАСКО», 2001: 104. Соавт.: Белокрылова М.Ф.

768. Психотерапевтическая динамика в аналитической группе. Томск: Изд-во «РАСКО», 2001: 155. Соавт.: Мучник М.М., Семке А.В.

769. Основы персонологии. М., 2001: 476.

770. Предисловие. Акт. вопр. психиатрии и наркологии. Томск, 2001; 10: 3.

771. Итоги научных исследований НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН за 1998–2000 гг. Там же: 4–8. Соавт.: Бохан Н.А., Куприянова И.Е.

772. Региональные особенности пограничных состояний. Там же: 9–10. Соавт.: Аксенов М.М., Ветлугина Т.П.

773. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных, получавших амбулаторную помощь в 1986–2000 гг. Там же: 52–53. Соавт.: Куприянова И.Е., Мальцева С.Н., Якутенок Л.П.

774. Исторические расстройства – психогенетические исследования черт темперамента и личности. Там же: 57–59. Соавт.: Макарова Е.В., Языков К.Г., Гуткевич Е.В.

775. Клиническая динамика психопатологических нарушений при вертеброгенном рефлекторно-ангиоспастическом синдроме позвоночной артерии. Там же: 100–101. Соавт.: Шаркова С.В.

776. Программа психологической поддержки пациентам, страдающим шизофренией, и их родственникам. Там же: 118–119. Соавт.: Головаха Н.Э., Горбачевич Л.А., Юровская Е.М.

777. КВЧ-терапия как способ естественного восстановления нарушенных функций и снижения дозы фармакопрепаратов. Там же: 215–216. Соавт.: Сапрыкина Н.Б., Бохан Н.А., Агарков А.П., Кушкина Н.К.

778. Психические расстройства у больных мультирезистентным туберкулезом легких – лечение по программе DOTS-PLUS. Там же: 215–216. Соавт.: Ярош О.А., Ярош Н.Б. и др.

779. Немецко-русский психиатрический словарь / Под редакцией. Томск, 2001: 83. Соавт.: Залевская Е.И.

780. Диагностические критерии функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы: Метод. рекомендации. Томск, 2001: 20. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Аксенов М.М.

781. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск, 2001: 162. Соавт.: Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В.

782. Научно-организационные принципы превенции аддиктивных состояний в регионе Сибири и Дальнего Востока. Труды II съезда врачей Сибири. Томск, 2001: 193–201.

783. Язвенно-эрозивные гастродуоденальные заболевания в клинике пограничных психических расстройств: проблемы коморбидности. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. 2001; XI (5): 18. Соавт.: Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф.

784. Психическое здоровье населения в 21 веке – оценка и прогнозы. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 3 (21): 4–9.

785. Вклад ученых НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН в психиатрическую науку. Там же: 9–13. Соавт.: Бохан Н.А.

786. Психосоматический аспект изучения пограничных состояний. Там же: 16–18. Соавт.: Аксенов М.М., Ветлугина Т.П., Белокрылова М.Ф. и др.

787. Клиническая психонейроиммунология на современном этапе. Там же: 34–37. Соавт.: Ветлугина Т.П.

788. Влияние психотропных препаратов на фармакометаболизирующую функцию печени у больных с пограничной патологией. Там же: 39–47. Соавт.: Шушпанова Т.В., Куприянова И.Е. и др.

789. Логическое моделирование взаимосвязи артериальной гипертензии и психических расстройств. Кардиология: эффективность и безопасность диагностики лечения: Тез. докл. Рос. Нац. конгресса кардиологов. М., 2001: 89. Соавт.: Гарганеева Н.П., Леонов В.П., Тетенев Ф.Ф.

790. Липиды, ишемическая болезнь сердца и психические расстройства. Там же: 169. Соавт.: Канская Н.В., Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф.

791. Типы иммунного статуса у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде после катастрофы. Иммунология. 2001; 4: 54–56. Соавт.: Ветлугина Т.П., Волкова Е.М., Бохан Н.А.

792. Качество жизни как интегративное отражение терапевтического процесса. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: Сб. науч. тр. СПб., 2001; СХХVII: 335–345. Соавт.: Куприянова И.Е.

793. Психическое здоровье и кризисные ситуации. Новые технологии и комплексные решения: наука, образование, производство: Материалы конф. Анжеро-Судженск, 2001; IV: 89–90. Соавт.: Куприянова И.Е.

794. Научно-организационные принципы превенции аддиктивных состояний в регионе Сибири и Дальнего Востока. Тр. второго съезда врачей Сибири. Томск, 1999: 193–200.

795. Качество жизни: аспекты адаптации. Качество – стратегия XXI века: Материалы VI Междунар. научно-практ. конф. Томск, 2001: 116–117. Соавт.: Куприянова И.Е., Казенных Т.В.

796. Типология и клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов. Рос. психиатр. журнал. 2001; 5: 19–22. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

797. Язвенно-эрозивные гастродуоденальные заболевания в клинике пограничных психических расстройств: проблемы коморбидности. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. 2001; XI (5); Прил. 15: 18. Соавт.: Тетевнев Ф.Ф., Гараганеева Н.П.

798. Обоняние, психическое здоровье, иммунитет. Стресс и поведение: Материалы VI Междунар. Междисциплин. конф. М., 2001: 38–39. Соавт.: Невидимова Т.И.

799. Здоровье человека в кризисных ситуациях. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 4 (22): 4–9.

800. К вопросу о психических расстройствах, развивающихся у больных туберкулезом легких при лечении циклосерином. Там же: 37–39. Соавт.: Ярош О.А.

801. Патокинез аффективных и диссомнических нарушений под воздействием микроволновой резонансной терапии осложненной алкогольной зависимости. Там же: 52–56. Соавт.: Бохан Н.А., Глазырина Н.И.

802. Механизмы психологической защиты в контексте изменения социокультурных условий. Там же: 77–81. Соавт.: Стоянова И.Я., Красноперова Н.Ю., Ошаев С.А.

803. Взгляд на проблему русского менталитета в историко-этнологическом освещении. Там же: 81–85.

804. Социогении и психическое здоровье населения в кризисных ситуациях. Психиатрия и общество: Сб. науч. работ. М., 2001: 137–143. Соавт.: Куприянова И.Е.

805. Клинико-патогенетическая характеристика психической патологии в кризисных ситуациях. Там же: 174–183. Соавт.: Волкова Е.М., Епанчинцева Е.М., Ветлугина Т.П., Стоянова И.Я.

806. Клинико-динамические особенности и терапия психопатологических нарушений при синдроме позвоночной артерии у больных многоуровневым остеохондрозом позвоночника: Метод. рекомендации для психиатров, невропатологов, врачей-интернов. Томск, Новокузнецк, 2001: 24. Соавт.: Шаркова С.В., Бохан Н.А.

807. Валеопсихологические и клинические основы превентивной медицины. Сибирский медицинский журнал. 2001; 3–4 (16): 10–17.

808. Logistische Modellierung der Wechselbeziehung der Arteriellen Hypertonie und Psychischen Storungen. Kongress – 2001 in Verbindung mit dem 2. Deutschen Psychiatertag (24.11.2001) und der DGPPN – Akademie fur Fort-und Weiterbildung. Berlin, 2001: 395. Соавт.: Garganeyewa N., Leonow V.

809. Семейная терапия в реабилитации наркологических больных. Соц. и психол. аспекты семьи. Владивосток, 2001: 56–60. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И. и др.

810. Проблемы детско-родительских отношений, выявляющиеся при семейном консультировании. Там же: 401–403. Соавт.: Стоянова И.Я., Ошаева Н.М. и др.

811. Сравнительное исследование детско-родительских отношений в семьях больных с кардиофобическими расстройствами. Там же: 565–569. Соавт.: Белокрылова М.Ф.

812. Особенности групповой психоаналитической психотерапии при шизофрении и шизотипическом расстройстве: Метод. рекомендации. Томск, 2001: 22. Соавт.: Семке А.В., Мучник М.М.

813. Личность и аддиктивное состояние. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002; 1 (23): 7–14.

814. Психофизиологические и интеллектуально-личностные последствия радиационного воздействия. Там же: 67–76. Соавт.: Макашов С.Н.

815. Влияние транквилизатора кассадана на иммунокомпетентные клетки в эксперименте. IX Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2002: 175. Соавт.: Иванова С.А., Ветлугина Т.П.

816. Психотерапия и детоксицирующая функция печени: результаты клинического исследования. Там же: 402. Соавт.: Новожеева Т.П., Канов Е.В. и др.

817. Применение диуретика у больных пограничными психическими расстройствами и артериальной гипертонией. Там же: 403. Соавт.: Гарганеева Н.П., Новожеева Т.П. и др.

818. Предисловие. Этнопсихиатрия и этнонаркология на рубеже веков. Томск, 2002: 3–4.

819. Кросскультуральное сопоставление в персонологическом освещении. Там же: 64–66. Соавт.: Мانتлер В.Н.

820. Транскультуральная психиатрия и психотерапия с позиций клинической персонологии. Там же: 80–89.

821. Шаман: народный целитель или душевнобольной. Там же: 89–96. Соавт.: Семке А.В.

822. Logistische Modellierung der Wechselbeziehung der Arteriellen Hypertonie und Psychischen Störungen. Nervenheilkunde. 2001; 20(Suppl. 3): 109. Соавт.: Garganejewa N., Leonov V.

823. Организационные, клинико-эпидемиологические и реабилитационно-профилактические аспекты охраны психического здоровья работников газовой промышленности. Соц. и клин. психиатрия. 2002; 1 (12): 69–73. Соавт.: Селезнев С.Б., Улезко А.В., Бучин В.Н.

824. Ethnopsychology and Psychotherapy of the West and East: Integration on ideals in the XXIst Century. XII World Congress of Psychiatry. Yokohama, Japan, 2002: 21. Соавт.: Bokhan N., Erdenebayar L., Mantler V. и др.

825. Informative Electromagnetic Therapy of Alcoholism. Там же: 88. Соавт.: Glazyrina N.I.

826. Psychoimmunomodulation in Neurotic Stress-Related Disorders. Там же: 196–197. Соавт.: Ivanova S.A., Vetlugina T.P.

827. Olfaction, Immunity, Mental Health. Там же: 197. Соавт.: Nevidimova T.I., Naydyonova N.N.

828. Preventive Psychiatric Help in Elderly. Там же: 223. Соавт.: Potapkin I.A.

829. Logistic Regression of Link of IHD and Mental Disorders. Там же: 259. Соавт.: Garganeyeva N.P., Leonov V.P., Tetenev F.F.

830. Carbamazepin and Bronchial Asthma. Там же: 259. Соавт.: Potapkin I.A., Baykova E.

831. Body-Built in Dependent Personality Disorder. Там же: 281. Соавт.: Golovin O.D.

832. Clinical-Dynamic Characteristics of Schizophrenia in Siberia. Там же: 295. Соавт.: Rakhmazova L.D., Kupriyanova I.E.

833. К оценке патогенетических факторов посттравматических стрессовых расстройств. Организация психиатр. помощи: Материалы межрегион. научно-практ. конф. (10–11 декабря 2002 г.). Томск, Омск, 2002: 57–60. Соавт.: Епанчинцева Е.М.
834. Коррекция нарушений ликворообращения при посттравматической эпилепсии. Там же: 73–75. Соавт.: Казенных Т.В., Гребенюк В.М.
835. Генетические факторы формирования истерических состояний. Там же: 77–80. Соавт.: Кашаева А.В., Гуткевич Е.В., Языков К.Г.
836. Специализированная психиатрическая помощь в условиях соматической поликлиники. Там же: 106–109. Соавт.: Лебедева В.Ф.
837. Личность в контексте культурологического пространства. Там же: 159–164.
838. Терапия невротических и психосоматических расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002; 2 (24): 7–11.
839. Психосоматические взаимоотношения в персонологии. Там же: 47–55.
840. Психосоматические характеристики пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Там же: 63–66. Соавт.: Стоянова И.Я., Наумова Е.Л., Ошаев С.А. и др.
841. Клинико-психологические особенности при паническом расстройстве и агарофобии. Там же: 80–82. Соавт.: Редчиц О.А., Мальцева Н.Ю.
842. Аддиктивная личность в зеркале персонологии. Наркология. 2002; 1: 27–34.
843. Здоровье личности и психотерапия. Томск, 2002: 609. Соавт.: Семке А.В., Аксенов М.М.
844. Неврологические стили и психологические защиты. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002; 3 (25): 7–12.
845. Гендер как фактор риска развития психодезадаптационных состояний у школьников. Там же: 55–59. Соавт.: Левина И.Л., Стоянова И.Я.
846. Применение сомнола при лечении инсомний в структуре пограничных психических расстройств. Там же: 63–65. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Мальцев В.С. и др.
847. Факторы прогнозирования ишемической болезни сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2-го типа, артериальной гипертензией у пациентов с пограничными психическими расстройствами. Сахарный диабет и сердечно-сосудистая патология: Регион. научно-практ. конф. Томск, 2002. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф.
848. Место психотерапии в социокультурологическом пространстве. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002; 4 (26): 7–12.
849. Партнерство во благо психического здоровья. Там же: 55–59. Соавт.: Куприянова И.Е.
850. Факторы семейного воспитания в генезе нарушений психического здоровья детей и подростков. Там же: 59–63. Соавт.: Левина И.Л.
851. Свободные ассоциации при шизофрении и пограничном расстройстве. Там же: 66–69. Соавт.: Мучник М.М., Райзман Е.М.
852. Ресурсосберегающие технологии в системе оказания психиатрической помощи на региональном уровне, их эффективность. Там же: 91–95.
853. Blutlepid und andere Prognosefaktoren der ischämischen Herzkrankheit bei den Patienten mit psychischen Grenzzuständen. DGPPN-Kongress, Berlin, 2002: 566. Соавт.: Garganeyeveva N., Belokrylova M., Kanskaya N.
854. Коммуникативные отношения в системе «врач-пациент». Акт. пробл. совр. психиатрии и психотерапии. Новосибирск, 2002: 84–88.
855. Патоморфоз опийной наркомании: актуальное значение для реабилитации. Реабилитация в наркологии: Материалы межрегион. научно-практ. конф. Томск, 2002: 63–67. Соавт.: Мандель А.И., Бохан Н.А.
856. Новые формы специализированной помощи населению. Формирование, течение, реабилитация психических и поведенческих расстройств в современных

условиях: Сб. науч. тр. к 110-летию кафедры психиатрии СГМУ. Томск, 2002: 103–105. Соавт.: Куприянова И.Е., Семке В.А., Якутенок Л.П. и др.

857. Превенция расстройств психического здоровья у лиц умственного труда. Там же: 189–192. Соавт.: Ситдииков З.А., Яныгин Е.В., Куприянова И.Е.

858. Динамика нервно-психических расстройств у участников военных действий. Психиатрия чрезвычайных ситуаций: Материалы 14 Кербиковских научных чтений. М., 2002: 82–88. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

859. Предисловие. Психическое здоровье на региональном уровне: проблемы, пути решения. Томск, 2002: 6–8. Соавт.: Голдобина О.А., Трешутин В.А.

860. Патоморфоз опийной наркомании: актуальное значение для реабилитации. Реабилитация в наркологии: материалы межрегион. научно-практ. конф. Томск, 2002: 59–63. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И.

861. Закономерности формирования и особенности конституционально-биологической основы зависимого расстройства личности. Совр. пробл биолог психиатрии и наркологии: Всерос. конф. с междунар. участием. Томск, 2003: 58–59. Соавт.: Головин О.Д.

862. Конституционально-биологические влияния при формирующихся расстройствах личности у подростков с нарушениями поведения. Там же: 75–77. Соавт.: Дроздовский Ю.В., Аксенов М.М., Яровиков П.А.

863. Клинико-иммунологические аспекты посттравматических стрессовых расстройств. Там же: 82–84. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Якутенок Л.П.

864. Стресс контрастного изменения жизни и психическая дезадаптация у жителей Канады – иммигрантов из России. Там же: 88–91. Соавт.: Запускалова Е.Г.

865. Наследуемость личностных особенностей, измеряемых ММРІ, в семьях больных истерическими расстройствами. Там же: 103–104. Соавт.: Кашаева А.В., Гуткевич Е.В.

866. Особенности пограничных нервно-психических расстройств у учащихся системы начального профессионально-технического образования. Там же: 175–176. Соавт.: Пальянова И.А., Попова Н.М., Иванова А.А.

867. Основные принципы терапии истерических состояний. Там же: 176–179. Соавт.: Перчаткина О.Э.

868. Клиническая и нейробиологическая психиатрия в XXI веке. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003; 1 (27): 9–15.

869. Клиническая психонейроиммунология (по результатам исследований в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН). Там же: 15–19. Соавт.: Ветлугина Т.П., Невидимова Т.И., Иванова С.А., Бохан Н.А., Якутенок Л.П.

870. Роль сенсорных систем в формировании и терапии отклоняющегося поведения и иммунопатологии. Там же: 24–26. Соавт.: Невидимова Т.И., Попова Н.М., Павлова В.А., Робенкова Т.В.

871. Ресурсосберегающие технологии психиатрической службы и их эффективность. Соц. и клин. психиатрия. М., 2003; 1 (13): 108–110. Соавт.: Голдобина О.А., Трешутин В.А.

872. Моральная и экономическая цена депрессий. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003; 2 (28): 9–13.

873. Депрессивные расстройства – «неинфекционная эпидемия» XXI века. Там же: 14–17. Соавт.: Корнетов Н.А.

874. Комплексные целевые программы – значимая составляющая профилактического принципа в системе оказания психиатрической помощи на региональном уровне. Там же: 30–32. Соавт.: Трешутин В.А., Голдобина О.А., Нарожнов В.Д., Трибунский С.И.

875. От этиопатогенеза к терапии и психологической реабилитации онкобольных. Там же: 117–121. Соавт.: Чойнзонов Г.Ц., Якимова М.А. и др.
876. Реалии и перспективы транскультуральной наркологии. Наркология. 2003; 1: 44–48.
877. Предисловие. Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения. Томск, 2003: 2.
878. Логистический анализ факторов риска при ишемической болезни сердца. Там же: 66–69. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф.
879. Этнокультуральные проблемы современной психиатрии: региональный аспект. Там же: 225–228. Соавт.: Рахмазова Л.Д., Бохан Н.А.
880. Актуальные задачи психосоциальной психиатрии в восточном регионе России. Там же: 243–249.
881. Персонологический анализ творчества В.М. Шукшина. Там же: 249–255.
882. Укрепление психического здоровья подрастающего поколения сибиряков. Там же: 255–260.
883. Оценка психического состояния и качества жизни онкобольных. Там же: 288–291. Соавт.: Якимова М.А., Чойнзонов Е.Ц., Куприянова И.Е. и др.
884. Социальные аспекты психического здоровья учителей. Там же: 291–293. Соавт.: Яныгин Е.В., Куприянова И.Е.
885. Программно-целевое планирование работы психиатрической службы как важнейший компонент обеспечения усиления роли здравоохранения в формировании психического здоровья населения на региональном уровне. Вopr. ментальной медицины и экологии. 2003; 1 (IX): 35–38. Соавт.: Голдобина О.А., Трешутин В.А.
886. Панические расстройства (клиника, факторы риска, лечение). Томск: Изд-во ТГУ, 2003: 178. Соавт.: Погосова И.А., Погосов А.В.
887. Методологические основы формирования здоровой и больной личности. Совр. аспекты терапии и профилактики нервно-псих. расстройств: Сб. материалов, посвящ. памяти Л.П.Яцкова. Владивосток: Дальнаука, 2003: 9–18.
888. Клиника и превенция личностных расстройств в детско-подростковом возрасте. Там же: 160–168.
889. Новые позиции в превентивной психиатрии. Там же: 168–170. Соавт.: Куприянова И.Е., Семке В.А. и др.
890. Психотерапия и психокоррекция аддиктивного поведения. Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте. Томск: ТГУ, 2003: 85–90.
891. Социально-педагогические аспекты психического здоровья личности. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003; 3 (29): 7–12.
892. Онтогенетические, социально-психологические и превентивные аспекты изучения пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 12–16. Соавт.: Аксенов М.М., Ветлугина Т.П. и др.
893. Онтогенетическая клиническая динамика типологических вариантов астенического расстройства личности. Там же: 56–62. Соавт.: Головин О.Д.
894. Научно-организационные основы оказания психиатрического сервиса в восточном регионе России. Аффективные и шизоаффективные расстройства: Материалы Рос. конф. М., 2003: 273–274.
895. Итоги научной деятельности ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН за 2002–2003 гг. Акт. вopr. психиатрии и наркологии: Материалы XI науч. сес. ГУ НИИ ПЗ ТНЦ, посвящ. 400-летию г. Томска. Томск, 2003; 11: 5–15. Соавт.: Бохан Н.А., Казенных Т.В.
896. Опыт терапии психосоматических расстройств в Межведомственном центре психического здоровья. Там же: 26–28. Соавт.: Байкова Е.С., Куприянова И.Е. и др.

897. Особенности терапии лиц с астеническим расстройством личности. Там же: 34–38. Соавт.: Головин О.Д.

898. Типологические разновидности реакций при астеническом расстройстве личности. Там же: 38–40. Соавт.: Головин О.Д.

899. Организация свойств личности пациентов с пограничными расстройствами и их родственников. Там же: 49–51. Соавт.: Кашаева А.В., Гуткевич Е.В.

900. Принципы оказания специализированной психиатрической помощи больным с психическими расстройствами в условиях соматической поликлиники. Там же: 53–54. Соавт.: Лебедева В.Ф.

901. Комплексный подход в исследовании пищевой аддикции. Там же: 61–63. Соавт.: Марков А.А., Куприянова И.Е., Ротов А.В.

902. Семья как источник психогении у учащихся системы начального профессионально-технического образования. Там же: 76–78. Соавт.: Пальянова И.А.

903. Клинико-эпидемиологическое исследование пограничных нервно-психических расстройств среди учащихся системы начального профессионально-технического образования. Там же: 82–84. Соавт.: Пальянова И.А., Попова Н.М.

904. Проблемы дифференциальной оценки психовегетативных синдромов в структуре ишемической болезни сердца. Рос. Нац. конгресс кардиологов «От исследований к стандартам лечения»: Материалы конгр. Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». 2003; 3 (2): 78–79. Соавт.: Гарганеева Н.П.

905. Специализированная психиатрическая помощь лицам пожилого возраста в условиях городской поликлиники. Медицина в Кузбассе. Пробл. медицины и психиатрии: Материалы Всерос. научно-практ. конф. «Акт. вопр. охраны псих. здоровья населения промышленно развитых регионов России». 2003; 3: 31–32. Соавт.: Лебедева В.Ф., Семке В.Я.

906. New organising form of mental health care of the participants of pedagogical process. Diagnosis in psychiatry. Integrating the science. Vena, 2003: 203. Соавт.: Semke V.Ya., Kupriyanova I.E.

907. Поведенческие и пограничные психические расстройства у подростков. Томск, 2003: 180. Соавт.: Рыбалко М.И., Кузенкова Н.Н., Трешутин В.А.

908. Экология и психическое здоровье. Окружающая среда и экология Сибири, Дальнего Востока и Арктики: Материалы II междунар конф. Томск, 2003: 55–57.

909. Сексуальные дисфункции в структуре «истерической болезни». Сексология и сексопатология. 2003; 8: 17–23.

910. Психотерапия в Сибири: взгляд из прошлого в будущее. Бюл. сибирской медицины. 2003; 3: 18–24.

911. Тенденции состояния психического здоровья населения крупного агропромышленного региона. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003; 12: 42–45. Соавт.: Голдобина О.А., Трешутин В.А.

912. Качество жизни человека – стратегия персонологии XXI века. Клин. и социально-психолог. аспекты качества жизни психоневрологических больных в совр. обществе: сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. СПб., 2003: 183–185.

913. К истории развития психотерапевтической мысли в Сибири. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003; 4 (30): 7–14.

914. Функциональное состояние лектатдегидрогеназы лейкоцитов у больных с расстройством адаптации в процессе лечения. Там же: 14–17. Соавт.: Кусков М.В.

915. Экология и здоровье. Там же: 21–26.

916. Особенности психотерапии суицидального поведения. Там же: 55–57. Соавт.: Панченко Е.А.

917. Организационные формы психиатрической помощи пациентам соматической сети. Там же: 84–87. Соавт.: Лебедева В.Ф.

918. Терапевтические и реабилитационные аспекты психосоматических расстройств. Там же: 87–92. Соавт.: Куприянова И.Е., Якутенок Л.П. и др.
919. Психические расстройства при эпилепсии: клинический и реабилитационный аспекты: Пособие для врачей, ординаторов, интернов. Томск, 2004: 45. Соавт.: Казенных Т.Г.
920. Психокоррекция аддиктивного поведения в современных условиях. Наркология. 2004; 1: 52–55.
921. Транскультурология и здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004; 1 (31): 7–12.
922. Психическое здоровье детей и подростков: транскультуральные исследования. Там же: 42–47. Соавт.: Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.
923. Поэзия и проза индустриальной психиатрии Сибири. Там же: 65–68.
924. Здоровье современного общества. Совр. аспекты охраны псих. здоровья. Владивосток, 2004: 5–10.
925. Проблема вторичной иммунной недостаточности при психических расстройствах. Там же: 26–27. Соавт.: Ветлугина Т.П.
926. Формирование психосоматических соотношений при сахарном диабете 2 типа. Там же: 30–32. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. и др.
927. Астеническое расстройство личности. Конституционально-биологические, клинико-динамические и психофармакологические аспекты. Там же: 35–37. Соавт.: Головин О.Д.
928. Систематика и типология пограничных нервно-психических расстройств у участников военных действий. Там же: 49–52. Соавт.: Епанчинцева Е.М.
929. Преморбидные особенности подростков как фактор риска развития пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 117–118. Соавт.: Пальянова И.А., Попова Н.М.
930. Психическое здоровье населения Сибири: проблемы и перспективы. Там же: 167–171.
931. Поиск новых парадигм превентивной медицины и психотерапии. Психотерапия. 2004; 1: 7–12.
932. Старые и новые проблемы коррекции «болезней личности». Психотерапия. 2004; 2: 2–9.
933. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема. Клиническая медицина. 2004; 1 (82): 35–41. Соавт.: Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф., Леонов В.П.
934. Psychotropic medicines: influence on the immune system in vivo and in vitro. Психофармакология и биол. наркология. 2004; 2–3: 691–692. Соавт.: Ivanova S., Vetlugina T.
935. Isoenzymes activity of laktatedehydrogenase of leukocytes in patients with adjustment disorder in the process of the treatment. Там же: 694. Соавт.: Kuskov M.
936. Фундаментальные медицинские исследования как база новых технологий для здравоохранения. Науч. достижения и опыт клин. исследований в психиатрии: материалы научно-практ. конф. Томск, 2004: 5–7.
937. Изучение активности и скрытой активности изоферментов лактатдегидрогеназы лейкоцитов от больных с расстройством адаптации в процессе лечения. Там же: 101–106. Соавт.: Кусков М.В.
938. Клинические особенности и терапия психических расстройств, обусловленных соматической патологией, в условиях территориальной поликлиники. Там же: 107–111. Соавт.: Лебедева В.Ф.
939. Психогении в структуре психосоматических расстройств. Там же: 168–172.
940. Оценка эффективности психотерапии и повышения «качества жизни». Психотерапия. 2004; 4: 20–26.

941. Актуальные проблемы пограничной онкопсихиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004; 2 (32): 7–12.

942. К проблеме нарушений пищевой поведения. Там же: 23–27. Соавт.: Куприянова И.Е., Дашиева Б.А. и др.

943. Распространенность и структура формирующихся расстройств личности у подростков с нарушениями поведения. Там же: 31–35. Соавт.: Дроздовский Ю.В., Аксенов М.М.

944. Пограничные нервно-психические расстройства при бронхиальной астме. Там же: 70–74. Соавт.: Куприянова И.Е., Байкова Е.С.

945. Аффективные расстройства. Региональный аспект. Томск, 2004: 228. Соавт.: Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г.

946. Роль и место психотерапии в клинике эндогенных расстройств (взгляд из прошлого в настоящее). Акт. пробл. совр. психиатрии и психотерапии: Тез. докл. межрегион. конф. Новосибирск, 2004: 118–128.

947. Похвальное слово наставничеству. Психиатрическая служба Алтайского края: исторический аспект, перспективы развития. Барнаул, 2004: 3–14.

948. Методологические подходы к изучению психогений современного общества. Акт. вопр. психиатрии и наркологии: Материалы межрегион. научно-практ. конф. Сибири и Дальнего Востока. Томск, Красноярск, 2004: 5–10.

949. Психокоррекция конфликтных семейных отношений. Там же: 13–17. Соавт.: Авдеев Л.Н., Лебедева В.Ф.

950. Изучение функционального состояния мембран клеток крови от больных с расстройствами адаптации в процессе лечения. Там же: 96–100. Соавт.: Кусков М.В., Теровский С.С.

951. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся неблагоприятным экологическим воздействиям (ликвидаторов аварии на ЧАЭС). Там же: 156–160. Соавт.: Рудницкий В.А.

952. Технология превентивных исследований на выявление аффективной патологии. Там же: 165–168.

953. Превентивные и информационные технологии психиатрического сервиса – важнейшие составляющие, обеспечивающие усиление роли здравоохранения в формировании психического здоровья населения и повышение эффективности психиатрической службы. Сибирский мед. журнал. 2004; 4 (18): 5–8. Соавт.: Голдобина О.А.

954. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004; 3 (33): 7–14.

955. Социальные проблемы психического здоровья детей. Там же: 14–15. Соавт.: Россман Д., Карпак Т. и др.

956. Игровая компьютерная психотерапия как новая форма психотерапевтической работы с воспитанниками детдома. Там же: 77–79. Соавт.: Трусов А.Б., Трусов Ю.Б., Трусова Т.П., Аксенов М.М.

957. Знаменитые психиатры второй половины XX века. Там же: 117–123.

958. Аффективные расстройства невротического круга. Соц. и клин. психиатрия. 2004; 3: 101–107. Соавт.: Аксенов М.М., Платонов Д.Г.

959. Клиническая психонейроиммунология. Журнал неврологии и психиатрии. 2004; 7(104): 75–76. Соавт.: Ветлугина Т.П., Невидимова Т.И., Иванова С.А., Бохан Н.А.

960. Медико-генетические основы превентивной психиатрии. Томск, 2004: 316. Соавт.: Гуткевич Е.В.

961. Охрана психического здоровья подрастающего поколения (региональный аспект). Томск, 2004: 166. Соавт.: Агарков А.А., Логунцова О.Н.

962. Охрана психического здоровья подрастающего поколения – стратегия XXI века. Психические нарушения в детско-подростковом возрасте (клинико-терапевтические и социально-реабилитационные аспекты). Томск, 2004: 5–7.

963. Структура девиантного и делинквентного поведения при формирующихся расстройствах личности у подростков. Там же: 84–86. Соавт.: Дроздовский Ю.В., Аксенов М.М., Яровиков П.А.

964. Эмоционально-личностные особенности подростков с противоправным поведением. Там же: 174–176. Соавт.: Бохан Н.А., Жукова И.А. и др.

965. Психическое здоровье воспитанников детского дома. Там же: 176–178. Соавт.: Трусов А.Б., Трусова Т.П., Аксенов М.М.

966. Факторы прогнозирования сахарного диабета 2 типа у пациентов с психическими расстройствами невротического и аффективного спектра. Материалы Всерос. научно-практ. конф. памяти проф. А.И. Белкина. М., 2004: 34–37. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. и др.

967. Гормоны стресса и иммунитета в клинике невротических расстройств. Там же: 53–55. Соавт.: Иванова С.А., Ветлугина Т.П.

968. Апоптоз иммунокомпетентных клеток и субпопуляции лимфоцитов при психических расстройствах. Метаболические механизмы иммунореактивности: Материалы Всерос. научно-практ. конф. Красноярск, 2004: 29–31. Соавт.: Иванова С.А., Ветлугина Т.П.

969. Изучение скрытой активности изоферментов лактатдегидрогеназы иммунитов лиц с расстройствами адаптации в процессе лечения. Там же: 111–113. Соавт.: Кусков М.В.

970. Quality of life of the man – strategy of persponology of the XXlth century. 28th International Congress of Psychology. Abstract Book. Beijing, China. 2004: Item 5138.6.

971. Complx approach toward research of eating disorder. Там же: Item 5138.96. Соавт.: Markov A.A., Kupriyanova I.E., Rotov A.V.

972. Ранняя диагностика и клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств: Метод. кекомендации. Томск, 2004: 28. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Аксенов М.М. и др.

973. Клинико-динамическая оценка посттравматических стрессовых состояний. Медицина в Кузбасе. 2004; 10: 23–26. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

974. Терапия и превенция кризисных состояний. Там же: 77–81. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Аксенов М.М.

975. Психиатрия кризисных ситуаций. Там же: 81–85.

976. Истерические состояния. Клинико-генетический и реабилитационный аспекты: Метод. рекомендации. Томск, 2004: 21. Соавт.: Перчаткина О.Э., Гуткевич Е.В. и др.

977. The Interdepartmental Mental Health Center as a new model of specialised extramural preventive service. World Psychiatric Association. International Congress «Treatments in Psychiatry: an Update». Florence, Italy, 2004. Absracts: PO3.119. P. 335. Соавт.: Kupriyanova I.E., Sitdikov Z.A. et al.

978. Patterns of reaction to the diagnosis of cancer. Там же: PO3.45. P. 319.

979. Клиническая генетика истерии. Генетика человека и патология: Сб. науч. тр. Томск, 2004; 7: 211–217. Соавт.: Гуткевич Е.В., Перчаткина О.Э., Кашаева А.В.

980. Психическое здоровье детей и подростков в Сибири. Научные основы охраны здоровья детей: Сб. материалов XIV сес. РАМН, посвящ. 60-летию РАМН, М., 2004: 104–109.

981. Качество жизни и психическое здоровье. Томск, 2004: 120. Соавт.: Куприянова И.Е.

982. Расстройства невротического и аффективного спектра в генезе артериальной гипертензии. Сибирский медицинский журнал. 2004; 4: 13–18. Соавт.: Гарганеева Н.П., Лебедева В.Ф.

983. Influence of pharmacotherapy on fas-receptors and spontaneous apoptosis of lymphocytes in patients with depressive disorders. 17th ECNP Congress. Stockholm, Sweden, 2004. Соавт.: Ivanova S.A., Vetlugina T.P., Rakitina N.M., Chernykh E.I., Simutkin G.G.

984. Психогенные расстройства у осужденных в процессе до- и послетестового консультирования на ВИЧ. Акт. пробл. профилактики ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Минюста России: Сб. материалов научно-практ. семинара. Томск, 2004: 25–32. Соавт.: Диденко А.В.

985. Душевные кризисы и их преодоление. Томск, 2004: 204. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

986. Psychotropic drugs and homeostatic systems: mechanism of psychoneuroimmunomodulation. European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. Abstracts of the 8th ECNP Regional Meeting. Moscow, Russia, 2005: 127. P1.045. Соавт.: Ivanova S.A., Vetlugina T.P., Bokhan N.A.

987. Возрастные особенности пароксизмальных состояний у детей и подростков (клинический и реабилитационный аспекты): Пособие для врачей, ординаторов, интернов / Под редакцией. Томск, 2005: 45. Соавт.: Казенных Т.В.

988. Предисловие. Региональные аспекты оказания медико-психологической помощи. Томск, Кемерово, 2005: 5–7.

989. Психологические аспекты женщин с предраковыми заболеваниями молочной железы. Там же: 12–14. Соавт.: Бехер О.А., Куприянова И.Е., Слонимская Е.М.

990. Pica, anxiety and addiction: mechanisms and therapy. European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. Abstracts of the 8th ECNP Regional Meeting. Moscow, Russia, 2005: 282. P6.032. Соавт.: Nevidimova T., Bokhan N.

991. Клинические особенности и терапия психических расстройств, обусловленных соматической патологией в условиях территориальной поликлиники. Регион. аспекты оказания медико-психолог. помощи. Томск, Кемерово, 2005: 77–81. Соавт.: Лебедева В.Ф.

992. Закономерности формирования расстройств личности эмоционально-неустойчивого типа. Там же: 109–111. Соавт.: Рыбалко М.И., Образцов С.В.

993. Психосоматические проблемы в практике клинического психолога. Там же: 112–116.

994. Influence of alcohol dependence on oxidative metabolism of xenobiotics in humans. European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. Abstracts of the 8th ECNP Regional Meeting. Moscow, Russia, 2005: 299. P6.064. Соавт.: Novozheyeva T.P., Shushpanova T.V., Gorbatshevich L.A., Lebedeva V.F., Kupriyanova I.E., Aksynov M.M.

995. Здоровье личности в психотерапии. Акт. пробл. совр. психиатрии и психотерапии: Тез. научно-практ. конф. «Психическое здоровье в XXI веке». Новосибирск, 2005: 6–14. Соавт.: Аксенов М.М., Семке А.В., Перчаткина О.Э.

996. Теоретико-методологические основы в кризисологии. Там же: 193–200.

997. Пограничная геронтопсихиатрия. Томск, 2005: 282. Соавт.: Одарченко С.С.

998. Challenges to building national mental health programs. Psychiatrists and Healers: Unwitting Partners. A Challenge for Transcultural Psychiatry in Times of Globalization. Symposium. May 18–21, 2005. Quito, Equador www.runajambi.net/TPS-Meeting2005.

999. Division of shaman's kamlanie into its constituting phases and identification of purposefulness of his actions. Psychiatrists and Healers: Unwitting Partners. Там же www.runajambi.net/TPS-Meeting2005. Соавт.: Tolstobrova S.V.

1000. Экология и пограничные нервно-психические расстройства. Акт. пробл. клин., соц. и воен. психиатрии: Материалы конф. СПб., 2005: 27. Соавт.: Рудницкий В.А.

1001. Тревожные и депрессивные расстройства в клинической картине ишемической болезни сердца у больных с дислипидемией: кластерный анализ взаимосвязи. Там же: 45. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Глушенко Т.Э.

1002. Реабилитационные программы специализированной помощи участникам боевых действий. Там же: 46–47. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

1003. Психосоматические соотношения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Там же: 55–56. Соавт.: Костин А.К.

1004. Психонейроиммуномодуляция при психической дезадаптации. Бюл. сибирской медицины: Тез. докл. V Сибирского съезда физиологов. 2005; 1 (4): 94. Соавт.: Ветлугина Т.П., Бохан Н.А. и др.

1005. Этические проблемы психиатрии и психотерапии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005; 2 (36): 7–13.

1006. Использование показателей агрегатного состояния гомогената лейкоцитов для оценки адаптационных возможностей организма у больных с невротическими расстройствами. Там же: 19–23. Соавт.: Кусков М.В., Иванова С.А. и др.

1007. Клинико-патогенетические факторы при формирующихся расстройствах личности у подростков с нарушениями поведения. Там же: 26–29. Соавт.: Дроздовский Ю.В., Аксенов М.М. и др.

1008. Психологические характеристики переработки травматического события у пациентов с ПТСР. Там же: 76–80. Соавт.: Стоянова И.Я., Ошаев С.А.

1009. Финансовая зависимость от супруга как фактор риска возникновения проблемных отношений в семье. Там же: 84–87. Соавт.: Авдеенок Л.Н.

1010. Роль физиогенных факторов в генезе пограничных расстройств. Там же: 119–121. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Гарганеева Н.П.

1011. Системный подход к охране психического здоровья населения на региональном уровне. Там же: 131–133. Соавт.: Голдобина О.А., Трешутин В.А.

1012. Иммунобиологические исследования невротических расстройств: механизмы психонейроиммуномодуляции. Бюл. сибирской медицины: Тез. докл. V Сибирского съезда физиологов. 2005; 1 (4): 97. Соавт.: Иванова С.А.

1013. Аспекты психосоматических соотношений при сочетанном течении заболеваний ЖКТ. Там же: 176. Соавт.: Костин А.К., Гарганеева Н.П. и др.

1014. Психопатологические расстройства при сочетанном течении язвенной болезни и синдрома раздраженного кишечника. Психиатр. асп. общемедицинской практики: сб. тез. научно-практ. конф. 2005: 134–135. Соавт.: Костин А.К., Гарганеева Н.П. и др.

1015. Динамика психического состояния больных ишемической болезнью сердца, перенесших аортокоронарное шунтирование. Материалы Первого Съезда кардиологов Сибирского федерального округа. Томск, 2005: 20. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П. и др.

1016. Личность в зоне пограничных расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005; 3 (37): 7–11.

1017. Клинические предикторы формирования лекарственной зависимости от барбитуратов у взрослых пациентов с парциальной эпилепсией. Там же: 46–51. Соавт.: Гребенюк О.В., Казенных Т.В. и др.

1018. Клинические особенности психических расстройств у лиц пожилого возраста в общемедицинской практике. Там же: 81–84. Соавт.: Лебедева В.Ф.

1019. Сравнительный анализ взаимосвязи уровня глюкозы крови и психических расстройств. Там же: 95–99. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. и др.

1020. Предисловие. Теория и практика психосоматической медицины. Акт. аспекты психосоматических исследований: Материалы научно-практ. конф. с междунар. участием. Томск, 2005: 5–8.

1021. Итоги научной деятельности ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН за 2004–2005 гг. Акт. вопр. психиатрии и наркологии: Материалы XII науч. отчет. сес. ГУ НИИ ПЗ. Томск, 2005; 12: 5–14. Соавт.: Бохан Н.А., Казенных Т.В.

1022. Нейрофизиологические особенности у пациентов с различными клиническими вариантами астенического расстройства личности. Там же: 28–31. Соавт.: Головин О.Д.

1023. Паттерн соматических заболеваний при различных клинических вариантах астенического расстройства личности. Там же: 43–47. Соавт.: Головин О.Д.

1024. Распространенность, типология, клиническая динамика и фармакотерапия астенического расстройства личности. Там же: 31–33. Соавт.: Головин О.Д.

1025. Психологическая модель травматического стресса на примере посттравматических стрессовых расстройств. Вестник ТГУ. «Психология». 2005; 286: 123–129. Соавт.: Стоянова И.Я., Ошаев С.А.

1026. Синдром раздраженной кишки в терапевтической и психиатрической практике. Акт. аспекты психосоматических исследований: Материалы научно-практ. конф. с междунар. участием. Томск, 2005: 72–78. Соавт.: Карташова И.Г., Гарганеева Н.П.

1027. Некоторые особенности, выявляемые у лиц с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого круга пограничного типа. Там же: 125–128. Соавт.: Образцов С.В., Барантаева Т.Н.

1028. Психотерапия в комплексном ведении психосоматических больных. Там же: 169–172.

1029. Современная технология превенции психических расстройств с помощью функционального питания. Там же: 172–176. Соавт.: Якутенко Л.П., Гуткевич Е.В., Гарганеева Н.П. и др.

1030. Mental health in liquidators of accident on Chernobyl atomic power station. XIII World Congress of Psychiatry. Cairo, Egypt, 2005. Abstracts: P. 645. Item P03.P027. Соавт.: Rudnitsky V.

1031. Study of latent activity of lactatdehydrogenase of leukocytes of patients with adjustment disorder. Там же: 477. Item P01.P047. Соавт.: Kuskov M., Epanchintseva E.

1032. «Family» forms of schizophrenia: communicative and adaptation aspect. Там же: 586. Item P02. P125. Соавт.: Kuleshova N.

1033. Neurotic states: pharmacodynamics and pharmacokinetics aspects. Там же: 273. Item SY062.1. Соавт.: Kupriyanova I.

1034. Interrelation of benzodiazepine receptor system and endocrine system at alcohol abuse. Там же: 274. Item SY062.4. Соавт.: Shushpanova T.

1035. Психосоматические аспекты синдрома раздраженного кишечника. Сибирский журнал «Гастроэнтерологии и гепатологии». 2005; 19: 127–129. Соавт.: Карташова И.Г., Гарганеева Н.П., Лебедева В.Ф.

1036. Актуальные проблемы психического здоровья детей и подростков: региональные аспекты. Акт. пробл. психиатрии и наркологии Забайкалья: Материалы научно-практ. конф. Чита, 2005: 29–41.

1037. Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддиктивных расстройств. Наркология. 2005; 11: 48–56. Соавт.: Семке А.В.

1038. Психопатологические расстройства в клинической практике синдрома раздраженного кишечника. I Съезд терапевтов Сибири и Дальнего Востока. Новосибирск, 2005: 321–324. Соавт.: Карташова И.Г., Гарганеева Н.П., Лебедева В.Ф.
1039. Истерическая болезнь в социотерапевтическом преломлении. Там же: 650–652.
1040. Современное образование в контексте целостного подхода. Томск, 2005: 237. Соавт.: Быстрова А.Н., Видгоф В.М., Кабрин В.И. и др.
1041. Эмоционально-личностные особенности подростков с противоправным поведением (особенности психологической диагностики): Метод. Рекомендации / Под науч редакцией. М., Кемерово, Томск, 2005: 49. Соавт.: Мандель А.И., Бохан Н.А. и др.
1042. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества. Павлодар, 2005: 260. Соавт.: Россинский Ю.А., Мандель А.И., Алтынбекова Г.И.
1043. Клинико-динамический подход к систематике аддикций. Наркология. 2005; 11: 30–36. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И.
1044. Eating Disorders as Biological Markers of Addiction. 14th European Congress of Psychiatry/ Nice, France. 2006: Item 071. www.kenes.com/aep2006/program/session1.asp. Соавт.: Nevidimova T.I., Kokonova D.N., Bokhan N.A.
1045. Psychotherapy in complex management of psychosomatic diseases. Там же.
1046. Borderline Neuro-Mental Disorders in patients Exposed to Radiation Small Doses Impact. Там же. Соавт.: Rudnitsky V.A.
1047. Psychosocial Stress Factors and Psychopathological Disorders in Development and Prognosis of Somatic Deaseses: An Integrative Approach to Diagnosis and Treearment. Там же. Соавт.: Garganeyeva N.P., Belokrylova M.F., Starik S.Y., Kartashova I.G.
1048. Место психопатологических расстройств в клинике артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца: общие кардиологические и психиатрические расстройства. Кардиопсихиатрия. М., 2006: 13–14. Соавт.: Гарганеева Н.П.
1049. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия. Психическое здоровье. 2006; 1 (1): 32–38. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И.
1050. Нравственность и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006; 1 (39): 8–14.
1051. Социально-демографические особенности и подходы к лечению у пациентов с угрозой потери работы. Там же: 56–58. Соавт.: Боцмановская М.Б., Симуткин Г.Г.
1052. Клинико-психологические эффекты психотерапии невротических расстройств. Там же: 68–72. Соавт.: Кожевников В.Н., Кожевникова Т. А
1053. Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии. Там же: 76–78. Соавт.: Куприянова И.Е.
1054. Творчество, духовность и проблемы психического здоровья. Там же: 78–82. Соавт.: Куприянова И.Е.
1055. Личность и миграция. Там же: 91–94. Соавт.: Иванова М.В.
1056. Духовность в психиатрии (вместо предисловия). Клин. и реабил. аспекты экзогенно-органической патологии головного мозга: Материалы научно-практ. конф. Сибирского федерального округа с междунар. участием. Кемерово, 2006: 5–11. Соавт.: Казенных Т.В.
1057. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний. Наркология. 2006; 1: 60–65. Соавт.: Бохан Н.А., Мандель А.И.
1058. Экзогенно-органические заболевания и психическое здоровье. Комсомольская правда (Кузбасс). 17 марта 2006: 14.

1059. Эмоционально-личностные особенности подростков с противоправным поведением (особенности психологической диагностики): Метод. рекомендации / Научный редактор. М., Кемерово, Томск, 2005: 49. Соавт.: Мандель А.И., Бохан Н.А. и др.

1060. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М., 2006: 513. Соавт.: Цыганков Б.Д., Одарченко С.С.

1061. Оценка апоптоза лимфоцитов и нейтрофилов при психических расстройствах: Учебно-метод. пособие. Томск, 2006: 40. Соавт.: Иванова С.А., Ракитина Н.М.

1062. Жизнь человека в науке. Актовая речь. Томск, 2006: 43.

1063. Патодинамические механизмы формирования «истерической болезни». Патопсихология психических расстройств. Томск, 2006: 111–127.

1064. Роль сенсорных систем в формировании и терапии психических расстройств и иммунопатологии. Там же: 178–188. Соавт.: Невидимова Т.И., Бохан Н.Н., Ветлугина Т.П.

1065. Человек между добром и злом. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006; 2 (40): 7–12.

1066. Новая организационная технология медицинского сервиса: междисциплинарный центр профилактики пароксизмальных состояний. Там же: 106–108. Соавт.: Казенных Т.В., Гребенюк О.В., Алифирова В.М.

1067. Психические расстройства у пациентов соматической клиники. Там же: 113–115. Соавт.: Лебедева В.Ф.

1068. Применение нейрометаболического протектора цитофлавина в терапии пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 101–104. Соавт.: Иванова С.А., Ракитина Н.М., Епанчинцева Е.М. и др.

1069. Новые стратегии и технологии охраны душевного здоровья. Совр. технологии психиатр. и нарколог. сервиса. Томск, 2006; 3: 5–16.

1070. Технология функционального питания в программах ораны психического здоровья. Там же: 54–56. Соавт.: Гуткевич Е.В., Якутенок Л.П. и др.

1071. Искажение гендерной идентичности развития личности как прогностический показатель. Там же: 63–64. Соавт.: Жигинас Н.В.

1072. Активность изоферментов лактатдегидрогеназы лейкоцитов в оценке расстройств адаптации. Там же: 95–96. Соавт.: Кусков М.В.

1073. Интегративная терапия психических расстройств в соматической сети. Там же: 99–101. Соавт.: Лебедева В.Ф.

1074. Влияние семейных взаимоотношений на динамику истерических состояний. Там же: 211–212. Соавт.: Перчаткина О.Э.

1075. Основные принципы терапевтической коррекции истерических состояний. Там же: 127–128. Соавт.: Перчаткина О.Э.

1076. Интегративная медицинская помощь пациентам с пограничными расстройствами. Там же: 151–154. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П. и др.

1077. Технология медико-педагогической реабилитации социального сиротства. Там же: 155–156. Соавт.: Трусов Ю.Б., Трусов А.Б., Трусова Т.П.

1078. Кибернетическая модель адаптации воспитанников детского дома «Надежда». Там же: 173–174. Соавт.: Трусов А.Б., Трусова Т.П.

1079. Применение цитофлавина в комплексном лечении пограничных психических расстройств органического регистра. Там же: 140–141. Соавт.: Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М.

1080. Клиническая персонология как инструмент преодоления агрессии, насилия и духовного терроризма. Там же: 149–150.

1081. Невротические пути агрессии. Кемерово: ОАО «ИПП «Кузбасс», ООО РПК «Радуга», 2006: 208. Соавт.: Платонов Д.Г., Новиков В.Э.

1082. Развитие академической психиатрической науки в Сибири. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006; 3 (42): 7–12.
1083. Клиническая динамика пограничных нервно-психических расстройств. Там же: 13–16. Соавт.: Аксенов М.М., Ветлугина Т.П. и др.
1084. 25 лет пути от иммунологии к клинической психонейроиммунологии. Там же: 32–35. Соавт.: Ветлугина Т.П., Невидимова Т.И. и др.
1085. Генетические исследования психических расстройств в Сибирском регионе. Там же: 40–42. Соавт.: Гуткевич Е.В.
1086. Типы пищевого поведения и клинико-психологические особенности детей и подростков, страдающих ожирением. Там же: 71–74. 5. Самойлова Ю.Г., Кравец Е.Б., Белокрылова М.Ф.
1087. Медицинские и социальные аспекты терапии алкогольной и наркотической зависимостей в пенитенциарных условиях. Там же: 114–117. Соавт.: Бохан Н.А., Гусев С.И. и др.
1088. Экономический эффект от комплексного лечения нервно-психических расстройств у мигрантов. Там же: 120–124. Соавт.: Иванова М.В.
1089. Социально-демографические, преморбидные и клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у безработных, пролеченных в ЦМПП. Там же: 129–130. Соавт.: Боцмановская М.Б.
1090. Психическое здоровье школьников: транскультуральный аспект. Томск, 2006: 151. Соавт.: Куприянова И.Е., Дашиева Б.А.
1091. Психические органические расстройства у пациентов соматической сети. Там же: 75–78. Соавт.: Лебедева В.Ф.
1092. Межведомственный центр психического здоровья – новая форма специализированной помощи. Там же: 91–93. Соавт.: Куприянова И.Е., Семке В.А. и др.
1093. Поведение женщин в ситуации развода. Психокоррекционные аспекты проблемы. Там же: 98–100. Соавт.: Авдеенок Л.Н.
1094. Качество жизни и нервно-психические расстройства. Томск, 2006: 86. Соавт.: Куприянова И.Е.
1095. «Истерическая болезнь»: современные аспекты нозологической специфичности и психосоматических отношений. Психические расстройства в общей медицине. 2006; 1: 16–22. Соавт.: Белокрылова М.Ф.
1096. Клиническая и социально-психологическая характеристика стресс-пунитивного аддиктивного поведения лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами (военная аддикция). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006; Приложение (41): 19–21. Соавт.: Аксенов М.М., Наров М.Ю., Епанчинцева Е.М.
1097. Типологические, клинико-динамические и психофармакотерапевтические особенности астенического расстройства личности. Там же: 80–82. Соавт.: Головин О.Д.
1098. Клиническая динамика расстройств личности поведения у учащихся системы начального профессионально-технического образования. Там же: 206–207. Соавт.: Пальянова И.А.
1099. Динамика посттравматического стрессового расстройства. Там же: 251–253. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Аксенов М.М.
1100. Психофизиологические механизмы саногенеза у пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами под влиянием психотерапии. Там же: 253–255. Соавт.: Кожевников В.Н., Кожевникова Т.А.
1101. Личность психотерапевта при лечении пограничных психических расстройств в позднем возрасте. Там же: 255–256. Соавт.: Одарченко С.С.
1102. Психическое здоровье – основной приоритет XXI столетия. Мониторинг психического здоровья / Под редакцией. Томск, Новокузнецк, 2006: 5–19.

1103. Новые пограничные парадигмы в превентивной психологии и психиатрии. Там же: 161–165. Соавт.: Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М.

1104. Formation of psychosomatic correlations in diabetes mellitus type 2. *Jornal Biological Psychiatry and Psychopharmacology*. 2006; 1 (8): 48–50. Соавт.: Garganeyeva N.P., Belokrylova M.F., Ryabova E.V.

1105. Похвальное слово наставничеству. Очерки истории психотерапии. М., 2006: 161–172.

1106. К истории развития психиатрии в Сибири и на Алтае. Психическое здоровье населения Сибири: клинико-динамические и превентивные аспекты: Материалы конф. Барнаул, Томск, 2006: 3–11. Соавт.: Рыбалко М.И., Неверова Г.Ю.

1107. Организационные подходы к решению проблем охраны психического здоровья населения на региональном уровне. Там же: 170–174. Соавт.: Голдобина О.А., Трешутин В.А.

1108. Организация специализированной помощи больным пароксизмальными состояниями в г. Томске. Там же: 246–249. Соавт.: Казенных Т.В., Гребенюк О.В., Алифиров В.М.

1109. Сравнительная оценка клинических вариантов синдрома раздраженного кишечника у больных с психопатологическими расстройствами невротического и аффективного спектра. Там же: 253–258. Соавт.: Карташова И.Г., Гарганеева Н.П.

1110. Особенности динамики формирования расстройства личности эмоционально-неустойчивого типа. Там же: 368–371. Соавт.: Образцов С.В., Барантаева Т.Н.

1111. Особенности семейной адаптации у больных с истерическими состояниями. Там же: 378–381. Соавт.: Перчаткина О.Э.

1112. Периферические бензодиазепиновые рецепторы тромбоцитов при алкоголизме. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2006; 11: 53–56. Соавт.: Шушпанова Т.В.

1113. Личность в зоне борьбы добра со злом. Агрессия и психическое здоровье Сибири: Материалы конф.). Томск, Новосибирск, 2006: 5–15.

1114. «Агрессивный» инфантилизм как фактор риска развития аддиктивных расстройств. Там же: 22–26. Соавт.: Аксенов М.М., Наров М.Ю.

1115. Медико-социальные аспекты агрессивного поведения у участников военных действий. Там же: 68–74. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

1116. Агрессия и психосоматические нарушения при посттравматических стрессовых расстройствах. Там же: 116–119. Соавт.: Наров М.Ю., Аксенов М.М.

1117. Влияние алкогольного инаркотического опьянения на проявление агрессии и реализацию преступного поведения. Там же: 147–154. Соавт.: Гусев С.И., Снигирева Г.Я., Трифонов О.И.

1118. Среда как инновационно-развивающее качество формирования системы отношения и агрессивности подростка. Там же: 154–159. Соавт.: Жигинас Н.В.

1119. О формировании и динамике невротической агрессии. Там же: 159–166. Соавт.: Платонов Д.Г., Новиков В.Э.

1120. Comorbid interrelations in depressive, addictive and sexual disorders in men. *The Second Dual Congress on «Psychiatry and the Neurosciences»*. Athens, Greece, 2006: 26. Соавт.: Dremov G.D., Bokhan N.A., Schastnyy E.D.

1121. Сексологическое обследование в психиатрической клинике: Метод. рекомендации. Томск, 2006: 33. Соавт.: Дремов Г.Д.

1122. Мир ученого в онтогенетической перспективе. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; 4 (43): 7–12.

1123. Особенности клинических соотношений острой и затяжной реакций на стресс. Там же: 17–21. Соавт.: Наров М.Ю., Аксенов М.М.

1124. Психофизиологические особенности истерических расстройств. Там же: 21–24. Соавт.: Гуткевич Е.В., Перчаткина О.Э.
1125. Социально-психологические и экологические аспекты миграции. Там же: 81–86. Соавт.: Иванова М.В.
1126. Взаимосвязь клинико-биохимических показателей с фенотипом ацетилирования при опиоидной зависимости у коренного населения Северного Китая. Там же: 108–111. Соавт.: Логинов И.П.
1127. Проблема одиночества лиц пожилого возраста. Там же: 115–118. Соавт.: Одарченко С.С.
1128. Особенности сексуальных нарушений у мужчин с ишемической болезнью сердца. Влияние чрескожных интракоронарных вмешательств. Там же: 118–121. Соавт.: Велижанин С.И., Кузнецов В.А.
1129. Сахарный диабет типа 2: коморбидность с непсихотическими психическими расстройствами и прогноз. Психические расстройства в общей медицине. 2006; 2: 4–9. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф.
1130. Персоналогия больного наркоманией. Павлодар, 2006: 231. Соавт.: Россинский Ю.А., Мусабекова Ж.К.
1131. Клиническая эффективность проводимых в территориальной поликлинике реабилитационных программ для больных с психическими расстройствами, коморбидными с соматической патологией. Соц. и клин. психиатрия. 2007; 1 (17): 19–22. Соавт.: Лебедева В.Ф.
1132. Право на жизнь и здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007; 1 (44): 7–13.
1133. Оценка качества жизни больных психическими расстройствами, отягощенными соматической патологией. Там же: 57–59. Соавт.: Лебедева В.Ф.
1134. Ранняя диагностика и психотерапевтическая коррекция ПТСР как профилактика коморбидной алкогольной аддикции у комбатантов. Там же: 69–71. Соавт.: Наров В.Я., Аксенов М.М.
1135. Применение растительного анксиолитического препарата «фито-новоседа» в комплексной терапии психических расстройств пограничного уровня у больных с коморбидной соматической патологией. Там же: 84–88. Соавт.: Гарганеева Н.П., Лебедева В.Ф., Счастный Е.Д. и др.
1136. Новый вклад в трудную проблему (рецензия). Там же: 111–112.
1137. Клинико-эпидемиологическая характеристика коморбидных с соматической патологией психических расстройств у больных территориальной поликлиники. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007; 107: 61–63. Соавт.: Лебедева В.Ф.
1138. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока (мероприятия, посвященные 25-летию института психического здоровья ТНЦ СО РАМН). Там же: 78. Соавт.: Куприянова И.Е., Шушпанова Т.В.
1139. Salvation with art in personological interpretation. 15th AEP Congress, Madrid, 17–21 March 2007, Association of European Psychiatrists, Abstract Book, European Psychiatry, The Journal of the Association of European Psychiatrists: S213 (P395).
1140. Sexual dysfunctions in men with depressive disorders. Там же: S227 (P023). Соавт.: Dremov G.D., Schastnyy E.D.
1141. System of immunity in posttraumatic stress disorders. Там же: S284 (P223). Соавт.: Nikitina V.B., Vetlugina T.P., Epanchintseva E.M.,
1142. Поиск новых психотерапевтических парадигм в эпоху социальных перемен. Современная психотерапия в медицинской практике: Материалы конф. Новокузнецк, 2007: 5–10.

1143. Психотерапевтический комплекс в лечебно-профилактических и реабилитационных программах при невротических расстройствах. Там же: 120–122. Соавт.: Кожевников В.Н.

1144. Апоптоз лейкоцитов, уровень гормонов у больных с экзогенно-органическими расстройствами. XIV Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2007: 104. Соавт.: Иванова С.А., Ракитина Н.М., Епанчинцева Е.М.

1145. Новый подход в терапии вегетативных расстройств у больных с коморбидной гастроэнтерологической и пограничной психической патологией. Там же: 358. Соавт.: Гараганеева Н.П., Карташова И.Г., Попова Л.А.

1146. Роль психотерапии в реабилитации пациентов с сочетанной психической и соматической патологией. Современная психотерапия в медицинской практике: Материалы конф. Новокузнецк, 2007: 159–161. Соавт.: Лебедева В.Ф.

1147. О структуре коморбидных посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов. Там же: 177–179. Соавт.: Наров М.Ю., Аксенов М.М.

1148. Терапия вегетативных дисфункций при сахарном диабете 2 типа у больных с пограничными психическими расстройствами. XIV Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2007: 480. Соавт.: Гараганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Попова Л.А. и др.

1149. Эффективность анксиолитического препарата фито ново-седа в комплексной терапии психических расстройств невротического уровня у пациентов с заболеваниями внутренних органов. XIV Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2007: 481. Соавт.: Гараганеева Н.П., Лебедева В.Ф., Счастный Е.Д. и др.

1150. Профилактика психических расстройств – медико-генетическая помощь. Там же: 483. Соавт.: Гуткевич Е.В., Якутенок Л.П., Гуткевич Е.А.

1151. Влияние цитофлавина на запрограммированную гибель лимфоцитов и нейтрофилов у лиц с социально-стрессовыми расстройствами. Там же: 483. Соавт.: Ракитина Н.М., Иванова С.А., Епанчинцева Е.М.

1152. Влияние оригинального противосудорожного препарата на фармакокинетику антипирина у пациентов различных этнических групп. Там же: 523. Соавт.: Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П.

1153. «Этика жизни» в пенитенциарной психологии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007; 2 (45): 7–13.

1154. Стабилизация психического здоровья и ее роль в профессионализации и формировании образовательной идентичности выпускников педагогического вуза. Там же: 18–23. Соавт.: Жигинас Н.В.

1155. Этническая принадлежность, религиозная вера и психическое здоровье: потребность во взаимопонимании. Там же: 94–98. Соавт.: Куприянова И.Е.

1156. Опыт применения кортексина в терапии вегетативных дисфункций при гастроинтестинальных заболеваниях у больных с пограничными психическими расстройствами. Там же: 102–107. Соавт.: Карташова И.Г., Гараганеева Н.П. и др.

1157. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной психической и соматической патологией. Там же: 132–136. Соавт.: Лебедева В.Ф.

1158. Коморбидные ПТСР состояния алкогольной аддикции. Совр. психотерапия в мед. практике: Материалы конф. Новокузнецк, 2007: 180–183. Соавт.: Наров М.Ю., Аксенов М.М.

1159. Взаимосвязь этиологической и терапевтической парадигм в истории психопатологии. Там же: 190–192. Соавт.: Овчинников А.А., Наров М.Ю., Ли К.В.

1160. Психотерапевтическая коррекция личностных девиаций в пенитенциарной медицине. Там же: 240–244.

1161. Роль личностного инфантилизма среди факторов риска развития аддиктивных расстройств. Там же: 245–248. Соавт.: Аксенов М.М., Наров М.Ю.

1162. Использование показателей кожно-гальванического потенциала в психотерапевтической практике. Там же: 272–275. Соавт.: Трусов А.Б., Трусова Т.П.
1163. Современное состояние экологической психиатрии в Сибири: пути развития и перспективы. Вопр. охраны псих. здоровья, обеспеченности, доступности и качества психиатр. помощи: материалы научно-практ. конф. Барнаул, Томск, 2007: 3–13.
1164. Онтогенетические проблемы психического здоровья. Там же: 23–31.
1165. Развитие медико-генетической помощи в психиатрии в современных условиях. Там же: 153–155. Соавт.: Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф.
1166. Клинические особенности расстройств личности, коморбидных с соматической патологией, выявленных у пациентов территориальной поликлиники. Там же: 247–252. Соавт.: Лебедева В.Ф.
1167. Нервно-психические стрессовые расстройства у сотрудников правоохранительных органов. Там же: 285–288. Соавт.: Наров М.Ю., Аксенов М.М.
1168. Психическое здоровье ликвидаторов аварии на ЧАЭС, проживающих в Томской области (отдаленный период катастрофы). Там же: 340–342. Соавт.: Рудницкий В.А.
1169. Оценка различных форм агрессивного поведения девочек-подростков – потребителей психоактивных веществ, отбывающих наказание в воспитательной колонии. Там же: 366–371. Соавт.: Аболонин А.Ф., Шелковников А.А.
1170. Ученый в поиске истины. Выдающиеся психиатры России (история и современность). Под редакцией акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. XVI Кербиковские чтения. М., 2007: 228–241.
1171. Регрессионное течение расстройств личности в позднем возрасте. Психоневрология в совр. мире: Материалы юбил. науч. сес. СПб., 2007: 112–113. Соавт.: Одарченко С.С.
1172. Psychotherapy of the XXIst century: the interaction of a psychotherapist and a healer. 15 World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). What is new in psychiatry and psychotherapy? Creative dimension in modern treatment (materials) St. Petersburg, Russia, 2007. Соавт.: Aksyonov M.M.
1173. Адаптация и реабилитация больных шизофренией. Психоневрология в совр. мире: Материалы юбил. науч. сессии. СПб., 2007: 118–119.
1174. Особенности и полиморфизм психопатологических расстройств в зависимости от клинко-эндоскопической стадии и фазы течения язвенной болезни. Там же: 254–255. Соавт.: Карташова И.Г., Гарганеева Н.П.
1175. Transcultural psychotherapy and medical-psychological personality correction. 15 World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). What is new in psychiatry and psychotherapy? Creative dimension in modern treatment (materials) St. Petersburg, Russia, 2007: 50.
1176. Психосоциальные факторы формирования непсихотических психических расстройств при сахарном диабете 2 типа. Психосоматическая медицина – 2007: Сб. материалов II междунар. конгресса. СПб., 2007: 65. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Рябова Е.В.
1177. Применение афобазола при тревожных расстройствах у пациентов с артериальной гипертензией. Там же: 66. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М.
1178. Итоги научной деятельности ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН за 2006–2007 гг. Акт. вопр. психиатрии и наркологии: Материалы XIII отчет. сес. ГУ НИИ ПЗ, посвящ. 100-летию О.В. Кербикова. Томск, 2007; 13: 5–14. Соавт.: Бохан Н.А., Казенных Т.В.
1179. Психотерапевтическое взаимодействие при целительстве душевных расстройств. Там же: 17–18. Соавт.: Аксенов М.М.

1180. Психические расстройства у пациентов с синдромом иммунодефицита в зависимости от пути заражения. Там же: 18–21. Соавт.: Арсененко Л.Д.

1181. Разноуровневые характеристики фенотипических проявлений пограничных психических расстройств. Там же: 36–39. Соавт.: Гуткевич Е.В., Рядовая Л.А., Иванова С.А.

1182. Клинико-патогенетическая характеристика, терапия и превенция кризисных состояний. Там же: 46–48. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Аксенов М.М.

1183. Взаимодействие механизмов иммунной и психологической защиты при посттравматических стрессовых расстройствах различного генеза. Там же: 68–70. Соавт.: Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Ошаев С.А., Бузулуков М.В.

1184. Арттерапевтический аспект в образовании. Там же: 73–74. Соавт.: Попова Н.М.

1185. Противоправные деяния несовершеннолетних и их взаимосвязь с аддиктивным и агрессивным поведением на территории Томской области. Там же: 181–182. Соавт.: Шелковников А.А., Аболонин А.Ф.

1186. Семейная дисгармония и сексуальная дезадаптация больных алкогольной зависимостью и программа когнитивной психотерапии и психопрофилактики. Там же: 184–186. Соавт.: Толмачева С.В., Аболонин А.Ф., Дремов Г.Д.

1187. Вынужденная социальная изоляция и одиночество. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007; 3 (46): 7–11.

1188. Особенности психосоматического статуса у детей и подростков с сахарным диабетом типа 1. Там же: 42–47. Самойлова Ю.Г., Кравец Е.Б., Белокрылова М.Ф.

1189. Исследование эффективности афобазола: динамика тревожных расстройств на фоне терапии и через 6 месяцев после завершения курса лечения. Там же: 77–80. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М., Гарганеева Н.П.

1190. Состояние психического здоровья населения Восточного Забайкалья. Состояние псих. здоровья населения Восточной Сибири: Материалы межрегион. конф. к 50-летию кафедры психиатрии ЧГМА. Томск, Чита, 2007: 5–9.

1191. Посттравматические стрессовые расстройства и коморбидные состояния. Там же: 9–12. Соавт.: Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М.

1192. Разноуровневые признаки психических расстройств в семьях. Состояние психического здоровья населения Восточной Сибири: Материалы межрегион. конф. к 50-летию кафедры психиатрии ЧГМА. Томск, Чита, 2007: 69–72. Соавт.: Гуткевич Е.В., Рядовая Л.А., Иванова С.А.

1193. Метаболическая коррекция экзогенно-органических расстройств с применением кортексина. Там же: 89–93. Соавт.: Иванова С.А., Вялова Н.М., Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М.

1194. Типология и систематика психопатологических расстройств у комбатантов. Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: Материалы регион. научно-практ. конф. Южного федерального округа. Грозный, 2007: 80–82. Соавт.: Епанчинцева Е.М.

1195. Взаимосвязь психического здоровья матери и ребенка на разных стадиях онтогенеза. Клинико-биол. пробл. охраны псих. здоровья материнства и детства: Материалы регион. научно-практ. конф. Томск, 2007: 5–9.

1196. Роль родителей в возникновении и формировании отклоняющегося поведения подростков. Там же: 119–124. Соавт.: Попова Н.М.

1197. Взаимосвязь клинико-эндоскопической стадии и фазы течения язвенной болезни с психопатологическими расстройствами невротического и аффективного уровня. Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике: Материалы III Байкальской межрегион. конф. Иркутск, 2007: 32–35. Соавт.: Гарганеева Н.П., Карташова И.Г.

1198. Психические расстройства и синдром профессионального выгорания у медицинского персонала, работающего с больными ВИЧ/СПИДОМ. Там же: 72–75. Соавт.: Арсененко Л.Д., Куприянова И.Е.

1199. Прогностическое значение психосоциальных факторов в развитии сахарного диабета типа 2. Там же: 54. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Рябова Е.В.

1200. Психотерапевтическая коррекция в системе комплексной терапии больных эпилепсией: Метод. пособие для врачей, ординаторов, интернов. Томск, 2007: 19. Соавт.: Казенных Т.В.

1201. Психотерапевтическая коррекция в системе комплексной терапии больных эпилепсией: Метод. пособие для врачей, ординаторов, интернов. Томск, 2007: 19. Соавт.: Казенных Т.В.

1202. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство. М., Томск, Кемерово, 2007; 1: 576. Соавт.: Гусев С.И., Снигирева Г.Я.

1203. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство. М., Томск, Кемерово, 2007; 2: 524. Соавт.: Гусев С.И., Снигирева Г.Я.

1204. The special situation in Russia. Multicultural dialogue in a globalizing world. Annual joint meeting between the Society for the Study for Psychiatry and Culture. World Association of Cultural Psychiatry. WPA – Transcultural Psychiatry Section. Book of Abstracts. Sweden, Stockholm, 2007: 20–21. Соавт.: Kupriyanova I.

1205. Алгоритм специализированной психиатрической помощи пациентам общесоматической сети. Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Рос. конф., Пленум Правления РОП.М., 2007: 84–85. Соавт.: Лебедева В.Ф.

1206. Откровение о главном. Здоровье + красота. Новокузнецк, 2007: 14–15.

1207. Динамика апоптоза лейкоцитов при нейропроекторной терапии экзогенно-органических расстройств. II Нац. конгр. терапевтов «Новый курс: консолидация усилий по охране здоровья нации». М., 2007: 83. Соавт.: Иванова С.А., Вялова Н.М., Рудницкий В.А.

1208. Клинико-иммунологические критерии прогноза затяжного течения посттравматических стрессовых расстройств. Консилиум. 2007; 7 (62): 221. Соавт.: Никитина В.Б., Ветлугина Т.П.

1209. Превенция и повышение качества жизни осужденных. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007; 4 (47): С. 7–11.

1210. Изучение полиморфных вариантов гена рецептора серотонина типа 2A 5-HT_{2A} при пограничных психических расстройствах. Там же: 12–15. Соавт.: Рядовая Л.А., Гуткевич Е.В., Лаврушина О.М., Иванова С.А.

1211. Лечение расстройства личности в позднем возрасте. Там же: 54–58. Соавт.: Одарченко С.С.

1212. Динамика клинических и социально-психологических параметров адаптации осужденных с расстройствами личности в местах лишения свободы. Там же: 98–101. Соавт.: Диденко А.В., Аксенов М.М.

1213. Принципы и технологии психотерапии в позднем возрасте. Психотерапия. 2007; 9 (57): 3–7. Соавт.: Одарченко С.С.

1214. Psychosomatic aspects of ethnopsychology and ethnopsychotherapy. 13rd International Congress of Circumpolar Health Proceedings «Gateway to the International Polar Year». Novosibirsk, Russia, 2006: 259–260..

1215. О секционном заседании симпозиума «Терапия творчеством». Профессионализм и культура личности: По материалам форума «Сибирские Афины». Томск, 2007: 191–193.

1216. Раннее выявление, терапия и превенция пограничных нервно-психических расстройств в пожилом возрасте: Метод. рекомендации. Томск, 2007: 12. Со-

авт.: Куприянова И.Е., Лебедева В.Ф., Семке В.А., Одарченко С.С., Иванова Т.И., Шинкевич Н.В.

1217. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). Томск, 2008: 187. Соавт.: Гуткевич Е.В., Иванова С.А.

1218. Neuroscience and Behavioral Physiology. Signs of Apoptosis of Immunocompetent Cells in Patients with Depression. 2007; 37; 5: 527–529. Соавт.: Ivanova S.A., Vetlugina T.P., Rakitina N.M., Kudyakova T.A., Simutkin G.G.

1219. Применение нейрометаболического протектора цитофлавина в терапии пограничных нервно-психических расстройств. 20th ECNP Congress, Vienna, Austria, 2007.

1220. Клинико-генетические корреляции в семьях больных с гипервентиляционным синдромом. Совр. пробл. биол. психиатрии и наркологии: 2-я Всерос. конф. с междунар. участием. Томск, 2008: 17–19. Соавт.: Аксенова О.В., Гуткевич Е.В., Рядовая Л.А.

1221. Транспектива биопсихосоциальной парадигмы. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008; 1 (48): 7–11.

1222. Особенности дизонтогенеза детей с депрессивными расстройствами. Там же: 47–50. Соавт.: Иванова Т.И.

1223. Психонейроиммунологические аспекты рецидивирующей герпетической инфекции. Там же: 103–108. Соавт.: Арсененко Л.Д., Ветлугина Т.П.

1224. Основные экологические факторы и психическое здоровье. Там же: 128–130. Соавт.: Рудницкий В.А.

1225. Нарушение функционирования мутантной ассоциированной с шизофренией формы PIP5K2A киназы. Там же: 131–132. Соавт.: Федоренко О.Ю., Ланг Ф., Иванова С.А., Семке А.В.

1226. Эволюция хаоса, или синергетическая психотерапия. Томск, 2008: 304. Соавт.: Уманский С.В.

1227. Новые аспекты в фармакотерапии невротических расстройств: региональные аспекты. XV Рос. Нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2008: 699.

1228. Принципы лечения ликвидаторов аварии на ЧАЭС с пограничными нервно-психическими расстройствами. Акт. вопр. мед. и соц. реабилитации граждан, подвергшихся воздействию радиации: Материалы Всерос. научно-практ. конф. Томск, 2008: 105–107. Соавт.: Рудницкий В.А.

1229. Персоналогия и психотерапия. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008; 2 (49): 7–12.

1230. Семейная дисгармония и сексуальная дезадаптация больных алкогольной зависимостью. Там же: 43–47. Соавт.: Толмачева С.В., Аболонин А.Ф., Дремов Г.Д.

1231. Синергетические подходы к терапии фобических расстройств. Там же: 90–94. Соавт.: Уманский С.В.

1232. Психологическая помощь женщинам в ситуациях семейного кризиса. Там же: 100–102. Соавт.: Авдеев Л.Н.

1233. Модификация челвека. Научные, технологические и моральные границы. («Конструирование человека»). Человек. 2008; 1: 115–118.

1234. Транскультуральная аддиктология. Томск: ТГУ, 2008: 590. Соавт.: Бохан Н.А.

1235. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от пути заражения. Академический журнал Западной Сибири. 2008; 3: 5–6. Соавт.: Арсененко Л.Д., Ветлугина Т.П.

1236. Нейропептиды при опоясывающем герпесе у ВИЧ-инфицированных пациентов с органическими расстройствами личности. Там же: 7. Соавт.: Арсененко Л.Д., Ветлугина Т.П.

1237. Расстройства пищевого поведения у лиц физического труда. Там же: 30. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.

1238. Нейропептиды в лечении СПИД-ассоциированного офтальмогерпеса у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением опиоидов. Акт. вопр. психиатрии и наркологии в XXI веке: Тез. докл. межрегион. научно-практ. конф. Новосибирск, 2008: 20. Соавт.: Арсененко Л.Д., Ветлугина Т.П.

1239. Психические расстройства при СПИД-ассоциированном офтальмогерпесе у пациентов с опийной наркоманией. Там же: 21. Соавт.: Арсененко Л.Д., Ветлугина Т.П.

1240. Клинико-динамические расстройства пищевого поведения (региональный аспект). Там же: 100. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.

1241. Коррекция адаптационных нарушений у осужденных с расстройствами личности в местах лишения свободы. Там же: 101. Соавт.: Диденко А.В.

1242. Помощь человеку в конце жизни. Избранные труды по геронтопсихоневрологии: Материалы конф. «Психоневрология пожилого возраста». СПб., 2008: 186–188. Соавт.: Одарченко С.С.

1243. Превентология в системе охраны психического здоровья. Избранные вопросы психиатрии (50 лет кафедре психиатрии и наркологии АГМУ). Барнаул, 2008: 14–25.

1244. Клиническая персонология как основа гуманистического подхода в медицине. Конструирование человека: Сб. тр. Всерос. науч. конф. Томск, 2008; 1: 141–147.

1245. Qlinikal personology as a basis for humanistic approach in medicine. Construction of a man. Tomsk, 2008; 2: 184.

1246. Место и задачи превентологии в системе охраны психического здоровья населения. Перспективы развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в Республике Казахстан: Сб. тр. конф. Алматы, 2008: 32–39.

1247. Место и задачи превентологии в системе охраны психического здоровья населения. Психиатрия, психотерапия, наркология. 2008; 6 (16): 39–42.

1248. Развитие сибирской психоонкологии. Томск: ТГУ, 2008: 196. Соавт.: Чойнзонов Е.Ц., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н.

1249. Психиатрия и онкология: грани соприкосновения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008; 3 (50): 7–12.

1250. Кросскультуральные проблемы профилактики подростковой наркомании у мигрантов на Крайнем Севере. Там же: 33. Соавт.: Бохан Н.А.

1251. Проблемы современной онкопсихиатрии: клинические и нейробиологические аспекты. Там же: 34. Соавт.: Чойнзонов Е.Ц.

1252. Возрастной патоморфоз невротических расстройств. Там же: 56–59. Соавт.: Одарченко С.С., Иванова Т.И.

1253. Нарушения пищевого поведения студентов (типология, превенция). Там же: 69–71. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И., Проскурякова Л.А.

1254. Психотерапия онкогематологических больных с позиции синергетики. Там же: 75–77. Соавт.: Уманский С.В.

1255. Психическое здоровье студенческой молодежи как один из основных приоритетов XXI столетия. Там же: 78–80. Соавт.: Жигинас Н.В.

1256. Рецензия на учебник П.И. Сидорова, А.В. Пермякова «Клиническая психология». Там же: 107.

1257. Очерки об истерии. Томск: ТГУ, 2008: 454.
1258. Клинические и социокультуральные факторы адаптации осужденных с расстройствами личности в местах лишения свободы. Охрана псих. здоровья в демогр. политике страны. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008: 102–104. Соавт.: Диденко А.В., Аксенов М.М.
1259. Психотерапевтическая коррекция и психопрофилактика сексуально-супружеской дезадаптации у больных алкоголизмом. Там же: 309–311. Соавт.: Толмачева С.В., Аболонин А.Ф.
1260. Расстройства пищевого поведения при ожирении (региональный аспект). Там же: 290–293. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.
1261. Современные социально-психологические проблемы психиатрии и наркологии / Под редакцией. Томск, Красноярск, 2008: 133.
1262. Союз науки и практики в сибирской психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008; 4 (51): 7–10.
1263. Превенция нарушений пищевого поведения студентов кузбасских вузов путем повышения стрессоустойчивости. Там же: 65–68. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.
1264. Психотерапевтические стратегии в комплексном лечении онкологических больных. Там же: 68–71. Соавт.: Уманский С.В.
1265. Стероиды и агрессия у пациентов с психическими расстройствами в условиях пенитенциарных учреждений. Судеб. и соц. психиатрия. Алматы, 2008. Соавт.: Иванова С.А., Бохан Н.А., Гусев С.И.
1266. Психиатрия. Национальное руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009: 987. Соавт.: Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., Тиганов А.С.
1267. Бремя кризисов и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 1 (52): 7–9.
1268. Психическое здоровье беременных с гиперандрогенией. Там же: 64–67. Соавт.: Нелидова Н.Э., Габитова Н.А., Гуткевич Е.В., Перчаткина О.Э., Агаркова Л.А.
1269. Психологическая модель алекситимии в ракурсе факторного анализа. Там же: 93–94. Соавт.: Брель Е.Ю., Стоянова И.Я.
1270. Региональные подходы к охране психического здоровья. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Дмитриевой Т.Б., Положего Б.С.М.: Изд-во МИА, 2009: 90–104.
1271. Перспективы развития промышленной психиатрии. Вместо предисловия. Охрана психического здоровья работающего населения России: Тез. докл. конф. Томск, Кемерово, 2009: 5–7. Соавт.: Дмитриева Т.Б., Корнилов А.А.
1272. Труд, личность, здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 2 (53): 7–9.
1273. О памятнике шахтерам Кузбасса. Там же: 148.
1274. Алгоритм психотерапевтической помощи лицам с расстройствами пищевого поведения при ожирении. Охрана псих. здоровья работающего населения России: Тез. докл. конф. Томск, Кемерово, 2009: 231–234. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.
1275. Синергетика и современный взгляд на психотерапию. Там же: 265–268. Соавт.: Уманский С.В.
1276. Стрессоустойчивость как основа преодоления кризисов молодого поколения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 3 (54): 7–9.
1277. Теоретические аспекты социокультуральной адаптации осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде. Там же: 84–87. Соавт.: Аксенов М.М., Диденко А.В.
1278. Принципы реабилитации ликвидаторов аварии на ЧАЭС с непсихотическими психическими расстройствами. Пробл. компл. реабилитации инвалидов,

пути решения: Материалы научно-практ. конф. Томск, 2009: 63–65. Соавт.: Рудницкий В.А., Гуткевич Е.В., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б.

1279. Охрана психического здоровья россиян. Комсомольская правда (спецвыпуск). Апрель, 2009: 1.

1280. Психическое здоровье студентов. Томск, 2009: 167. Соавт.: Жигинас Н.В.

1281. Психологический конфликт в генезе пограничных состояний. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 4 (55): 7–8.

1282. Депрессивные расстройства вне психиатрической сети: медико-психологический аспект. Там же: 70–75. Соавт.: Краснов В.Н., Корнетов А.Н.

1283. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты. Там же: 83–86. Соавт.: Рудницкий В.А., Гуткевич Е.В.

1284. Correlation relationships between steroid and thyroid hormones and motivational features in patients with neurotic, stress-related and somatoform disorders. Abstracts of the 9th World Congress of Biological Psychiatry. 28 June – 2 July 2009, Paris, France: 445. Соавт.: Ryadovaya L., Gutkevich E., Stoyanova I., Ivanova S.

1285. Psychoneuroimmunomodulating effect of atypical neuroleptics. Там же: 376. Соавт.: Vetlugina T., Lobacheva O., Frolov V.

1286. Предисловие. Акт. вопр. психиатрии и наркологии: Материалы XIV науч. сес. НИИПЗ. Томск, 2009; 14: 5–18. Соавт.: Семке В.Я., Бохан Н.А., Белокрылова М.Ф., Степанова Л.А.

1287. Клинико-динамические и адаптационные процессы у осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде. Там же: 43–45. Соавт.: Диденко А.В., Аксенов М.М.

1288. Коморбидность в наркологии. Томск: ТГУ, 2009: 510. Соавт.: Бохан Н.А.

1289. Новые подходы к психологическому консультированию и психотерапии семьи. Психическое здоровье молодого поколения: регион., социально-демограф., превент. аспекты: Материалы конф. Барнаул, 2009: 220–221. Соавт.: Аксенов М.М., Уманский С.В.

1290. Атлас психического здоровья населения Забайкальского края / Под науч. редакцией. Чита, 2009: 130.

1291. Экономическая оценка специализированной психиатрической помощи больным с психическими расстройствами с коморбидной соматической патологией. Акт. вопр. психиатрии и наркологии: Материалы XIV науч. сес. НИИПЗ. Томск, 2009: 57–60. Соавт.: Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н.

1292. Актуальность изучения истерического расстройства личности у женщин в климактерическом периоде. Там же: 68–70. Соавт.: Лукьянова Е.В.

1293. Клинические особенности гипервентиляционного синдрома у пациентов с истерическими состояниями. Там же: 76–78. Соавт.: Перчаткина О.Э., Семке В.Я., Аксенова О.В.

1294. Способ лечения ожирения при расстройствах пищевого поведения. Там же: 89–91. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.

1295. Структура и динамика противоправного поведения на территории России. Там же: 151–153. Соавт.: Аболонин А.Ф.

1296. Семья и психическое здоровье. Псих. здоровье семьи в совр. мире: межрегион. научно-практ. конф. Томск, 2009: 5–11.

1297. Течение истерического расстройства личности в климактерическом периоде. Там же: 72–77. Соавт.: Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф.

1298. Особенности работы с семьями больных истерическими состояниями (клинико-генетический и реабилитационный аспекты). Там же: 92–95. Соавт.: Перчаткина О.Э., Гуткевич Е.В.

1299. Бремя кризисов и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 1 (52): 7–9.

1300. Психическое здоровье беременных с гиперандрогенией. Там же: 64–67. Соавт.: Нелидова Н.Э., Габитова Н.А., Гуткевич Е.В., Перчаткина О.Э., Агаркова Л.А.

1301. Психологическая модель алекситимии в ракурсе факторного анализа. Там же: 93–94. Соавт.: Брель Е.Ю., Стоянова И.Я.

1302. Региональные подходы к охране психического здоровья. Руководство по социальной психиатрии / Под редакцией Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. М.: Изд. МИА, 2009: 90–104.

1303. Труд, личность, здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 2 (53): 7–9.

1304. О памятнике шахтерам Кузбасса. Там же: 148

1305. Перспективы развития промышленной психиатрии (вместо предисловия). Охрана псих. здоровья работающего населения России: Тез. докл. конф. Томск, Кемерово. 2009: 5–7. Соавт.: Дмитриева Т.Б., Корнилов А.А.

1306. Алгоритм психотерапевтической помощи лицам с расстройствами пищевого поведения при ожирении. Там же: 231–234. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.

1307. Синергетика и современный взгляд на психотерапию. Там же: 265–268. Соавт.: Уманский С.В.

1308. Стрессоустойчивость как основа преодоления кризисов молодого поколения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 3 (54): 7–9.

1309. Теоретические аспекты социокультуральной адаптации осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде. Там же: 84–87. Соавт.: Аксенов М.М., Диденко А.В.

1310. Принципы реабилитации ликвидаторов аварии на ЧАЭС с непсихотическими психическими расстройствами. Пробл. компл. реабилитации инвалидов, пути решения: Материалы научно-практ. конф. Томск, 2009: 63–65. Соавт.: Рудницкий В.А. Гуткевич Е.В. Ветлугина Т.П. Никитина В.Б.

1311. Охрана психического здоровья россиян. Комсомольская правда (спец. выпуск). 2009. Апрель.

1312. Психическое здоровье студентов. Томск, 2009: 167. Соавт.: Жигинас Н.В.

1313. Correlation relationships between steroid and thyroid hormones and motivational features in patients with neurotic, stress-related and somatoform disorders. Abstracts of the 9th World Congress of Biological Psychiatry. 28 June – 2 July 2009, Paris, France: P-50–021: 445. Соавт.: Ryadovaya L., Gutkevich E., Stoyanova I., Ivanova S.

1314. Psychoneuroimmunomodulating effect of atypical neuroleptics. Там же: P-20–019: 376. Соавт.: Vetlugina T. Lobacheva O. Frolov V.

1315. Психологический конфликт в генезе пограничных состояний. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 4 (55): 7–8.

1316. Депрессивные расстройства вне психиатрической сети: медико-психологический аспект. Там же: 70–75. Соавт.: Краснов В.Н., Корнетов А.Н.

1317. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты. Там же: 83–86. Рудницкий В.А. Гуткевич Е.В.

1318. Итоги научной деятельности учреждения Российской академии медицинских наук НИИ психического здоровья СО РАМН за 2008–2009 гг. (предисловие). Акт. вопр. психиатрии и наркологии: Материалы XIV науч. сес. НИИПЗ. Томск, 2009 (14): 5–18. Соавт.: Бохан Н.А. Белокрылова М.Ф. Степанова Л.А.

1319. Клинико-динамические и адаптационные процессы у осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной. Там же: 43–45. Соавт.: Диденко А.В. Аксенов М.М.

1320. Экономическая оценка специализированной психиатрической помощи больным с психическими расстройствами с коморбидной соматической патологией. Там же: 57–60. Соавт.: Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н.

1321. Актуальность изучения истерического расстройства личности у женщин в климактерическом периоде. Там же: 68–70. Соавт.: Лукьянова Е.В.

1322. Клинические особенности гипервентиляционного синдрома у пациентов с истерическими состояниями. Там же: 76–78. Соавт.: Перчаткина О.Э., Аксенова О.В.

1323. Способ лечения ожирения при расстройствах пищевого поведения. Там же: 89–91. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.

1324. Роль межведомственного научно-практического центра психического здоровья в терапии и профилактике пограничных нервно-психических заболеваний. Там же: 91–92.

1325. Психические расстройства при органической патологии и возможности их коррекции в условиях межведомственного центра. Там же: 93–94. Соавт.: Карауш И.С.

1326. Психическое здоровье молодежи – залог процветания России. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 5 (56): 7–8.

1327. Типология, конституционально-биологические и клинико-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах. Там же: 9–15. Соавт.: Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Куприянова И.Е., Епанчинцева Е.М. и др.

1328. Взаимосвязь психопатологических и соматических симптомов у пациентов общемедицинской сети. Там же: 64–66. Соавт.: Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н.

1329. Психическое здоровье безработных (региональный аспект). Там же: 78–80. Соавт.: Гычев А.В.

1330. Специфика диагностики расстройств личности в условиях пенитенциарной среды. Там же: 88–91. Соавт.: Диденко А.В.

1331. Реабилитация больных алкоголизмом с использованием галодифа. Там же: 100–103. Соавт.: Шушпанова Т.В., Бохан Н.А. и др.

1332. Коморбидность в наркологии. Томск: ТГУ, 2009: 510. Соавт.: Бохан Н.А.

1333. Новые подходы к психологическому консультированию и психотерапии семьи. Психическое здоровье молодого поколения: регион, социально-демограф., превент. аспекты. Барнаул, 2009: 220–221. Соавт.: Аксенов М.М., Уманский С.В.

1334. Атлас психического здоровья населения Забайкальского края / Научный редактор. Чита, 2009: 130.

1335. Psychoneuroimmunomodulating effect of atypical neuroleptics. 9th World Congress of Biological Psychiatry. 28 June – 2 July 2009. Paris, France. Abstracts. P–20–019. P. 376. Соавт.: Vetlugina T., Lobacheva O., Frolov V.

1336. Интегративная медицинская помощь в пограничной психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 6 (57): 7–8.

1337. Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса). Там же: 89–93. Соавт.: Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М.

1338. Структура и динамика противоправного поведения на территории России. Там же: 151–153. Соавт.: Аболонин А.Ф.

1339. Семья и психическое здоровье. Психическое здоровье семьи в современном мире: Тез. докл. межрегион. научно-практ. конф. Томск, 2009: 5–11.

1340. Течение истерического расстройства личности в климактерическом периоде. Там же: 72–77. Соавт.: Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф.

1341. Особенности работы с семьями больных истерическими состояниями (клинико-генетический и реабилитационный аспекты). Там же: 92–95. Соавт.: Перчаткина О.Э., Гуткевич Е.В.

1342. Prenatal exposure to alcohol changes the development of brain vessels in human embryos and fetuses. 22nd ECNP Congress. European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. Istanbul, Turkey, 2009. Volume 19, Supplement 3. P. 1.f. 001. P. S319. Соавт.: Solonsky A.V., Loginov S.V.

1343. Peripheral benzodiazepine receptor in platelets of alcoholic patients as a test of efficacy of antialcohol drugs. 22nd ECNP Congress. 12–16 September 2009. Istanbul, Turkey. European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. Volume 19, Supplement 3. P. 6.b. 006. P. S646. Соавт.: Shushpanova T.V.

1344. Медико-психологическое сопровождение образовательного процесса в вузе. Томск, 2009: 189. Соавт.: Жигинас Н.В.

1345. Охрана психического здоровья работников газовой промышленности. Методические рекомендации для врачей. Астрахань, 2009: 44. Соавт.: Селезнев С.Б., Бучин В.Н., Селезнева Е.М.

1346. Междисциплинарный анализ психического здоровья россиян. Психическое здоровье населения – межведомственный подход: Тез. докл. Междунар. научно-практ. конф. Новокузнецк, 2009: 5–12.

1347. Prenatal exposure to alcohol changes the development of brain vessels in human embryos and fetuses. European Neuropsychopharmacology, Volume 19, Supplement 3, September 2009, Pages S319–S320. Соавт.: Solonsky A.V., Logvinov S.V.

1348. Strategy of transcultural approaches. World Cultural Psychiatry Review. Special Number. Supplement (S1). September 2009 / 2nd World Congress of Cultural Psychiatry. Norcia, Italy – 27/30 September 2009. Abstract Book. P. 116–119.

1349. Aspects of psychotherapy of patients with comorbid borderline mental and gastrointestinal disorders in Siberian region. World Cultural Psychiatry Review. Special Number. Supplement (S1). September 2009 / 2nd World Congress of Cultural Psychiatry. Norcia, Italy – 27/30 September 2009. Abstract Book. P. 220–221. Соавт.: Kostin A.K.

1350. Regional and ethnic features of non-psychotic mental disorders exposed to minor doses of radiation. World Cultural Psychiatry Review. Special Number. Supplement (S1). September 2009 / 2nd World Congress of Cultural Psychiatry. Norcia, Italy – 27/30 September 2009. Abstract Book. P. 230–231. Соавт.: Rudnitsky V.A.

1351. Онтогенетическая психиатрия и инновации. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010; 1 (58): 5–8.

1352. Влияние психологических факторов на достижение компенсации сахарного диабета I типа в детском и подростковом возрастах. Там же: 35–39. Соавт.: Самойлова Ю.Г., Белокрылова М.Ф., Олейник О.А., Энерт А.В.

1353. Психические расстройства при соматических заболеваниях. Томск, 2010: 326. Соавт.: Лебедева В.Ф., Якутенок Л.П.

1354. Психосоматика и психотерапия в XXI веке. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010; 2 (59): 7–8.

1355. Онтогенетические закономерности развития мозга плодов человека при алкоголизме матери. Там же: 9–17. Соавт.: Солонский А.В. Бохан Н.А. Логвинов С.В.

1356. Возрастной патоморфоз депрессивных нарушений. Там же: 30–35. Соавт.: Иванова Т.И. Одарченко С.С.

1357. Социальное функционирование в онтогенетическом аспекте. Онтогенетические аспекты психического здоровья: Тез. докл. конф. Томск, 2010: 5–13.

1358. Роль конституционально-биологических и экзогенно-органических факторов в патогенезе расстройств личности у осужденных. Там же: 58–60. Соавт.: Диденко А.В. Аксенов М.М.

1359. Сравнительный анализ метаболических особенностей лейкоцитов больных невротическими расстройствами с онтогенетической позиции. Там же: 132–133. Соавт.: Кусков М.В. Иванова С.А.

1360. Истерическое расстройство личности в климактерическом периоде у женщин с позиции онтогенетического подхода. Там же: 136–138. Соавт.: Лукьянова Е.В.

1361. Предисловие. Тревожно-депрессивные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в онтогенетическом аспекте. Томск, 2010: 5–11. Соавт.: Карпов Р.С.

1362. Тревожно-депрессивные расстройства как фактор риска ишемической болезни сердца. Там же: 37–39. Соавт.: Кожевников В.Н., Кожевникова Т.А.

1363. Реабилитация ликвидаторов аварии на ЧАЭС с непсихотическими психическими расстройствами. Медицинские и экологические эффекты ионизирующего излучения (МЕЕИР-V). Северск, Томск, 2010: 51–53. Соавт.: Рудницкий В.А.

1364. Клиническая характеристика непсихотических психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Там же: 53–54. Соавт.: Рудницкий В.А.

1365. Психическое здоровье детей и подростков – гарантия будущего. Психическое здоровье детей и подростков. Томск, 2010: 5–12. Соавт.: Агарков А.П.

1366. Гормоны стресса у лиц с непсихотическими расстройствами органического генеза в динамике терапии кортексином. XVII Рос. нац. конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2010: 238. Соавт.: Рядовая Л.А., Иванова С.А., Вялова Н.М.

1367. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной психической и сердечно-сосудистой патологией. Там же: 246. Соавт.: Лебедева В.Ф., Якутенок Л.П.

1368. Влияние противосудорожного препарата «галоцид» на фармакометаболизующую функцию печени у пациентов с алкогольной зависимостью. Там же: 337. Соавт.: Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П. и др.

1369. Кризисные явления и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010; 3 (60): 5–8.

1370. Личность пациентов с невротическими расстройствами в пространстве концепции клинической персонологии. Там же: 9–12. Соавт.: Стоянова И.Я.

1371. Персонологический подход к оценке депрессивных расстройств в соматическом стационаре: от медицинской психологии к клинической практике. Там же: 17–19. Соавт.: Корнетов А.Н.

1372. Эффективное преодоление кризисных ситуаций – способ сохранения психического здоровья. Клин. персонология в мед и соц. практике: Тез. докл. Томск, 2010: 5–7. Соавт.: Стоянова И.Я.

1373. Психокоррекция насилия в современной семье. Там же: 8–11. Соавт.: Авдеев Л.Н.

1374. Эмоциональные и поведенческие расстройства подросткового возраста и влияние криминальной социализации на формирование личностной патологии. Там же: 62–65. Соавт.: Диденко А.В., Аксенов М.М.

1375. Психосоматические расстройства как междисциплинарная медицинская проблема. Там же: 126–128. Соавт.: Платонов Д.Г., Новиков В.Э.

1376. Взаимодействие клинической психологии и психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010; 4 (61): 5–8.

1377. Специализированная помощь больным эпилепсией в Томской области: опыт работы междисциплинарного центра профилактики пароксизмальных состояний. Там же: 51–55. Соавт.: Гребенюк О.В., Казенных Т.В., Алифирова В.М.

1378. Психосоциальные факторы формирования непсихотических психических расстройств у больных с гастроинтестинальными заболеваниями. Там же: 63–67. Соавт.: Карташова И.Г., Гарганеева Н.П.

1379. Безработица в России и психическое здоровье. Там же: 75–81. Соавт.: Гычев А.В., Артемьев И.А.

1380. Психическое и соматическое в развитии представлений о природе болезни. Совр. пробл. психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: Тез. докл. Томск, 2010: 5–11. Соавт.: Костин А.К.

1381. Systematic of basic personality disorders. European Psychiatry. 2010; 25; 1: 616.

1382. Psychiatric care for patients of somatic primary care unit. Там же: 917. Соавт.: Lebedeva E.V.

1383. Role of immune mechanisms of formation of variants of adaption in persons with PTSD. Там же: 833. Соавт.: Nikitina V., Vetlugina T., Epanchintseva E.

1384. Disturbances of functioning of benzodiazepine receptors on platelets in alcoholic patients. Там же: 990. Соавт.: Shushpanova T.

1385. Клинико-психопатологические и личностные особенности больных с гастроинтестинальными заболеваниями в аспекте биопсихосоциального единства. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2010; 2: 85–86. Соавт.: Карташова И.Г., Гарганеева Н.П.

1386. Classification of personality disorders. Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA regional Meeting Materials. St Petersburg: The V.M. Bekhterev Inst., 2010: 484–485.

1387. Anxiety and depressive disorders inpatients with gastrointestinal diseases. Там же: 369–370. Соавт.: Kartashova I.G., Garganeyeva N.P.

1388. Peculiarities of structure of synapses and properties of synaptosomal benzodiazepine receptors in the ontogenesis of human brain in norm and during alcoholization of the mother. Там же: 239–241. Соавт.: Shushpanova T.V., Solonsky A.V.

1389. Rehabilitation of patients with alcoholism with the use of original anticonvulsant and peculiarities of pharmacokinetics of the preparation in these patients. Там же: 501–502. Соавт.: Shushpanova T.V., Novozheyeva T.P., Bokhan N.A.

1390. Клинические и реабилитационные аспекты экологической психиатрии. Экология человека. 2010; 6: 46–52. Соавт.: Рудницкий В.А.

1391. Психическое здоровье и адаптация работников газовой промышленности. Астрахань, 2010: 288. Соавт.: Селезнев С.Б., Бучин В.Н.

1392. Безработица в России и психическое здоровье. Томск, 2010: 142. Соавт.: Гычев А.В., Артемьев И.А.

1393. Психосоматические нарушения в клинике диссоциативных психических расстройств. Психосоматические и соматические расстройства в клинической практике: Материалы VI Байкальской конф. Иркутск, 2010: 65–68. Соавт.: Перчаткина О.Э., Костин А.К., Гуткевич Е.В.

1394. Концепция клинической персонологии в аспекте психосоматических расстройств. Там же: 82–84. Соавт.: Стоянова И.Я.

1395. Терапевтический процесс в реабилитации пациентов психиатрического стационара. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010; 5 (62): 5–8.

1396. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических аффективных расстройств. Там же: 50–57. Соавт.: Погосова И.А.

1397. Оценка когнитивно-поведенческой и рациональной терапии врачами и пациентами с личностными расстройствами. Там же: 70–73. Соавт.: Харитонов С.В.

1398. Влияние противосудорожного препарата «галоцид» на фармакометаболическую функцию печени у пациентов с алкогольной зависимостью. Сб. мате-

риалов Конгр. «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2010: 337. Соавт.: Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Солонский А.В. и др.

1399. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной психической и сердечно-сосудистой патологией. Там же: 246. Соавт.: Лебедева В.Ф., Якутенок Л.П.

1400. Гормоны стресса у лиц с непсихотическими расстройствами органического генеза в динамике терапии кортексином. Там же: 238. Соавт.: Рядовая Л.А., Иванова С.А., Вялова Н.М.

1401. Influence of peptide bioregulator on hormones in therapy of patients with organic disorders 23rd ECNP Congress 28 August – 1 September 2010, Amsterdam, The Netherlands European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2010; 20; 3: 545. Соавт.: Ryadovaya L., Ivanova S.

1402. Расстройства личности у осужденных, отбывающих наказания в местах лишения свободы. Томск: Изд-во ТПУ, 2010: 193. Соавт.: Диденко А.В.

1403. Финансово-экономический кризис и психическое здоровье населения. Российский психиатрический журнал. 2010; 5: 33–38.

1404. Невротические и неврозоподобные расстройства (психонейроиммунные механизмы, принципы психотерапии). Красноярск, 2010: 319. Соавт.: Кожевникова Т.А., Кожевников В.Н., Ветлугина Т.П.

1405. Перспективы Евразийского сотрудничества в психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010; 6 (63): 5–8 4

1406. Концепция аллостатической перегрузки при невротических, связанных со стрессом, расстройствах. Там же: 9–13. Соавт.: Иванова С.А.

1407. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии. Томск, Кемерово, 2010: 180. Соавт.: Платонов Д.Г., Новиков В.Э.

1408. Психосинергетика и эволюция развития личности. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 1 (64): 5–6.

1409. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы. Там же: 57–62. Соавт.: Бохан Т.Г., Богомаз С.А., Гердт Ю.В.

1410. Семья психически больного в системе социальных координат. Семейно-генетический кризис. Там же: 71–76. Соавт.: Гуткевич Е.В., Семке А.В.

1411. Клиническая типология, динамика, терапия и превенция истерического расстройства личности у женщин в климактерическом периоде (Литературный обзор, часть 1). Там же: 83–89. Соавт.: Лукьянова Е.В.

1412. Атлас психического здоровья населения Кемеровской области. Томск, Кемерово, 2011: 98. Соавт.: Бохан Н.А., Рахмазова Л.Д. и др.

1413. Значение экзогенно-органических и соматогенных факторов в формировании посттравматических стрессовых расстройств. Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): Тез. докл. Томск, Кемерово, 2011: 82–83. Соавт.: Епанчинцева Е.М., Якутенок Л.П.

1414. Роль экзогенно-органических и соматогенных факторов в генезе «истерической болезни». Там же: 243–246.

1415. Психотерапевтические подходы к проблеме продления жизни. Там же: 286–290. Соавт.: Уманский С.В.

1416. Взаимодействие социальных и биологических факторов при личностной патологии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 2 (65): 5–8.

1417. Сравнительная оценка эффективности когнитивно-поведенческой, рациональной и комбинированной (когнитивно-поведенческой и рациональной) психотерапии у больных личностными расстройствами. Там же: 49–52. Соавт.: Харитонов С.В.

1418. Прогнозирование язвенной болезни у пациентов с невротическими и аффективными расстройствами: клинические и половые особенности. Профилактическая и клиническая медицина. 2011; 2: 222–224. Соавт.: Гарганеева Н.П., Карташова И.Г.

1419. Круговращение жизни. Томск, ТГУ, 2011: 318.

1420. Пример взаимной интернациональной поддержки в преодолении кризисной ситуации. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 3 (66): 5–7.

1421. Особенности взаимодействия матери с медицинскими работниками в аспекте прогноза здоровья ребенка. Там же: 53–56. Соавт.: Стоянова И.Я., Тюлюпо С.В., Куприянова И.Е.

1422. Психическое здоровье детей: клиническое и социальное исследование. Там же: 71–76. Соавт.: Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С., Семенова Н.Ю.

1423. Психология и психопатология домашнего насилия. Томск, 2011: 156. Соавт.: Авдеенко Л.Н.

1424. Итоги научной деятельности НИИПЗ СО РАМН за 2009–20011 гг. Акт. вопр. психиатрии и наркологии. Томск, 2011 (15): 5–14. Соавт.: Бохан Н.А., Казенных Т.В., Степанова Л.А.

1425. Социально-психологические и социокультуральные детерминанты адаптации осужденных с расстройствами личности к среде исправительных учреждений. Соавт.: 41–43. Соавт.: Диденко А.В., Аксенов М.М.

1426. Особенности клинической структуры и терапии психических органических расстройств, выявляемых у пациентов общесоматической сети. Там же: 63–64. Соавт.: Лебедева В.Ф.

1427. Использование психометрической шкалы для уточнения диагностики истерического расстройства личности у женщин в климактерическом периоде. Там же: 64–66. Соавт.: Лукьянова Е.В.

1428. Семейный фактор стрессоустойчивости при пограничных психических расстройствах и диссоциативными формами реагирования. Там же: 77–79. Соавт.: Перчаткина О.Э., Гуткевич Е.В.

1429. Клинические и реабилитационные аспекты непсихотических психических расстройств у ликвидаторов аварии на ЧАЭС. Там же: 84–85. Соавт.: Рудницкий В.А.

1430. Нозологическая систематика пограничных состояний. Там же: 92–98. Соавт.: Семке А.В.

1431. Психотерапия в адаптации и реабилитации больных шизофренией. Там же: 152–158. Соавт.: Семке А.В.

1432. Предисловие. Информационная платформа для сибирской психиатрии. Совр. технологии психиатр. и нарколог. сервиса. Томск, 2011 (4): 5–16.

1433. Способ прогнозирования эффективности терапии органических астенических расстройств. Там же: 59–61. Соавт.: Левчук Л.А., Аксенов М.М., Никитина В.Б., Рябова Е.В., Иванова С.А.

1434. Клинико-иммунологические критерии прогноза неблагоприятного течения ПТСР. Там же: 66–67. Соавт.: Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Епанчинцева Е.М., Якутенко Л.П.

1435. Принципы организации технологий психологического и психиатрического сервиса в Сибири. Там же: 79–85.

1436. Психологические модели исследования и коррекции в аспекте клинической персонологии. Там же: 95–100. Соавт.: Стоянова И.Я.

1437. Астенические состояния при основных соматических, неврологических и психических расстройствах: Пособие для врачей, ординаторов, интернов. Томск, 2011: 53 Соавт.: Лебедева В.Ф., Казенных Т.В., Казенных В.В., Семерик Н.В.

1438. Журнал СВПН в информационном поле современной психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 4 (67): 7–11.

1439. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах. Там же: 11–19. Соавт.: Аксенов М.М., Ветлугина Т.П., Перчаткина О.Э., Диденко А.В. и др.

1440. Адаптация осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде (клинико-динамические и социально-психологические параллели. Там же: 72–77. Соавт.: Диденко А.В., Аксенов М.М.

1441. Особенности медицинской реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, ассоциированными с соматическими заболеваниями. Там же: 78–84. Соавт.: Белокрылова М.Ф., Гарнанеева Н.П., Лебедева В.Ф., Епанчинцева Е.М. и др.

1442. Нервно-психические расстройства при различных онкологических заболеваниях (психотерапевтическая и психофармакологическая коррекция). Там же: 84–86. Соавт.: Куприянова И.Е., Потапкина Е.В., Семке В.А., Коломиец С.А.

1443. Межведомственный аспект организации специализированной психиатрической помощи в клинике. Там же: 121–122. Соавт.: Лебедева В.Ф., Якутенок Л.П.

1444. Стратегии транскультуральной психотерапии. Психотерапия. 2011; 7: 21–25.

1445. Theoretical and methodological approaches to transcultural psychiatry research in Russia. 15th World Congress of Psychiatry. Abstract Book (Main Sessions). Buenos Aires, Argentina, 2011: 154.

1446. Pharmacokinetic peculiarities of antipirine during treatment of alcoholic patients. European Neuropsychopharmacology. 2011; 21; 3: 570–571. Соавт.: Shushpanova T., Novozheyeva T.P., Lebedeva V.F.

1447. Influence of ethanol on synaptic benzodiazepine receptors and forming synapses in embryo's brain of alcoholic women. Там же: 571. Соавт.: Shushpanova T., Solonsky A.V., Bokhan N.A.

1448. Assessment of efficacy of specialized psychiatric assistance for patients with combined mental and somatic pathology. European Psychiatry. 2011; 26; 1: 874. Соавт.: Lebedeva V.F.

1449. Influence of original anticonvulsant on pharmacometabolizing function of liver in patients with alcoholism. Там же: 1283. Соавт.: Shushpanova T., Novozheyeva T.P., Lebedeva V.F.

1450. Prevalence of mental disorders in late life. Там же: 852.

1451. Neuromorphologic and neurochemical regularities of prenatal exposure of developing human brain to alcohol. Там же: 106. Соавт.: Solonsky A., Shushpanova T., Bokhan N.A.

1452. Current priorities of investigation of mental health of growing generation. Там же: 348.

1453. Особенности воспитания и микросоциального окружения в детстве у женщин с истерическими расстройствами личности. Акт. вopr. психиатрии. Томск, Чита, 2011: 115–116. Соавт.: Лукьянова Е.В.

1454. Психосоматические исследования: направления и перспективы. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 5 (68): 5–6.

1455. Полиформизм психопатологических расстройств в клинической картине язвенной болезни: вопросы каморбидности и диагностики. Сибирский медицинский журн. 2011; 3; 2: 113–116. Соавт.: Гарганеева Н.П., Карташова И.Г.

1456. Невротические расстройства: проблемы генеза и превенции. Томск, 2011: 217. Соавт.: Гуткевич Е.В., Куприянова И.Е., Пирогова В.П.

1457. Способы психологической коррекции пациентов с невротическими расстройствами и семейной созависимостью: Метод. пособие. Томск, 2011: 22. Соавт.: Стоянова И.Я., Бохан Н.А., Лебедева В.Ф. и др.

1458. К проблеме нозологической систематики в пограничной психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 6 (69): 5–7.

1459. Серотонин сыворотки крови у больных с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций. Там же: 13–15. Соавт.: Левчук Л.А., Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Шмиголь М.В.

1460. Ограничительное пищевое поведение у психических больных. СПб., 2011: 94. Соавт.: Куприянова И.Е., Ромацкий В.В.

1461. Новые стратегии и технологии укрепления психического здоровья населения России. Российский психиатрический журн. 2011; 6: 18–22.

1462. Новая медицинская технология диагностики течения невротических расстройств на основе определения гормональных показателей. Международный журнал прикл. и фундамент. исследований. 2012; 3: 10–11. Соавт.: Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Левчук Л.А., Вялова Н.М., Епанчинцева Е.М., Перчаткина О.Э., Лебедева В.Ф.

1463. Метод диагностики течения невротических расстройств на основе определения гормональных показателей. Новая медицинская технология. Томск, 2011: 15. Соавт.: Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Левчук Л.А., Вялова Н.М., Епанчинцева Е.М., Перчаткина О.Э., Лебедева В.Ф.

1464. Психология и психопатология насилия. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 1 (70): 5–7.

1465. Изучение истерического расстройства личности в зарубежной психиатрии. Там же: 65–69. Лукьянова Е.В.

1466. Психонейроиммунные нарушения при хронической латентной герпетической инфекции. Совр. пробл. науки и образования. 2012. Соавт.: Ветлугина Т.П., Арсененко Л.Д., Никитина В.Ю.

1467. Галодиф влияет на пароксизмальную активность и уровень кортизола у больных алкоголизмом. 19-й Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Тез. докл. М., 2012: 239. Соавт.: Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Бохан Н.А.

1468. Клинико-диагностическое значение лабораторных исследований у больных с психическими расстройствами: Пособие для врачей, ординаторов, интернов. Томск, 2012: 48. Соавт.: Лебедева В.Ф., Казенных Т.В., Пытина Л.П., Бурдовицина Т.Г., Мартыненко Л.И., Мальцев С.Н.

1469. Problems of mental health of children in the far north of Siberia. WPA News. Official Quaterly Newsl Bulletin of WPA. Geneva, Switzerland. March 2012. P. 13.

1470. Clinical-dynamic approach to borderline personality disorders systematic. European Psychiatry. Volume 27, Supplement 1, 2012, Page 1. Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry 1.

1471. Производственная миграция и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 2 (71): 5–6

1472. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости. Там же: 94–98. Соавт.: Богомаз С.А., Бохан Т.Г.

1473. Problems of mental health of children in the far north of Siberia. WPA News. Official Quaterly Newsl Bulletin of WPA. Geneva, Switzerland. March, 2012: 13.

1474. Clinical-dynamic approach to borderline personality disorders systematic. European Psychiatry. Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry. 2012; 27; 1: 1.

1475. Новые импульсы к развитию этнокультурального направления в психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 3 (72): 5–6.

1476. Опыт применения краткосрочной психоаналитической психотерапии при оказании психологической помощи в амбулаторных условиях. Там же: 49–51. Соавт.: Мальцева Н.Ю., Стоянова И.Я., Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н.

1477. Эффективность оригинального антиконвульсанта «галодифа» у больных с компульсивным влечением к алкоголю, ассоциированным с изменением уровней стероидных гормонов. Там же: 65–70. Соавт.: Шушпанова Т.В., Бохан Н.А., Ново-жеева Т.П., Бадырғы И.О., Дорошенко А.С., Худолей В.Н.

1478. Концепция об единстве психических и соматических расстройств – базис современных исследований. Совр. пробл. психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: Тезисы докладов 3-й конф. молодых ученых. Томск, 2012: 5

1479. Этнокультуральное возрождение малых этносов Севера, Сибири и Дальнего Востока – национальная идея. Совр. пробл. этнокультуральной психиатрии и аддиктологии: Тез. докл. 1-й Всероссийской научно-практ. конф. Томск, 2012: 5–6.

1480. Развитие региональной психиатрии в Сибири и на Дальнем Востоке. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 4 (73): 5–6.

1481. Психосоциальные, конституциональные и личностные факторы формирования непсихотических психических расстройств у пациентов климатического возраста с истерическим симптомокомплексом. Там же: 19–26. Соавт.: Лукьянова Е.В.

1482. Расстройства депрессивного спектра у сельских жителей Удмуртии. Томск, 2012: 290. Соавт.: Пакриев С.Г., Аксенов М.М.

1483. Расстройства личности у осужденных. Томск, 2012: 311. Соавт.: Диденко А.В., Аксенов М.М.

1484. Conditions of upbringing and microsocial environment in childhood in women with hysteric personality disorder. The Second International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders «Matching research, need and demand to treatment and resources». Amsterdam, The Netherlands, 2012. Соавт.: Lukiyanova E.

1485. Психотерапия в системе комплексной реабилитации больных эпилепсией: Методическое пособие для врачей, ординаторов, интернов. Томск, 2012: 20. Соавт.: Казенных Т.В.

1486. Психотерапия в системе комплексной реабилитации больных эпилепсией. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований (Аннотации). 2012; 9: 33. Соавт.: Казенных Т.В.

1487. Методическое пособие по организации работы междисциплинарной команды при реабилитации пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и депрессивными расстройствами. Томск, 2012: 62. Соавт.: Лебедева Е.В., Репин А.Н., Счастный Е.Д., Сергиенко Т.Н., Симуткин Г.Г., Карпов Р.С.

1488. Vulnerability to stress and disturbance of tolerance to glucose. Ceska a Slovenska Psychiatrie. Abstracts. Prague, Czech Republic, WPA International Congress, 2012; 108: 17–21. www.cspsychiatr.cz. Соавт.: Belokrylova M., Garganeeva N.

1489. Вклад сибирских психиатров в разработку классификационных подходов к новой версии МКБ. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 5 (74): 5–7.

1490. Психическое здоровье и качество жизни детей и подростков с сенсорными нарушениями. Там же: 56–59. Соавт.: Куприянова И.Е., Карауш И.С.

1491. История омской психиатрии – пролог будущего развития. Современные направления в оказании психиатрической помощи населению. Омск, 2012: 3–5.

1492. Служба семейно-ориентированной генетической превенции психических расстройств – современное направление специализированной помощи населению. Там же: 63–66. Соавт.: Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф.

1493. Основные принципы оказания помощи при непсихотических психических расстройствах у пациентов климатического возраста с истерическим симптомокомплексом. Там же: 112–115. Соавт.: Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф.

1494. 70-летие красноярской психиатрии – путь добра и призрения скорбящих духом. Акт. вопр. психиатрии и наркологии. Красноярск, 2012: 3–5.

1495. Расстройства пищевого поведения (региональный аспект). Там же: 131–133. Соавт.: Салмина-Хвостова О.И.

1496. Социальная изоляция и психическое здоровье. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012; 6 (75): 5–8.

1497. Атлас психического здоровья населения Омской области. Томск, Омск 2012: 109. Соавт.: Бохан Н.А., Чуркин А.А., Рахмазова Л.Д. и др.

1498. Позаботиться о сильных. Программы по реабилитации участников войн и экстремальных ситуаций помогают им вернуться к нормальной жизни. Газета «Красное знамя», приложение к областной ежедневной газете «Пятница». 23.02.2012: 7.

1499. Большие проблемы малых этносов. Этнокультуральная платформа охраны психического здоровья – потенциал инновационного развития общества. Реальный сектор. 2012: 4 (49): 36. Соавт.: Бохан Н.А., Куприянова И.Е.

1500. Психическое здоровье семьи. Томск: Изд-во ТГПУ, 2013: 304. Соавт.: Жигинас Н.В.

1501. Вклад биологической психиатрии в укрепление психического здоровья. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013; 1 (76): 5–6.

1502. Патогенетическое обоснование технологии иммунокоррекции при психических расстройствах и болезнях зависимости. Там же: 7–12. Соавт.: Ветлугина Т.П., Невидимова Т.И., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Бохан Н.А.

1503. Нейроморфологические аспекты развития коры большого мозга человека в условиях пренатальной алкоголизации и гипоксии. Там же: 70–75. Соавт.: Солонский А.В., Кудренко А.С., Логвинов С.В.

1504. Структура иммуногормональных взаимосвязей при типологических вариантах посттравматического стрессового расстройства. Там же: 61–66. Соавт.: Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Епанчинцева Е.М.

1505. Динамика стрессоустойчивости во время экзаменационной сессии у студентов психологического факультета. Там же: 75–76. Соавт.: Стоянова И.Я., Филоненко А.Л.

1506. Качество жизни и конструктивность мышления населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологического неблагополучия. Там же: 97–102. Соавт.: Бохан Т.Г., Терехина О.Н.

1507. Влияние нейропротекторного препарата «Кортексин» на динамику показателей нейроэндокринной системы у лиц с органическими эмоциональными лабильными (астеническими) расстройствами. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2013; 1: 82–85. Соавт.: Левчук Л.А., Иванова С.А.

1508. Проблемы психического здоровья детей и подростков (обзор материалов III Всемирного конгресса по культуральной психиатрии). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013; 2: 70–72. Соавт.: Куприянова И.Е., Лебедева В.Ф., Карауш И.С., Дашиева Б.А.

1509. Психическое здоровье юных сибиряков – залог будущего. Там же: 5–7.

1510. Психическое здоровье семьи: актуальные проблемы и задачи психотерапии. Там же: 63–65. Соавт.: Жигинас Н.В.

1511. Терапия оригинальным антиконвульсантом галодиф влияет на свойства бензодиазепиновых рецепторов тромбоцитов и уровни нейроактивных стероидных гормонов у больных алкоголизмом. Там же: 73–78. Соавт.: Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Бохан Н.А.

1512. Иммунопсихологические критерии прогноза развития психической дезадаптации. Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии : Тез. общерос. конф. с междунар. участием совместно с совещанием главных специалистов и пленумом правления Рос. общества психиатров

(Самара, 19–21 сентября, 2013 г.). Самара, 2013: 105–106. Соавт.: Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Стоянова И.Я.

1513. Стрессоустойчивость и дезадаптация при невротических расстройствах в различных популяциях Сибири и Дальнего Востока. Человек и лекарство : Материалы XX национального конгресса (Москва, 15–19 апреля 2013 г.). Москва, 2013: 195.

1514. Особенности расстройств дыхательной системы у пациентов с пограничными состояниями: Метод. пособие. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2013: 92. Соавт.: Аксенова О.В., Лебедева В.Ф., Епанчинцева Е.М., Гуткевич Е.В., Авдеенок Л.Н.

1515. Non-psychotic mental disorders in female patients with climacteric hysteria. 21st EPA Congress – European Psychiatric Association. Nice, France, 6–9 April, 2013. European Psychiatry. 2013; 28. Sup. 1: 222. Соавт.: Lukyanova E.

1516. Clinical-immunological criteria of prognosis of protracted course of adjustment disorders. Там же: 431. Соавт.: Nikitina V., Vetlugina T.

1517. Help for the individual in the end of life. Там же: 1252.

1518. Sensory systems and immunity in mental disorders. 19th Annual International «Stress and Behavior» Neuroscience and Biopsychiatry Conference May 16–19, 2013, St. Petersburg, Russia. Proceedings and Program, 2013: 30. Соавт.: Nevidimova T., Vetlugina T., Batukhtina E., Bokhan N.

1519. Sensory systems and immunity in mental disorders. Там же: 30. Соавт.: Nevidimova T., Vetlugina T., Batukhtina E., Bokhan N.

1520. Immunobiological characteristic of adjustment disorders stages. WFSBP Congress 2013. 11th World Congress of Biological Psychiatry. 23–27 June, 2013. Kyoto, Japan. Final Program: 48. Соавт.: Nikitina V., Vetlugina T., Epanchintseva E., Maltseva S., Lebedeva V.

1521. Клинико-биологические факторы риска формирования патологического развития личности при хронической герпетической инфекции. Соц. и клин. психиатрия. 2014; 1: 44–48. Соавт.: Ветлугина Т.П., Арсененко Л.Д.

1522. Бензодиазепиновая рецепторная система мозга человека и крысы при алкогольной аддикции. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014; 5: 50–54. Соавт.: Шушпанова Т.В., Солонский А.В., Бохан Н.А., Удуд В.В.

1523. Реабилитация ликвидаторов последствий радиационной катастрофы с не-психотическими психическими расстройствами: Учебно-метод. пособие для врачей, клинических ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов. Томск, 2014: 34. Соавт.: Рудницкий В.А.

1524. Факторы риска затяжного течения непсихотических психических расстройств при хронической герпетической инфекции // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: Сборник. Барнаул: ИП Колмогоров И.А., 2014: 64–65. Соавт.: Ветлугина Т.П., Арсененко Л.Д.

1525. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013; 4: 11–17. Соавт.: Аксенов М.М., Гычев А.В., Белокрылова М.Ф., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Рудницкий В.А., Левчук Л.А., Костин А.К.

СПИСОК ПАТЕНТОВ

1. Пат. № 2067442. Российская Федерация. Способ купирования осложненного алкогольного абстинентного синдрома. Соавт.: Бохан Н.А., Кожемякин А.М. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра РАМН (RU). № 92012226 Заявл. 14.12.1992; опубл. 10.10.1996 г.

2. Пат. № 2094046. Российская Федерация. Способ коррекции психопатического поведения у лиц с шизоидной психопатией. Соавт.: Головин О.Д. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра РАМН. № 93009359 Заявл. 17.02.1993.

3. Пат. № 2162698. Российская Федерация. Способ повышения устойчивости к гемолизу эритроцитов и восстановления их поврежденной формы. Соавт.: Прокöpfeва В.Д., Болдырев А.А., Бохан Н.А., Кулагин Е.М. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН, Биотехнологический центр при МГУ им. М.В. Ломоносова (RU). № 98119668 Заявл. 29.10.1998 г.; опубл. 10.02.2001 г. Бюл. № 4.

4. Пат. № 2162326. Российская Федерация. Средство, стимулирующее фагоцитоз. Соавт.: Иванова С.А., Ветлугина Т.П., Куприянова И.Е., Епанчинцева Е.М. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН (RU). № 99123875 Заявл. 12.11.1999 г.; опубл. 27.01.2001 г. Бюл. № 3.

5. Пат. № 2155034. Российская Федерация. Средство, снижающее алкогольную мотивацию. Соавт.: Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Бохан Н.А., Саратиков А.С., Канов Е.В., Худoley В.Н. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН (RU). № 99125063 Заявл. 29.11.1999; опубл. 27.08.2000 г.; бюл. № 24.

6. Пат. № 2168312. Российская Федерация. Способ выявления клинических особенностей пограничных нервно-психических расстройств. Соавт.: Белокрылова М.Ф. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН (RU). № 2000108321 Заявл. 03.04.2000 г.; опубл. 10.06.2001 г. Бюл. № 16.

7. Пат. № 2228534. Российская Федерация. Способ прогнозирования течения ишемической болезни сердца. Соавт.: Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. Заявитель и патентообладатель: Сибирский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт психического здоровья ТНЦ СО РАМН (RU). № 2001125374 Заявл. 14.09.2001 г.; опубл. 10.05.2004 г. Бюл. № 13.

8. Пат. № 2194489. Российская Федерация. Способ лечения больных с экзогенно-органическим поражением головного мозга. Соавт.: Бохан Н.А., Сапрыкина Н.Б. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН (RU). № 2001122324 Заявл. 08.08.2001 г.; опубл. 20.12.2002 г. Бюл. № 35.

9. Пат. № 2244569. Российская Федерация. Способ прогнозирования пищевой аддикции, сопровождающейся ожирением. Соавт.: Красноперов О.В., Панченко А.Л., Бохан Н.А., Красноперова Н.Ю. Заявитель и патентообладатель: Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU), ООО Психосоматический центр «Сон» (RU). № 2002102059 Заявл. 22.01.2002 г.; опубл. 20.01.2005 г. Бюл. № 2.

10. Пат. № 2221486. Российская Федерация. Способ оценки эффективности сочетанной фармако- и психотерапии больных с нервно-психическими расстройствами. Соавт.: Куприянова И.Е., Ошаева Н.М. Заявитель и патентообладатель: Госу-

дарственное учреждение научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН (RU). № 2002110611 Заявл. 19.04.2002 г.; опубл. 20.01.2004 г. Бюл. № 2.

11. Пат. № 2224526. Российская Федерация. Средство для профилактики и лечения боевой психической травмы. Соавт.: Сыропятов О.Г., Епанчинцева Е.М., Дзеружинская Н.А., Рапча О.М. Заявитель и патентообладатель: Государственное учреждение научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН (RU). № 2002129540 Заявл. 4.11.2002 г.; опубл. 27.02.2004 г. Бюл. № 6.

12. Пат. № 2269937. Российская Федерация. Способ оценки предрасположенности к формированию первичного патологического влечения к психоактивным веществам у подростков. Соавт.: Невидимова Т.И., Попова Н.М., Мартыненко Л.И., Бохан Н.А. Заявитель и патентообладатель: Государственное учреждение Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU). № 2003116114 Заявл. 30.05.2003 г.; опубл. 20.02.2006 г. Бюл. № 5.

13. Пат. № 2304970. Российская Федерация. Способ лечения постабстинентных состояний при алкоголизме. Соавт.: Ветлугина Т.П., Бохан Н.А., Ляшенко Г.П., Мандель А.И. Заявитель и патентообладатель: ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (RU). № 2005131039 Заявл. 6.10.2005 г.; опубл. 27.08.2007 г. Бюл. № 24.

14. Пат. № 2293332. Российская Федерация. Способ определения динамики скрытой активности изоферментов ЛДГ гомогената лейкоцитов. Соавт.: Кусков М.В., Иванова С.А., Теровский С.С., Федоренко О.Ю., Епанчинцева Е.М. Заявитель и патентообладатель: ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (RU). № 2005115615 Заявл. 23.05.2005 г.; опубл. 10.02.2007 г. Бюл. № 4.

15. Пат. № 2327449. Российская Федерация. Способ лечения офтальмогерпеса у больных с пролонгированными депрессивными расстройствами. Соавт.: Арсененко Л.Д., Ветлугина Т.П., Жилова Л.Н. Заявитель и патентообладатель: ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (RU). № 2006138541 Заявл. 31.10.2006 г.; опубл. 27.06.2008 г. Бюл. № 18.

16. Пат. № 2356059. Российская Федерация. Способ прогнозирования течения невротических расстройств. Соавт.: Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Вялова Н.М., Рядовая Л.А., Епанчинцева Е.М., Перчаткина О.Э. Заявитель и патентообладатель: ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (RU). № 2007142885 Заявл. 19.11.2007 г.; опубл. 20.05.2009 г. Бюл. № 14.

17. Пат. № 2320345. Российская Федерация. Способ лечения больных герпетической экземой Капоши при формировании конверсионного расстройства. Соавт.: Арсененко Л.Д., Ветлугина Т.П., Жилова Л.Н. Заявитель и патентообладатель: ГУ Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU). № 2006126307 Заявл. 19.07.2006 г.; опубл. 27.03.2008 г. Бюл. № 9.

18. Пат. № 2310202. Российская Федерация. Способ прогнозирования посттравматических стрессовых расстройств. Соавт.: Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Епанчинцева Е.М., Якутенок Л.П. Заявитель и патентообладатель: ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (RU). № 2006108901 Заявл. 21.03.2006 г.; опубл. 10.11.2007 г. Бюл. № 31.

19. Пат. № 2421728. Российская Федерация. Способ прогнозирования неблагоприятного течения посттравматического стрессового расстройства. Соавт.: Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Епанчинцева Е.М., Якутенок Л.П. Заявитель и патентообладатель: Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения РАМН (RU). № 2009144807 Заявл. 2.12.2009 г.; опубл. 20.06.2011 г. Бюл. № 17.

20. Пат. № 2436573. Российская Федерация. Способ реабилитации больных алкоголизмом. Соавт.: Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Худолей В.Н., Бохан Н.А., Солонский А.В., Лебедева В.Ф. Заявитель и патентообладатель: Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU). № 2009128808 Заявл. 27.07.2009 г.; опубл. 20.12.2011 г. Бюл. № 35.

21. Пат. № 2418588. Российская Федерация. Способ лечения эндометриоза у женщин с тревожно-депрессивными расстройствами. Соавт.: Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., Новицкий В.В., Жукова Н.Г., Куприянова И.Е. Заявитель и патентообладатель: Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения РАМН (RU). № 2009149008 Заявл. 28.12.2009 г.; опубл. 20.05.2011 г. Бюл. № 14.

22. Пат. № 2448695. Российская Федерация. Способ лечения синдрома поликистоза яичников у женщин с аффективными и вегетативными расстройствами. Соавт.: Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., Новицкий В.В., Неткач М.С., Жукова Н.Г., Куприянова И.Е., Байков А.Н. Заявитель и патентообладатель: Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН (RU). № 2010121707 Заявл. 27.05.2010 г.; опубл. 27.04.2012 г. Бюл. № 12.

23. Пат. № 2459208. Российская Федерация. Способ прогнозирования эффективности терапии ладастеном органических астенических расстройств. Соавт.: Левчук Л.А., Иванова С.А., Аксенов М.М. Заявитель и патентообладатель: Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU). № 2011121539 Заявл. 27.05.2011 г.; опубл. 20.08.2012 г. Бюл. № 23.

24. Пат. № 2455646. Российская Федерация. Способ прогнозирования течения пограничных психических расстройств. Соавт.: Левчук Л.А., Иванова С.А., Перчаткина О.Э., Гуткевич Е.В. Заявитель и патентообладатель: Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU). № 2011116873 Заявл. 27.04.2011 г.; опубл. 10.07.2012 г. Бюл. № 19.

25. Пат. № 2488118. Российская Федерация. Способ прогнозирования формирования органического расстройства личности. Соавт.: Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Рудницкий В.А. Заявитель и патентообладатель: Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения РАМН (RU). № 2011147239 Заявл. 21.11.2011 г.; опубл. 20.07.2013 г. Бюл. № 20.

26. Пат. № 2499262. Российская Федерация. Способ прогнозирования тяжести течения эпилепсии. Соавт.: Иванова С.А., Казенных Т.В. Заявитель и патентообладатель: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU). № 2012133824 Заявл. 07.08.2012 г.; опубл. 20.11.2013 г. Бюл. № 32.

27. Пат. № 2528886. Российская Федерация. Способ прогнозирования развития психической дезадаптации. Соавт.: Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Стоянова И.Я., Менявцева Т.А., Бохан Н.А. Заявитель и патентообладатель: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (RU). № 2013132233 Заявл. 11.07.2013 г.; опубл. 20.09.2014 г. Бюл. № 26.

СПИСОК ЗАЩИТИВШИХ ДИССЕРТАЦИИ ПОД РУКОВОДСТВОМ АКАДЕМИКА В.Я. СЕМКЕ

Докторские диссертации

1. Судаков В.Н. Ранняя диагностика клинической динамики и основные принципы реабилитации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. 14.00.18-«Психиатрия». Ленинград, 1990.

2. Макаров В.В. Клинико-социальные аспекты формирования и профилактики раннего пьянства и алкоголизма. 14.00.45-«Наркология». Красноярск, Красноярский медицинский институт. 1992.

3. Балашов П.П. Психическое здоровье населения при индустриальной урбанизации Севера Сибири (клинико-эпидемиологический и клинико-социальный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1993.

4. Аккер Л.В. Клинико-патогенетический анализ и дифференцированная реабилитация нарушений специфических функций организма женщин, страдающих алкоголизмом. 14.00.45-«Наркология». Барнаул, Алтайский медицинский институт. 1994.

5. Красильников Г.Т. Феноменология, клиническая типология и прогностическая оценка аутизма при шизофрении. 14.00.18-«Психиатрия». Новосибирск, Новосибирский медицинский институт. 1995.

6. Аксенов М.М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств (региональный аспект). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1995.

7. Артемьев И.А. Эпидемиология психических заболеваний и миграция населения в Сибири и на Дальнем Востоке. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1995.

8. Семин И.Р. Психически больной в обществе (отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, Томский медицинский институт, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1995.

9. Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга. 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1996.

10. Усов М.Г. Клиника, ранняя диагностика и прогноз депрессий у подростков. 14.00.18-«Психиатрия». Омск, Омская медицинская академия. 1996.

11. Галактионов О.К. Предикторы и патогенетические особенности алкоголизма в этнических популяциях Сибири. 14.00.45-«Наркология», 14.00.17. Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1996.

12. Ульянов М.М. Клиника, типология, психотерапия при пограничных нервно-психических расстройствах у рыбаков в морских условиях. 14.00.18-«Психиатрия». 1996.

13. Рыбалко М.И. Патохарактерологические расстройства у детей и подростков с девиантным поведением (клинико-динамический и нейрофизиологический аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Барнаул, Алтайский медицинский университет. 1997.

14. Эрдэнэбаяр Л. Эпидемиология, клиника и научно-организационные основы профилактики алкоголизма в Монголии. 14.00.45-«Наркология». Улан-Батор, Государственный центр психического здоровья Монголии, Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1997.

15. Карась И.Ю. Клинико-иммунологические закономерности развития пограничных нервно-психических расстройств. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.16-«Патологическая физиология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

16. Дресвянников В.Л. Аддитивные расстройства в клинике шизофрении (феноменология, типология, реабилитация). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Новосибирск, Областная психиатрическая больница № 6. 1998.

17. Шорин В.В. Клинико-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты алкоголизма при коморбидной соматической патологии. 14.00.45-«Наркология». Владивосток, Дальневосточный филиал НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Владивостокский наркологический психотерапевтический центр. 1998.

18. Носков Г.Г. Социально-психологические и патогенетические основы терапии неврозов. 14.00.18-«Психиатрия». 1999.

19. Агарков А.П. Алкогольные психозы, сочетанные с травматическими и сосудистыми расстройствами головного мозга (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.45. Томск, Областная клиническая психиатрическая больница, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

20. Языков К.Г. Динамический анализ функционального состояния серотонинергической системы при пограничных и аффективных расстройствах (клинико-экспериментальное исследование). 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.16. Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

21. Белокрылова М.Ф. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы (клинические, социально-психологические и реабилитационные аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

22. Иванова С.А. Психонейроиммунотуляция в клинике и терапии невротических и аффективных расстройств. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.16. Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

23. Мандель А.И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири. 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

24. Рахмазова Л.Д. Клинико-эпидемиологическое исследование шизофрении (трансрегиональный и этнокультуральный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

25. Потапкин И.А. Клинико-динамическая характеристика пограничных нервно-психических расстройств (превентивный аспект)». 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2001.

26. Приленский Б.Ю. Клиника, систематика, динамика пограничных психических расстройств при урологических заболеваниях и анализ невротических механизмов. 14.00.18-«Психиатрия». Тюмень, Тюменская госмедакадемия. 2001.

27. Куприянова И.Е. Клинико-патогенетические закономерности терапии невротических состояний». 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2002.

28. Селезнев С.Б. Психическое здоровье работников газовой промышленности (эпидемиологический, клинико-динамический и реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Астрахань, Научно-практический медицинский комплекс «Экологическая медицина» ООО «Астраханьгазпром». 2002.

29. Гарганеева Н.П. Клинико-патогенетические закономерности формирования психосоматических соотношений при заболеваниях внутренних органов и пограничных психических расстройствах. 14.00.05-«Внутренние болезни», 14.00.18-«Психиатрия». Томск, Сибирский государственный медицинский университет, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2002.

30. Левина И.Л. Распространенность, типология, клиническая динамика и профилактика школьной дезадаптации. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Новокузнецк, МОУ ДПО Институт повышения квалификации. 2003.

31. Гуткевич Е.В. Превенция нервно-психических расстройств (клинико-генетические и организационные аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2003.

32. Дроздовский Ю.В. Клиника формирующихся расстройств личности у подростков с нарушениями поведения (динамический, социально-психологический, профилактический аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Новокузнецк, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей. 2003.

33. Голдобина О.А. Система охраны психического здоровья и повышения эффективности психиатрической службы на региональном уровне. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.33. Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Барнаул, ГУЗ Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница. 2004.

34. Кусков М.В. Клинико-патофизиологические закономерности функционального состояния изоферментов лактатдегидрогеназы лейкоцитов у больных психическими расстройствами. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.16. Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2005.

35. Кожевников В.Н. Невротические и неврозоподобные расстройства (клинико-патодинамические, реабилитационные и превентивные аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Красноярск, Красноярский госуниверситет. 2006.

36. Лебедева В. Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2007.

37. Наров М.Ю. Нервно-психические стрессовые расстройства с коморбидными аддитивными состояниями у сотрудников правоохранительных органов. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.45-«Наркология». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Новосибирск, Новосибирский госмедуниверситет. 2007.

38. Логинов И.П. Клинико-патогенетические закономерности формирования опиоидной зависимости у коренных народов Дальнего Востока России и Северного Китая (этнокультуральное исследование). 14.00.45-«Наркология». Хабаровск, Дальневосточный гос. медицинский университет. 2007.

39. Стоянова И.Я. Прагматические образования в норме и патологии. 19.00.04. Томск. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, ТГУ. 2007.

40. Солонский А.В. Морфологические закономерности ранних стадий развития головного мозга в условиях пренатальной алкоголизации. 03.00.25-«Гистология, цитология, клеточная биология», 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Сибирский государственный медицинский университет. 2008.

41. Иванова Т.И. Депрессивные нарушения у детей: формирование, клиническая динамика, лечение и реабилитация». 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Омск, Омская областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой. 2008.

42. Арсененко Л.Д. Психические расстройства при хронических вирусных инфекциях (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты). 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.10. Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Кемерово, Городская инфекционная больница (филиал Кемеровского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями). 2008.

43. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, превентивный, реабилитационный

аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Новокузнецк, Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей. 2008.

44. Уманский С.В. Динамика пограничных психических расстройств (клинический, прогностический и синергетический подходы). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Курган, Курганская областная клиническая больница. 2008.

45. Одарченко С.С. Непсихотические психические расстройства позднего возраста. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИПЗ СО РАМН, Омск, Омская государственная академия, клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой. 2009.

46. Корнетов А.Н. Депрессивные расстройства вне психиатрической сети (распространенность, клинико-динамические и психологические закономерности, фармако- и психотерапия). 14.01.06-«Психиатрия», 19.00.04-«Медицинская психология». Томск, Сибирский государственный медицинский университет. 2010.

47. Никитина В.Б. Система иммунитета в клинико-патодинамических механизмах непсихотических психических расстройств. 14.01.06-«Психиатрия», 14.03.03-«Патологическая физиология». Томск, НИИ психического здоровья СО РАМН. 2011.

48. Гычев А.В. Пограничные психические расстройства у безработных в Сибире. 14.01.06-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья СО РАМН. 2011.

49. Рудницкий В.А. Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии. 14.01.06-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья СО РАМН. 2011.

50. Жигинас Н.В. Психология кризиса идентичности студентов: персоналогическая концепция, феноменология, медико-психологическое сопровождение. 19.00.04-«Медицинская психология». Томск, Томский государственный педагогический университет, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2011.

51. Диденко А.В. Расстройства личности у осужденных в условиях исправительных учреждений (социокультуральный и адаптационный аспекты). 14.01.06-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья СО РАМН, Кузбасский институт ФСИН России. 2012.

52. Пакриев С.Г. Расстройства депрессивного спектра в популяции сельских жителей Удмуртской Республики. 14.01.06-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья СО РАМН, Ижевск, Ижевская государственная медицинская академия. 2012.

Кандидатские диссертации

1. Нохрина Л.Я. Клинико-динамическая и нейрофизиологическая характеристика основных форм нефрозов в возрастном аспекте. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, Сибирский филиал ВНИПЗ АМН СССР. 1984.

2. Найденова Н.Н. Некоторые показатели системы интерферона и антитела к вирусу герпеса у больных шизофренией. 03.00.06-«Вирусология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1986.

3. Горбачевич Л.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика и социально-трудовая адаптация больных малопрогредиентной шизофренией. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1987.

4. Невидимова Т.И. Реакция лимфоцитов крови больных шизофренией на вирусные антигены. 14.00.18-«Психиатрия», 03.00.06-«Вирусология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1987.

5. Ланская Т.А. Сравнительное клинико-динамическое изучение непсихотических ипохондрических состояний. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1987.

6. Крюкова Л.К. Антитела к ряду РНК- и ДНК-содержащих вирусов у больных шизофренией и здоровых лиц регионов Сибири и Дальнего Востока. 03.00.06-«Вирусология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ АМН СССР. 1988.

7. Плешаков В.И. Клиническая динамика и терапия неврозов и неврозоподобных состояний с кардиофобическим синдромом. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1988.

8. Гут В.Г. Нервно-психические расстройства при доброкачественных опухолях матки и яичников (клинико-динамический и реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Новокузнецкий институт усовершенствования врачей. 1988.

9. Скороходова Т.Ф. Клинико-гормональные взаимосвязи у больных реактивной депрессией в процессе комплексной терапии. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1988.

10. Рождественская Е.А. Тревожность и ригидность в структуре личности больных невротическими и неврозоподобными расстройствами. 19.00.04-«Медицинская психология», 14.00.18-«Психиатрия». Томск, 1988.

11. Савиных А.Б. Структура, динамика и профилактика состояний психической дезадаптации. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1989.

12. Ханченков Н.С. Социально-организационные аспекты психопрофилактической помощи работающим в условиях современного химико-фармацевтического производства. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.33. Кемерово, Кемеровский медицинский институт, Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1989.

13. Цай Л.В. Изучение пограничных нервно-психических расстройств у работников алюминиевой промышленности (эпидемиологический, клинико-динамический и реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Новокузнецкий институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО АМН СССР. 1989.

14. Аксенов М.М. Клинико-динамическая и психофизиологическая характеристика начальных проявлений основных форм неврозов. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1989.

15. Мещеряков Л.В. Клинико-социальный анализ проявлений пьянства и алкоголизма в интенсивно развивающемся городе Сибирского Севера. 14.00.45-«Наркология», 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1989.

16. Ковецкий Н.С. Нейроморфологическая характеристика алкогольной эмбриопатии. 14.00.45-«Наркология», 14.00.15. Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1989.

17. Мандель А.И. Клинические и социально-психологические характеристики алкоголизма (региональный аспект). 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1989.

18. Агапов Ю.К. Клиническая динамика и психопрофилактика астенических состояний экзогенно-органического генеза. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1989.

19. Лебедева В.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и возможности терапии психических расстройств у пациентов территориальной поликлиники. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1990.

20. Гузев А.Н. Структурно-динамический анализ и принципы патогенетической терапии пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике. Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 14.00.18-«Психиатрия». 1990.

21. Солонский А.В. Особенности ультраструктуры клеток головного мозга эмбрионов от женщин, страдающих алкоголизмом. 14.00.45-«Наркология», 14.00.23. Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1991.

22. Цитко Е.А. Социально-профилактические аспекты пограничных состояний у рабочих химической промышленности. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.33-«Социальная гигиена и организация здравоохранения». Кемерово, Кемеровский медицинский институт, Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО АМН СССР. 1991.

23. Лопатина О.П. Социально-профилактические аспекты пограничных состояний у учащихся средних специальных учебных заведений. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.33-«Социальная гигиена и организация здравоохранения». Кемерово, Кемеровский медицинский институт. 1991.

24. Языков К.Г. Влияние оксигенирующей терапии на функциональную активность фибробластов и лейкоцитов человека в культуре тканей. 14.00.2-«Фармакология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1991.

25. Швецов И.П. Клинико-эпидемиологическая и клинико-динамическая характеристика затяжных форм пограничных нервно-психических расстройств. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1991.

26. Саванин Д.В. Психическая адаптация и дезадаптация в клинике пограничных нервно-психических расстройств у работников химической промышленности. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1992.

27. Дорофеева Л.И. Взаимосвязь гормонально-кальциевого обмена с активностью ферментов сыворотки крови больных алкоголизмом. 14.00.15-«Патологическая анатомия», 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Сибирский государственный медицинский университет. 1992.

28. Шушпанова Т.В. Свойства бензодиазепиновых рецепторов головного мозга человека и крысы в норме и под влиянием алкоголизации. 14.00.45-«Наркология», 03.00.04-«Биохимия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1993.

29. Бабушкина Л.В. Клинико-динамическая характеристика инсомний при пограничных состояниях. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1993.

30. Мишенев М.В. Функциональная характеристика лимфоцитов при пограничных нервно-психических расстройствах. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.16-«Патологическая физиология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1993.

31. Красноперов О.В. Клиническая и психофизиологическая характеристика диссомний у больных неврозами. 14.00.18-«Психиатрия». НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Барнаул, Алтайский медицинский университет. 1993.

32. Мельникова Т.Н. Влияние этанола на ультраструктуру органотипической культуры коры головного мозга. 14.00.45-«Наркология», 14.00.23-«Гистология, цитология, эмбриология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1993.

33. Черенько В.Б. Состояние системы иммунитета у больных алкоголизмом с экзогенно-органическим поражением головного мозга. 14.00.45-«Наркология», 14.00.36-«Аллергология и иммунология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1994.

34. Макарова Е.В. Влияние препаратов лития на транспорт серотонина в тромбоцитах периферической крови в норме и при психической патологии. 14.00.25-«Фармакология, клиническая фармакология», 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1994.

35. Козырев С.Н. Клинико-динамические и научно-организационные основы наркологической помощи сельскому населению. 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Барнаул, Алтайский наркологический диспансер. 1995.

36. Авдеенок Л.Н. Ретроспективная оценка ригидности в структуре личности родителей и внутрисемейных отношений в прогнозе и профилактике истерических состояний у «взрослых детей». 19.00.04-«Медицинская психология», 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1996.

37. Рудницкий В.А. Клинико-динамические и реабилитационные аспекты пограничных нервно-психических расстройств у лиц, подвергшихся воздействию радиации (ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1997.

38. Дроздовский Ю.В. Клиническая динамика, принципы ранней диагностики, реабилитации и профилактики патохарактерологических отклонений у подростков с девиантным и делинквентным поведением». 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Новокузнецк, Новокузнецкий институт усовершенствования врачей. 1997.

39. Глазырина Н.И. Клинико-динамические аспекты микроволновой терапии алкоголизма с коморбидным травматическим поражением головного мозга. 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1997.

40. Власенко В.И. Психологическая защита в оценке психического здоровья на этапах профессиональной адаптации военного врача. 14.00.18-«Психиатрия», 19.00.04-«Медицинская психология». Томск, Сибирский государственный медицинский университет, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1997.

41. Аболонин А.Ф. Клинико-нейрофизиологические особенности и терапия цереброваскулярных расстройств при алкоголизме с коморбидным травматическим поражением головного мозга. 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1997.

42. Головин О.Д. Клинико-динамические и конституционально-биологические особенности астенических психопатий. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1997.

43. Даубер К. Дифференцированное лечение больных алкоголизмом в амбулаторной практике. 14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Германия, Лейпцигский психиатрический кабинет. 1997.

44. Чеховская М.В. Клиническая характеристика психических нарушений у лиц с гетероагрессивным поведением. 14.00.18-«Психиатрия». Владивосток, Дальневосточный филиал НИИПЗ ТНЦ СО РАМН, Владивостокский государственный медицинский университет. 1997.

45. Пивоварова Л.Ф. Динамика личностных особенностей больных алкоголизмом и их жен в процессе психокоррекционной работы. 14.00.04. Барнаул, Алтайский краевой наркологический диспансер, Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

46. Запускалова Е. Г Клинические и рефлексотерапевтические аспекты цефалгического синдрома в клинике пограничных состояний. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

47. Ситдигов З.А. Психическое здоровье научных сотрудников (клинико-эпидемиологический аспект). 14.00.18-«Психиатрия». Томск. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

48. Харитонов С.В. Характеристика психовегетативного синдрома в динамике основных форм неврозов (экологический аспект). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

49. Ермолаев Л.М. Клинико-организационные принципы оказания дифференцированной помощи больным пограничными нервно-психическими расстройствами в Алтайском крае. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Барнаул, Алтайская краевая поликлиника неврозов. 1998.

50. Сперанская Л.Ф. Клиническая динамика и реабилитация пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков, проживающих в неблагоприятных экологических условиях. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

51. Лозовик Л.А. Клинико-динамическое исследование гашишно-опиатных полинаркоманий подросткового возраста, осложненных политоксикоманиями.

14.00.45-«Наркология». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН; Владивосток, Дальневосточный филиал НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

52. Волкова Е.М. Состояние системы иммунитета у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС с пограничными нервно-психическими расстройствами в отдаленный период после аварии. 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.16. Томск. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1998.

53. Снигирева Г.Я. Особенности клиники, терапии и превенции основных форм невротозов в системе гештальт-модели. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН СО РАМН, Новокузнецк, Новокузнецкий ГИДУВ. 1999.

54. Корнетов А.Н. Распространенность и клинко-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН СО РАМН. 1999.

55. Павлова О.А. Пограничные нервно-психические расстройства у работников образования (клинко-динамические и реабилитационные аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1999.

56. Гаврилов М.А. Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 1999.

57. Завьялова Н.Е. Сравнительная характеристика клинческой динамики опийной наркомании при традиционных и нейрохирургических способах терапии. 14.00.45-«Наркология». Новокузнецк, Новокузнецкий ГИДУВ, Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

58. Перчаткина О.Э. Истерические состояния: типология, динамика, терапия и превенция. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

59. Погосова И.А. Клинко-динамическая характеристика и факторы риска панических расстройств. 14.00.18-«Психиатрия». Курск, Курский государственный медицинский университет, Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

60. Канов Е.В. Некоторые аспекты фармакокинетики оригинального антиконвульсанта галодифа (экспериментально-клинческое исследование). 14.00.25-«Фармакология, клинческая фармакология». Томск, Сибирский государственный медицинский университет, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2000.

61. Шаркова С.В. Психопатологические нарушения при синдроме позвоночной артерии у больных многоуровневым остеохондрозом позвоночника (коморбидность, клинко-динамические особенности, реабилитация). 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.13. Новокузнецк, 1-я городская клинческая больница. 2001.

62. Красноперова Н.Ю. Клинко-динамическая характеристика пищевой аддикции. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Барнаул, Алтайская краевая клинческая психиатрическая больница. 2001.

63. Еланчинцева Е.М. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов (клинко-динамический и реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2001.

64. Сапрыкина Н.Б. Клинко-динамические аспекты микроволновой резонансной терапии в комплексной реабилитации больных с непсихотическим органическим поражением головного мозга. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, Томская областная клинческая психиатрическая больница, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2002.

65. Фисик М.В. Суицидальное поведение (эпидемиология, клиника, вопросы организации суицидологической помощи) на модели малого города. 14.00.18-«Пси-

хиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Ачинск, Краевая психиатрическая больница № 4. 2002.

66. Макашов С.Н. Характеристика умственной отсталости у потомков лиц, облученных на следе ядерного взрыва. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница. 2002.

67. Кузенкова Н.Н. Пограничные психические расстройства у подростков до-призывного возраста (эпидемиологический, клинко-динамический, реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Барнаул, Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей, Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2003.

68. Панченко Е.А. Транскультуральные аспекты психотерапии суицидального поведения. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Ижевск, Ижевская государственная медицинская академия. 2003.

69. Яныгин Е.В. Преневротические состояния: клиника, динамика, превенция. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2003.

70. Редчиц О.А. Тревожно-фобические расстройства (клинко-динамический и реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2003.

71. Пальянова И.А. Пограничные нервно-психические расстройства у учащихся системы начального профессионально-технического образования. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2004.

72. Платонов Д.Г. Клинко-патогенетические механизмы, лечение и превенция аффективных расстройств невротического уровня. 14.00.18-«Психиатрия». Кемерово, Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2004.

73. Одарченко С.С. Депрессии и коморбидные расстройства в позднем возрасте. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Омск, Омская клиническая психиатрическая больница. 2004.

74. Байкова Е.С. Пограничные нервно-психические расстройства у больных бронхиальной астмой (клиника, динамика, превенция). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2005.

75. Алтынбекова Г.И. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества. 14.00.45-«Наркология», 14.00.18-«Психиатрия». Казахстан, Павлодар, Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2005.

76. Мальцев В.С. Клиническая динамика личностных расстройств, вызванных семейной дезадаптацией. 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2005.

77. Боцмановская М.Б. Тревожно-депрессивные расстройства у безработных в промышленном городе Кузбасса. 14.00.18-«Психиатрия». Кемеровская область, г. Белово, ГУЗ Беловский психоневрологический диспансер, Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2006.

78. Коваленко А.Ю. Алкогольная зависимость и коморбидные панические расстройства. 14.00.45-«Наркология», 14.00.18-«Психиатрия». ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2006.

79. Вишневская О.П. Динамика патохарактерологического развития личности (по данным отдаленного катамнеза). 14.00.18-«Психиатрия». Москва, Российский государственный медицинский университет, Кемерово, Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница. 2007.

80. Иванова М. В. Психическое здоровье мигрантов (клинический, социально-психологический и реабилитационный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Краснодар, Психиатрическая больница. 2007.

81. Костин А.К. Психосоматические взаимодействия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (коморбидность, клиническая структура, динамика, реабилитация и превенция). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2007.

82. Асланбекова Н.В. Взаимосвязи качества жизни и психического здоровья у врачей стационарного профиля (региональный, клинико-психологический и превентивный аспекты). 14.00.18-«Психиатрия», 14.00.45. Павлодар, Казахстан, Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, Томск, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. 2008.

83. Приленская А.В. Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым пищевым поведением (клинико-реабилитационный аспект). 14.00.18-«Психиатрия». Томск, НИИПЗ СО РАМН, Тюмень, Тюменская областная клиническая психиатрическая больница, ТюмГМА. 2009.

84. Карташова И.Г. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и синдром раздраженного кишечника у больных с невротическими и аффективными расстройствами (клинико-динамический и реабилитационный аспекты). 14.01.04, 14.01.06. Томск, Сибирский государственный медицинский университет, НИИ ПЗ СО РАМН. 2012.

Избранные труды по психиатрии
академика В.Я. Семке

Научный редактор – академик РАН Н.А. Бохан

Издатель – Российская академия наук

Публикуется в авторской редакции

Издается по решению Научно-издательского совета
Российской академии наук (НИСО РАН) и
распространяется бесплатно

Подписано в печать 15.05.2018.

Формат 70х100/16. Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Уч.-изд. л. 26,50. Усл.-печ. л. 32,31. Заказ № 2329.6. Тираж 300.

Отпечатано в типографии ООО «Принт».
426035, г. Ижевск, ул. Тимирязева, 5.