

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК: 616-036.2

*В.А. Абрамов, Д.С. Лебедев***ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: психическая дезадаптация, донозологические психические нарушения, психопрофилактика, промышленная психиатрия.

В последние годы увеличивается количество исследований, посвященных состояниям психической дезадаптации. Проблема является актуальной в связи с введением понятия о континуальных границах психического здоровья, которое предусматривает наличие промежуточных состояний между психическим здоровьем и болезнью [87]. С другой стороны, осуществление массовых эпидемиологических обследований различных популяций предусматривало квалификацию многочисленных случаев психических расстройств без четкой нозологической очерченности, при которых было трудно провести границу относительно нормальных психических явлений [101]. Развитие профилактического направления современной психиатрии невозможно без конкретизации понятия “повышенный риск” формирования психических расстройств. Проблема изучения состояний психической дезадаптации обострилась вследствие ускоренного научно-технического прогресса, социальных потрясений, в результате которых индивид вынужден приспосабливаться к новым, зачастую неблагоприятным производственным, экологическим и социальным условиям [84, 113, 145]. События последних лет в нашей стране поставили ее население перед необходимостью приспособления к условиям, к которым эволюционно адекватных механизмов психической (психологической) адаптации сформироваться практически не могло. Это значительно повышает вероятность возникновения психических расстройств, в т.ч. предболезненного уровня.

В настоящем сообщении представлен анализ литературных публикаций о дефиниции, этиологии, распространенности, клинике и профилактике состояний психической дезадаптации, в том числе работ, основанных на материале, полученном при изучении лиц, занятых в промышленности. Такие состояния обозначают как “симптомы”, “реакции”, “инициальные прояв-

ления”, “предболезнь”, “психическая дезадаптация”, “донозологические расстройства”, “непатологические невротические проявления”, “состояния непатологической психической дезадаптации” [11, 49, 72, 88, 147]. Общим является отнесение этих нарушений к регистрам, занимающим промежуточное положение между психическим здоровьем и болезнью [88].

Принципы диагностики подобных состояний нашли освещение во многих работах [18, 27, 47, 50, 65, 76, 90, 115, 121]. В настоящее время достигнуто некое единство в отношении их диагностики. Непатологическая дезадаптация рассматривается с позиций нормоцентризма, т.е. относится к “практическому здоровью”, но представляет собой повышенный риск формирования пограничных психических расстройств [7, 90].

В качестве состояний психической дезадаптации обозначали в первую очередь пограничные нервно-психические расстройства на этапе становления (реакции, преневроз и т.п.), являющиеся наиболее универсальным проявлением нарушения приспособления и имеющие подвижные, расплывчатые границы со здоровьем [7, 49, 107, 114, 147]. Ю.А.Александровский в своих работах [6, 7, 8] обосновал необходимость выделения непатологических невротических проявлений, исходя из выдвинутой им концепции об индивидуальном барьере психической адаптации, как клинического выражения напряженной функциональной деятельности адаптационного барьера. С болезненными состояниями эти проявления объединяются лишь феноменологическим подобием.

В плане теоретического обоснования непатологической дезадаптации представляется ценным привлечение работ Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакиной, М.А.Уколовой [29], развивших учение Г.Селье. Суть их концепции в том, что описанные Г.Селье стрессорные реакции - реакции на угрожающие жизни сверхсильные раздражители

ли. Они всегда сопряжены с биологическими потерями, и организм защищает себя путем определенной степени потерь. Это - всегда патологические реакции. Л.Х.Гаркави с соавторами получали неспецифические реакции на раздражители средней и малой силы. Эти раздражения не наносят повреждений, в отличие от стрессорных, и находятся в пределах физиологической нормы. Реакции средней и малой силы были обозначены как реакции активации, реакции слабой силы - реакции тренировки. В зависимости от общих условий и состояния организма раздражение может быть как тренировочным, так и активирующим, но может превратиться и в стрессорное. Следует подчеркнуть, что речь идет об общих физиологических и патофизиологических реакциях без использования данных нервной деятельности и тем более психики. Эта неспецифическая для психиатрии теория общебиологического реагирования использована для понимания сущности непатологической дезадаптации В.А.Абрамовым, И.И.Кутько, Н.А.Напреенко и др.[1]. Они определяют непатологические состояния психической дезадаптации как реакции тренировки и активации низких уровней и стресс-реакции высоких уровней реактивности. Эти реакции, не имеющие еще черт явного повреждения (болезни), но приобретающие элементы напряженности и рассогласования функционирования систем организма, содержат в себе угрозу здоровью.

С точки зрения синдромогенеза группу непатологических невротических проявлений определяют главным образом наименее сложные по структуре неспецифические общевевротические расстройства. Их отличительными особенностями являются: временный характер, нестабильность, парциальность и фрагментарность отдельных нарушений, критическое отношение к ним, возможность быстрой и полной коррекции под влиянием благоприятно изменившейся ситуации. Однако возникновение невротических феноменов дает основание для выявления группы лиц повышенного риска развития пограничной патологии, находящихся “между здоровьем и болезнью”.

С.Б.Семичов [87] предложил систематику, в которой на континууме “психическое здоровье-болезнь” группы здоровья располагаются в зависимости от нарастания степени вероятности возникновения болезни, а также от “потребности” в том или ином виде помощи. Им выделена группа непатологической психической дезадаптации, относящаяся к области практического здоровья. Такой вид дезадаптации чаще всего

охватывает лишь отдельные сферы жизнедеятельности. Субклинические симптомы немногочисленные, полиморфные и ограничиваются уровнем самых легких регистров. По продолжительности - чаще кратковременные. Хотя непатологическая дезадаптация представляет собой переживание, проблему, кризис, автор считает необходимым отграничить ее от психогений. В клинко-психологическом плане подобные состояния характеризуются тем, что “проблемность” превалирует над “симптоматикой”. Помощь медицинского психолога предпочтительнее вмешательства врача, хотя в ряде случаев описанные нарушения самокупируются. Автор подчеркивал, что сущность этих состояний еще придется наполнить конкретным содержанием.

Н.Е.Бачериков [16] описывает адаптационные (приспособительные) реакции, возникающие у здоровых людей, относящиеся к “пограничной” норме. Эти состояния возникают под влиянием личностно-значимого психотравмирующего события, продолжаются от нескольких дней до нескольких месяцев, преходящие. Их основные признаки - изменения эмоциональной сферы и поведения, отличающиеся от обычного в таких ситуациях состояния здоровых лиц лишь большей длительностью и интенсивностью.

А.Б.Савиных [84] выделяет состояния психической дезадаптации на основании следующих критериев:

1) наличие кратковременных астенических расстройств, возникающих под воздействием широкого круга экзогенных факторов, и отражающих личностно-типологические особенности индивида;

2) обратимость указанных состояний при прекращении влияния неблагоприятных факторов;

3) отсутствие у обследованных признаков ранее перенесенных психических заболеваний и психических и соматических болезней на момент выявления состояний психической дезадаптации.

Наиболее адекватными представляются диагностические критерии непатологических состояний дезадаптации, сформулированные В.А.Абрамовым и соавт. [1]:

1) субклинический уровень проявлений, их рудиментарность, фрагментарность, структурная незавершенность, обычно относящаяся к 2-3 невротическим симптомам;

2) отсутствие субъективного чувства болезни, все неприятные ощущения психологически понятны, интерпретируются как преходящее

естественное “недомогание”, после отдыха, при переключении внимания они исчезают или уменьшаются;

3) отсутствие межперсональной конфликтности.

Этиология состояний психической дезадаптации.

В этиологии состояний психической дезадаптации сочетается взаимодействие внешних факторов риска и индивидуально-типологических особенностей личности [8, 26, 135].

Наиболее ранними из описанных в литературе факторов психической дезадаптации являются астенизирующие экзогенные воздействия, способствующие переутомлению и истощению [59]. Патогенетическая значимость данных факторов подчеркивалась В.А.Гиляровским [31], выделившим “синдром нервной демобилизации”, В.В.Королевым [55], описавшим “невроз истощения” и другими авторами .

Многие исследователи ведущую роль в этиологии состояний психической дезадаптации отводят экзогенно-органическим влияниям [96, 122]. К ним причисляют начальные проявления церебрального атеросклероза [14], неполноценности кровоснабжения мозга [21], легкие черепно-мозговые травмы [54], интоксикации нервной системы [142].

Имеется достаточное число работ о возникновении состояний психической дезадаптации в условиях Севера, в зонах высокогорья [144]. Многие авторы в генезе психодезадаптационных расстройств отдают предпочтение сугубо природным факторам [38, 113]. Однако есть сообщения, отрицающие роль климатических влияний на проявления психической дезадаптации [120]. Согласно большинству публикаций первостепенная роль среди природных факторов Севера при возникновении психодезадаптационных расстройств принадлежит суровым метеорологическим влияниям, обуславливающим “жесткость погоды” [43, 67]. Последняя обуславливает появление так называемых “метеотропных реакций” [13], “метеоневрозов” [41], которые отражают взаимосвязь психического состояния и метеорологических условий [53, 91].

Ряд авторов указывают на тесную взаимосвязь психической и психофизиологической адаптации [18, 150], нарушение которой может привести, в частности, к артериальной гипертензии, гипоксическому синдрому головного мозга [64], являющихся патогенетической основой для возникновения состояний психической дезадаптации.

В соответствии с вышеперечисленными подходами были разработаны оригинальные стандартизированные, в том числе психологические методы диагностики указанных состояний [37, 85].

Анализу конституционально-биологических факторов, которые суживают границы психической адаптации, посвящены многочисленные публикации [15, 131, 146]. Среди них выделяется соматогенная предрасположенность к психодезадаптационным нарушениям, заключающаяся в наличии следующей патологии вне обострения: кардиоваскулярной [22, 153], желудочно-кишечной [45], дыхательной [99], аллергической [149], вертеброгенной [128]. Обоснованная связь между психической дезадаптацией и иммунологической недостаточностью, Е.А.Акерман и С.А.Иванова [5] показали, что у работниц предприятия с психодезадаптационными расстройствами в 1,8 раза чаще наблюдаются иммунодефицитные состояния. Семке В.Я. с соавт. [89] в качестве предиктора неблагоприятного течения адаптационного процесса рассматривает патологическое левшество.

В качестве внешних факторов рассматриваются некоторые виды профессиональной деятельности с повышенными психическими и физическими затратами, которые сопровождаются “нервно-психическим напряжением” [66, 68]. Описаны психодезадаптационные нарушения у диспетчеров [12], пилотов [109], рабочих ночных смен [117], и т.д.

Частота возникновения подобных сдвигов повышена среди лиц, работающих в экстремальных условиях: у моряков дальнего плавания, геологов, военнослужащих, у лиц, работающих в зонах природных, экологических катастроф и др. [9, 57, 137].

В то же время выдвигается тезис о возможности развития психической дезадаптации под влиянием производственных факторов малой интенсивности [65, 97, 133] таких, как профессиональные вредности, переутомление и т.п.

Большинство исследователей [121, 126] у работников промышленности ведущим психогенным фактором считают психогению, связанные с производственной сферой. Однако единого мнения не имеется. Так, Б.С.Положий [74], отдает предпочтение в генезе дезадаптационных нарушений у работников промышленных предприятий психологическим факторам личного, микросоциального содержания, тогда как

П.К.Пернов [71] акцентирует внимание на профессиональных влияниях, выделяя “технопатии”, а А.Крейндлер [58] - подобное им “промышленное утомление”.

Многие авторы утверждают, что у мужчин относительно преобладают производственные психогении, а у женщин - семейно-бытовые, но чаще всего встречается их сочетание [4, 122, 145].

Наряду с данными о роли профессиональной деятельности в этиологии состояний психической дезадаптации имеются работы, в которых ведущая роль отводится психосоциальным влияниям окружающей среды [19, 138, 148], в том числе микросоциальным проблемам [121, 126], социальной напряженности в обществе [6, 119], миграции, сопровождаемой необходимостью приспособления к комплексу новых условий [32, 84, 139]. Совокупность психосоциальных факторов обозначается в литературе в виде “психического стресса” [63, 122, 136].

В.Я.Семке [89] подчеркивал, что сложные социально-экономические условия, перекосы в сфере межнациональных отношений и т.п. приводят к возрастанию напряженности в межличностных отношениях, формированию своеобразных психических отклонений (“неврозов перестройки”). Очевидна роль в формировании состояний дезадаптации социально-политической ситуации на пространстве бывшего СССР, приводящей к коренной ломке общественного сознания и жизненного стереотипа больших масс людей. Отражением этой позиции стала концепция социально-стрессовых расстройств, сформулированная Ю.А.Александровским [6]. Их выделение из числа других пограничных психических нарушений автор объясняет непосредственной связью с социальными катаклизмами. К числу основных социально-стрессовых расстройств он относит и непатологические (психофизиологические) реакции, т.е. непатологическую психическую дезадаптацию.

При анализе содержания “психического стресса” в работах Е.В.Гришиной [34], Magni G. et al. [140], Baum A. et al. [112] и других авторов можно выделить две группы его причин - по типу психосоциальной гиперстимуляции или социальной депривации. Наиболее патогенными для возникновения состояний психической дезадаптации оказываются условия при невозможности активного противодействия им со стороны личности: во время стихийных бедствий, экологических катастроф и т.п. [9, 116, 123].

Наиболее оптимальной представляется позиция ряда исследователей, которые включают в

этиологию состояний психической дезадаптации комплекс производственных, микросоциальных и экологических факторов, обозначая их понятиями “эндемический стресс” [127], “стресс от текущих проблем” [143] и т.п.

Кроме перечисленных факторов риска психической дезадаптации отмечаются такие, как наследственная [115] и возрастная [104] предрасположенность. О большей патогенности факторов, “сцепленных” с особенностями лиц женского пола, сообщает В.Г.Ротштейн с соавт. [81].

К группе риска психической дезадаптации относятся лица с дисгармоническим складом личности в виде препсихопатий [52] и психопатий [35]. Возможность дезадаптационных расстройств сохраняется и при наличии акцентуации характера [61]. Отметим, что И.А.Горькова [33] не рекомендует акцентуации характера безапелляционно относить к области предболезни или психической дезадаптации, подчеркивая, что один и тот же тип акцентуации, с одной стороны, обладает повышенной устойчивостью к ряду психогенных воздействий, а с другой стороны, создает повышенный риск определенных психических (иногда и соматических) расстройств. При возникновении же психических расстройств акцентуации выступают в качестве патопластического фактора, накладывая сильный отпечаток на картину психических расстройств, а также играют большую роль в качестве определенной симптоматики преморбидного фона.

Ю.А.Агапов с соавт. [2] в качестве существенной особенности развития состояний дезадаптации выделяет высокий уровень нейротизма, реактивной и личностной тревожности, наличие акцентуированных и препсихопатических черт в преморбиде в сочетании с нарушениями в сфере межличностных отношений.

Некоторые авторы рассматривают нейротизм как универсальный механизм реагирования, отражающий напряжение или срыв адаптационных ресурсов в экстремальных условиях среды обитания [25].

Г.В.Залевский [47] детально проанализировал роль и соотношение психической ригидности и тревожности в возникновении психической дезадаптации, а также описал их прогностическое значение. Е.В. Безносюк с соавт. [17] отмечает, что психическая дезадаптация у студентов-медиков отмечалась главным образом на фоне акцентуаций личности: тревожной, педантичной, возбудимой, циклоидной.

Среди индивидуально-типологических особенностей личности, способствующих форми-

рованию состояний психической дезадаптации описаны такие явления, затрудняющие приспособление, как “защитный аутизм” [154], “не соответствующие реакции преодоления” [141], а также препятствующие дезадаптационным

сдвигам: “механизмы психологической защиты” [83] или “факторы адаптационной стабильности” [20], которые включают эмоциональный и интеллектуальный контроль, постоянство самооценки, высокую экстраверсию и психомоторный темп.

Распространенность состояний психической дезадаптации.

Литературные данные о распространенности состояний психической дезадаптации неоднозначны в работах разных авторов, что обусловлено различными диагностическими и методологическими подходами при оценке психодезадаптационных расстройств, а также неоднородностью обследованных популяций.

F.Rouillon [151] выявил при трансрегиональном обследовании тревожные и невротические явления, трудно отличимые от нормы, в 10% случаев. J.H.Kashani et al. [134] обнаружили у 18,7% психически здоровых подростков отдельные симптомы депрессии, тревоги, поведенческие расстройства. H.Dilling, S.Weyerer [124] сообщили о встречаемости в 21,4% случаев донозологических психических сдвигов среди сельского населения Верхней Баварии. H.Schepank et al. [152] установили в популяции из 600 человек у 25% лиц легкие психогенные расстройства. Высокая частота психодезадаптационных нарушений - 67%, отмечена в общей популяции J.Halldin [132]. При исследовании учащихся общеобразовательных школ В.Ю. Проскурина [80] выделила группу лиц с предболезненными состояниями в отношении развития пограничных нервно-психических расстройств в количестве 17,6%.

Распространенность состояний психической дезадаптации повышается в популяциях, подверженных воздействию факторов риска.

Сообщается о частоте проявлений психической дезадаптации у студентов в 89,7% случаев [81]. Распространенность подобных нарушений выявлена у 39,6% сотрудников научно-исследовательского института [11]. “Астению переутомления” обнаружили В.П.Коханов, В.Н.Краснов [57] у 51% моряков дальнего плавания. Ю.А.Александровский с соавт. [10] при обследовании лиц с жалобами на нервно-психические расстройства в зоне аварии на Чернобыльской АЭС выявил признаки психической дезадаптации в промежутке от 20,1% до 69,2% обследованных, в зависимости от времени пребывания в зоне аварии.

Столь же разноречивы данные и о распространенности психодезадаптационных нарушений у работников промышленности.

Л.С.Свердлов с соавт. [86] сообщает, что при обследовании популяции работников крупного промышленного предприятия частота состояний психической дезадаптации составила 24%. О.П. Вертоградова и соавт. [22] при обследовании сотрудников научно-производственного объединения выявила у 13,7% обследованных депрессивные расстройства переходного между нормой и патологией субклинического уровня. Л.А.Стукалова и др. [95] при обследовании работников промпредприятия выявили у 31,2% лиц психодезадаптационные расстройства. Е.Г.Пожарова [73] при обследовании работников строительных организаций выявила психическую дезадаптацию у 27,1% обследованных. Ю.А.Александровский и Б.Д.Петраков [10] сообщают о частоте встречаемости психической дезадаптации от 15% до 25% у рабочих химических предприятий. А.Б.Савиных [84] по материалам сплошного обследования работников крупного лесопромышленного комбината приводит данные о 13,4% лиц с состояниями психической дезадаптации. Ю.А.Агапов [2] при обследовании рабочих нефтехимического комбината относит к группе психической дезадаптации 19,7% всех работающих.

С.В.Запускалов [48] при обследовании работников предприятия установил более высокую распространенность состояний психической дезадаптации среди высококвалифицированных рабочих, чем среди низкоквалифицированных лиц (53,1 и 29,3 на 100 лиц каждой группы).

Binder et al. [115] констатировал психосоматические и невротические симптомы у 21% мужчин и у 41% женщин, занятых на заводах Цюриха. Б.С.Положий, Е.А.Акерман [75] отмечают у работников предприятия преобладание распространенности психодезадаптационных расстройств у женщин по сравнению с мужчинами (13,4 на 1000 и 3,8 на 1000 соответственно). Ряд авторов указывают на преобладание женщин над мужчинами в контингентах с состояниями дезадаптации [73, 77, 84].

С.Б.Семичов [88] приводит данные разных авторов о том, что распространенность состояний психической дезадаптации колеблется от 22% до 89%.

Таким образом, имеющиеся в литературе данные о распространенности состояний психической дезадаптации весьма разноречивы и экстраполировать их на другие популяции необоснованно в связи с использованием авторами различных диагностических критериев и неодно-

родностью воздействующих факторов риска. В то же время сведения об истинной распространенности состояний психической дезадаптации в конкретной популяции необходимы для планирования и проведения адекватных профилактических мероприятий.

Структура состояний психической дезадаптации.

Проблема клинико-патогенетического изучения состояний психической дезадаптации предусматривает исследование не только причин возникновения, но и структуры психодезадаптационных расстройств, что определяется задачами их ранней диагностики. По данным литературы, среди проявлений психической дезадаптации встречаются состояния с преобладанием собственно слабости, эмоциональных или психосоматических (вегетативных) расстройств. Наиболее простыми по структуре являются дезадаптационные нарушения с преимущественно физической и психической астенией, которые возникают в результате перегрузки функциональных систем головного мозга при физической или умственной работе. Они описываются в виде неврастеноподобных [гипер-, гипостенических] сдвигов с рассеянностью внимания, снижением кратковременной и оперативной памяти, замедлением психомоторного темпа, снижением скорости переработки информации [12, 23, 40, 108, 118].

Психодезадаптационные расстройства с преобладанием эмоциональных сдвигов описываются при комплексном воздействии неблагоприятных внешних факторов, таких, как стрессовые ситуации с угрозой для здоровья и жизни, экстремальные условия работы, отрицательные психосоциальные влияния. Подчеркивается патогенетическая значимость ограниченной возможности личности активно противодействовать, избегать или корректировать стрессовую ситуацию [9, 16, 62, 70, 125, 129, 130].

Среди эмоциональных психодезадаптационных расстройств выделяются гипотимические, гипертимические, дистимические сдвиги. В.П.Казначеев [50] основным клиническим проявлением этих расстройств считает тревогу различного уровня в сочетании с некоторым повышением настроения и психомоторной активности, относя эти явления к "синдрому психоэмоционального напряжения". М.В.Виноградов, Н.Б.Ласков [24] сообщили о тревожно-депрессивных нарушениях с суетливостью или заторможенностью, а также эйфорических и маниакальных, которые возникали в экстремальных

условиях деятельности. З.С.Гусакова [39] обнаружила в условиях судебно-следственной ситуации у преморбидно здоровых лиц субдепрессивный и "псевдоманиакальный" варианты расстройств. А.С.Солодков, В.С.Лобзин [93] выявили у моряков-подводников возбудимые и тормозимые неврозоподобные нарушения в виде реакций гнева, обиды с депрессивными, тревожно-фобическими и астеническими компонентами, переживания эмоционального напряжения, психического дискомфорта.

В ряде работ описываются психодезадаптационные состояния с вовлечением вегетативной и психосоматической сферы в комплексе с эмоциональными, астеническими сдвигами, заострением или появлением несвойственных ранее характерологических черт, что дает основание считать такие расстройства в качестве наиболее неблагоприятных проявлений психической дезадаптации. Так, В.П.Коханов и В.Н.Краснов [57] сообщили о разнообразных вегетативных дисфункциях в сочетании с гипотимическими или экстрапунитивными дисфорическими реакциями у моряков. Ю.Л.Курако, В.Е.Волянский [60] у этого же контингента обнаружили вегетативную дисфункцию с преобладанием симпатикотонии в сочетании с тревогой, истощаемостью и экстрапирамидной симптоматикой. Brief R.S., Scala R.A. [117] выявили диссомнические и желудочно-кишечные сдвиги в комплексе с проявлениями эмоциональной лабильности у работников ночного сменного труда. Almeida-Filho N. [111] выделял в условиях стресса у мигрантов неспецифические соматогенные проявления: сосудистые, респираторные, желудочно-кишечные, суставные, которые обозначаются автором в виде "психосоматического дезадаптационного синдрома". О.Н.Соколова с соавт. [92] отмечает в структуре дезадаптации у пилотов гражданской авиации наряду с тревогой значительную выраженность вегетативных коррелятов тревоги: тахикардию, аритмии, гипо- или гипертонические реакции, диспноэ, дисфункции желудочно-кишечного тракта. М.С.Денисюк, А.Ю.Островский [42], Alloys-Varona L.R. [110] обнаружили у лиц, работающих в усложненных

условиях труда, аффективно-личностные, висцеро-вегетативные и психосоматические отклонения, М.С.Уманский [100] - астенические, истерические, обсессивные, вегетативные и психосоматические симптомы. В.Н.Судаков [96] описывает у рабочих в условиях острой психотравмирующей ситуации в структуре психодезадаптационных нарушений появление полиморфных отклонений со стороны соматической сферы (колебания артериального давления, дискинезия желчных путей и др.).

Профилактика состояний психической дезадаптации

Вопросы психопрофилактики состояний психической дезадаптации освещены в литературе достаточно широко. Содержание психопрофилактических мероприятий в данном случае определяется в основном общими принципами первичной психопрофилактики [23, 28, 30, 46, 73, 84].

По мнению Б.С.Положий и Е.А.Акерман [75] профилактика непатологической психической дезадаптации на производстве должна базироваться на принципах промышленной психогигиены, учитывать специфику отрасли, применяемых видов труда, технологических процессов. Одной из основных форм является психогигиеническая санитарно-просветительная работа.

В.А.Абрамов с соавт. [1] указывает на необходимость участия врача в оптимизации трудового процесса.

Большинство исследователей делают акцент на необходимости комплексной профилактики состояний психической дезадаптации, включающей разнообразные психотерапевтические, физио- и фармакотерапевтические воздействия [24, 34, 70, 75].

Имеются работы, формулирующие подходы дифференцированной профилактики состояний психической дезадаптации в зависимости от преобладающих нарушений и их выраженности [86, 90]. В.Я.Семке и соавт. [90] разработали семь психопрофилактических программ, используемых в условиях Сибири и Дальнего Востока. В основу положено использование адаптогенов растительного происхождения (экстракта родиолы розовой, элеутерококка, настойки лимонника и др.) в сочетании с различными методами психотерапии (гипноз, аутотренинг), иглорефлексотерапией, использованием антидепрессантов, иммунокорректоров. Л.С.Свердлов и соавт. [90] для психопрофилактики пси-

Анализ имеющихся публикаций показывает, что при популяционных исследованиях изучение дезадаптации основывалось преимущественно на исследовании всего контингента, без учета неблагоприятных воздействий конкретного производства, возрастающей социальной напряженности, либо ограничивалось эпидемиологическим, феноменологическим аспектами данных состояний, недостаточно исследованы личностно-психологические особенности дезадаптированных лиц.

хической дезадаптации на крупных промышленных предприятиях разработали пять программ. Они основаны на сочетанном применении психостимулирующих и седативных средств растительного происхождения, рефлексо-, физиотерапии, электросна, комплекса психотерапевтических методик (гипносуггестия, аутотренинг, групповая, рациональная психотерапия, социальный тренинг). Ю.А.Агапов и соавт. [3] внедрили для психопрофилактики среди лиц, работающих на химическом производстве, три программы. Первая включала психотерапевтические мероприятия и была направлена на снятие стрессовых факторов, вторая сочетала психотерапию с коррекцией соматической патологии, и третья предусматривала лечение в соматическом стационаре с последующей психологической адаптацией.

Все авторы, пишущие о профилактике психической дезадаптации, сообщают о применении различных психотерапевтических методов, таких как эмоциональная разгрузка, психологическая коррекция, рациональная психотерапия, ауто- и гетеротренинг, ситуационно-психологический, социальный тренинг, суггестия, психическая саморегуляция, нейролингвистическое программирование, различные виды групповой психотерапии, семейная психокоррекция, музыкотерапия, а также их различные сочетания, причем предпочтительны экспресс-методы. Подчеркивается необходимость проведения курсов эмоциональной разгрузки с элементами психической и мышечной релаксации, аутотренинга. Целесообразна семейная психокоррекция, общеоздоровительные мероприятия [1, 3, 78, 84, 90, 97, 98, 103, 105].

О.Н.Соколова с соавт. [92] предложила для лечения "астений адаптации" комбинацию транквилизаторов с пикамилоном, сафинором и пиридитолом, подчеркивая их нормализующий

“метеотропный” эффект для лиц, прибывших из зон с иным климатом.

С.И.Табачников с соавт. [97] сообщает об эффективности эмоционально-волевой тренировки и аппаратной нервно-мышечной электро-стимуляции при купировании состояний психической дезадаптации.

Ряд авторов указывают на эффективность различных методов рефлексотерапии для психопрофилактики состояний психической дезадаптации [44, 56, 57].

Основным принципом организации психопрофилактической помощи является внедиспансерный, предусматривающий дифференцированность, преемственность и ступенчатость мероприятий [75, 90] при взаимодействии психиатрических и общемедицинских звеньев здравоохранения [69, 86]. В ряде работ указывается на необходимость базирования специализированной помощи на уже существующих звеньях здравоохранения под методическим руководством региональных психиатрических учреждений [3, 48].

Психопрофилактическая работа на промышленном предприятии должна планироваться на разных уровнях [86]. Первый уровень - социальный. На нем реализуются мероприятия по улучшению материально-бытовых условий жизни и гигиенических условий труда, профессиональному отбору и т.п. Второй уровень - социально-психологический. На этом уровне могут быть реализованы психопрофилактически направленные семейное консультирование, мероприятия по улучшению социально-психологического климата в первичных производственных коллективах, программы социально-психологического тренинга для руководителей, социально-психологические методы преодоления негативной установки по отношению к сотрудничеству с врачами и психологами в группах повышенного риска. Третий уровень - психологический. На этом уровне должна быть обеспечена квалифицированная психологическая помощь в решении индивидуально-личностных проблем, психологическая коррекция особенностей характера человека, поведения и его отношений. Помощь такого рода направлена на развитие адаптивных возможностей человека, его способности конструктивно решать проблемные ситуации, избегая повышенного нервно-психического напряжения. Четвертый уровень - собственно медицинский. Содержанием работы на этом уровне является нейтрализация негативного влияния и повышение толерантности к воздействию хронического эмоционального стресса на нервно-

психическое здоровье, купирование актуальных невротических нарушений.

Обобщая опыт психопрофилактической работы различных исследовательских коллективов, Л.С.Свердлов с соавт. [86] показывает, что организационная структура психопрофилактической службы зависит от условий, сложившихся на конкретном промышленном предприятии. Однако, независимо от конкретных условий, организационная структура психопрофилактической службы включает, как правило, три основных звена. Первое звено ответственно за работу непосредственно в цехах, отделах, лабораториях предприятия. Деятельность этого звена, связанная с организацией комнат или кабинетов психологической разгрузки, обеспечивается средними медицинскими работниками МСЧ предприятия или психопрофилактической службы, либо, там, где это возможно, специально подготовленными медицинскими психологами. Объем задач, которые решаются в этом звене, различен в зависимости от подготовки кадров, от размеров охватываемого контингента. Здесь могут в принципе решаться задачи психологического характера, задачи психологического консультирования, психологической коррекции, могут проводиться сеансы релаксации и т.п. В цеховом медпункте могут выполняться медикаментозные назначения.

Второе звено обычно представляет собою в той или иной форме организованный на территории предприятия центр, в который сотрудники предприятия могут обратиться за квалифицированной психопрофилактической помощью. Работа этого центра обеспечивается квалифицированными психотерапевтами, медицинскими психологами и средним медицинским персоналом. В условиях этого центра проводится диагностическая, психотерапевтическая, психокоррекционная работа. Обычно этот центр является и организационно-методическим для психопрофилактической службы всего предприятия.

Третье звено - это профилактории, куда работники предприятия могут быть направлены из психопрофилактического центра. Автор считает целесообразной такую форму, как вечерний профилакторий, куда пациенты направляются сразу после работы и где они могут быть обеспечены питанием, возможностью отдыха, и где им оказывается квалифицированная и специализированная психопрофилактическая помощь. Преимущество такой формы состоит в том, что пациенты не прекращают работу на предприятии и в то же время не отрываются от семьи.

Одним из существенных доводов в пользу

организации психопрофилактической службы непосредственно на производстве является то, что число лиц, не согласных на сотрудничество с этой службой или предъявлявших неопределенную установку, возрастает, если оказывается, что необходимые формы психопрофилактической помощи могут быть оказаны лишь за пределами территории предприятия [69]. Н.Г.Генералова,

Л.С.Свердлов [30] отстаивают принцип свободного обращения за психопрофилактической помощью на основе ее реальной доступности и полной информированности о ее работе. Также, по их мнению, необходима автономность психопрофилактической службы от психиатрической, обеспечивающая как врачебную тайну, так и в случае необходимости анонимность обращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Кутько И.И., Напреенко А.К. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации: Метод. рекомендации.- Донецк, 1992.- 19 с.
2. Агапов Ю.А. Медико-социологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конф. с участием зарубежных ученых. - Томск, 1991.- Т.1.- С.15.
3. Агапов Ю.К., Судаков В.Н., Судакова А.Г. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.9-11.
4. Акерман Е.А. Невротические расстройства у работников крупного промышленного предприятия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Томск, 1987.- 21 с.
5. Акерман Е.А., Иванова С.А. Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конференции (с участием зарубежных ученых).- Томск, 1990.- С.12.
6. Александровский Ю.А. Обзорение психиатрии и медицинской психологии.- 1992.- N 2.- С.5-10.
7. Александровский Ю.А. Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз.конф.-Витебск, 1989.- Т.П.-С.4-7.
8. Александровский Ю.А. Вестн. АМН СССР.- 1985.- N5.- С.61-69.
9. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях.- М.: Медицина, 1991.- 96 с.
10. Александровский Ю.А., Петраков.Б.Д. Восьмой Всесоюз. съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тез. докл.- М., 1988.- Т.П.- С. 178-180.
11. Александровский Ю.А., Собчик Л.Н. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. - Л., 1986. - С.22-27
12. Алексеев В.А. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека: Тез. докл.-М., 1986. - С.6.
13. Андропова Т.И., Деряпа Н.Р., Соломатин А.П. Гелиометеоропные реакции здорового и больного человека. - Л.: Медицина, 1982.- 247 с.
14. Андрияшквичене Ю., Ручинскене М. Материалы научной конференции мед. фак. - Вильнюс. 1975. - С.116-118.
15. Анфиногенова Н.Г., Долгина Г.Т., Китаева Е.К. Сб. науч. тр. / Ленингр. научно-исслед. ин-т.- 1986.- Т.115.- С.114-117.
16. Бачериков Н.Е., Михайлова К.В., Гавенко В.Л. и др. Клиническая психиатрия. - К.: Здоровья, 1989.- 512 с.
17. Безносюк Е.В., Ордабаева Д.А., Саркисянц Э.Э. и соавт. Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. конф. - Витебск, 1989.- Т.П.- С.13-14.
18. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988.- 270 с.
19. Березин Ф.Б., Соколова Е.Д. Психогении и психопатии.- М., 1983.- С.84-90.
20. Бубнова С.С. Физиология экстрем. состояния и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.13.
21. Бурцев Е.М., Молоков Д.Д. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.9.- С.1305-1310.
22. Вертоградова О.П., Матвеев А.В. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.4.- С.552-555.
23. Верченко Н.В. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.16.
24. Виноградов М.В., Ласков Н.Б. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.320.
25. Волков Г.Д. Адаптация человека в различных климато-геогр. и производст. условиях: Тез. докл. -Новосибирск, 1981.- Т.3.-С.129-131.
26. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация - универсальный биологический механизм приспособления. - М.: Медицина, 1987.- 176 с.
27. Гавенко В.Л. Критерии диагностики и диспансеризации психически больных: Тез. докл. семинара-совещания психиатров Украины.- Донецк, 1992.- С.20.
28. Гавенко В.Л., Самардакова Г.О., Бачериков Н.Е. Психиатрия и наркология. - К.: Здоров'я, 1993.- 192 с.
29. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма.- Ростов-на-Дону, изд. 3-е, 1992.- 152 с.
30. Генералова Н.Г., Свердлов Л.С. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.18-21.
31. Гиляровский А.В. Старые и новые проблемы психиатрии.- М., 1946.- С.56-67.
32. Гончарская Т.В., Коцюбинский А.П., Мальков Н.Р. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.129-133.
33. Горьковая И.А. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.- СПб, 1993.- N 4.- С.53-62.
34. Гришина Е.В. Сб. науч. тр. Ленингр. научно-исслед. психоневролог. ин-та.- 1986.- Т.115.- С.140-144.
35. Гульдман В.В., Иванников В.А. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1974.- Вып.12.- С.1830-1836.
36. Гурвич И.Н. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.- С.32-34.
37. Гурвич И.Н., Семичов С.Б. Тест нервно-психической адаптации: Метод. рекомендации.- Л., 1988.- 19 с. 1986.- С.28-32.
38. Гурьев В.Н. Человек и среда.- Л., 1975.- С.113-120.
39. Гусакова З.С. Варианты непсихотических психогенных состояний, возникающих в условиях судебного-следственной ситуации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1988.- 22с.
40. Гут В.Г. Акт. вопр. психиатрии.- Томск, 1985.- Вып.2.- С.16-17.
41. Данишевский Г.М. Патология человека и профилактика заболеваний на Севере.- М.: Медицина, 1968.- 412 с.
42. Денисюк М.С., Островский А.Ю. Совр. состояние, перспективы развития морской медицины и гигиены водного транспорта: Материалы конф. - Одесса, 1983.- С.172-173.
43. Деряпа Н.Р. Эколого-гигиен. и клин. вопр. жизнедеятельности человека в условиях Севера.- Новосибирск, 1981.- С.4-5.
44. Ермаков А.В. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.2.- С.67-69.
45. Ерохина Л.Г., Ринская И.Ю. Неврология и психиатрия.- Киев, 1974.- Вып.4.- С.63-66.
46. Жариков Н.М., Урсова М.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия.- М.: Медицина, 1989.- 496 с.
47. Залевский Г.В. Дифференциально-диагностическая оценка психической ригидности при основных нервно-психических расстройствах. Метод. рекомендации.- Томск, 1987.- 24 с.
48. Запускалов С.В. Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья: Тез. докл. Всесоюз. конференции [с участием зарубежных ученых]. - Томск, 1990. - С.33.
49. Зеневич Г.В. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.28-32.
50. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. - Новосибирск: Наука, 1980. - 192 с.
51. Кербинов О.В. Избранные труды.- М., 1971.- 213 с. 36.
52. Ковалев В.В. Патохарактеролог. исслед. у подростков.- Л., 1981.- С.73-78.
53. Колосова О.А., Миндлина Г.Н. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1987.- Вып.1.- С.-136-143.
54. Корнилов А.А., Кокорина Н.П. Клин. и орг. асп. начальных проявлений нервно-псих. заболеваний.- Барнаул, 1987.- С.24-25.
55. Королев В.В. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1962.- Вып.5.- С.716-722.
56. Костина Н.Н. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.- С.44-45.
57. Коханов В.П., Краснов В.Н. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.11.- С.1681-1684.
58. Крейндрер А. Астенический невроз: Пер. с румын.- Бухарест: Изд-во Академии РНР, 1963.- 410 с.
59. Крепелин Э. Психиатрия. - СПб, 1898.- 503 с.
60. Курако Ю.Л., Волянский В.Е. Актуальные проблемы

- пограничной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. конф. - Витебск, 1989.- Т.П.- С.71-73.
61. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем.- Киев:Вища школа, 1981.- 390 с.
62. Липгарт Н.К., Чайка Ю.В., Подкорытов В.С. VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл.- М., 1981.- Т.3.- С.474-476.
63. Ломунов О.К. VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл.- М., 1981.- Т.3.- С.477-478.
64. Марачев А.Г. Регион. особенности здоровья жителей Заполярья.- Новосибирск, 1983.- С.98-102.
65. Менделевич Д.М., Яхин К.К. Гигиена труда и проф. заболевания.- 1985.- N 8.- С.48-50.
66. Наенко Н.И. Психическая напряженность.- М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976.- 112 с.
67. Неверова Н.П. Состояние вегетативных функций у здоровых людей в условиях Крайнего Севера (материалы к изучению физиологич. механизмов акклиматизации у здорового человека к условиям Крайнего Севера): Автореф. дис. ... докт. мед. наук.- Новосибирск. - 1992. - 30с.
68. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения.- Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983.- 166 с.
69. Острцов О.В. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.2.- С.74-77.
70. Первомайский В.Б. Вопросы клиники и возникновения психастенической психопатии, принципы терапии, профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1983.- 23 с.
71. Пернов П.К. Неврозы и неврозоподобные состояния / Под. ред. проф. Н.Антонова.- София: Медицина и физкультура, 1983.- 244 с.
72. Подкорытов В.С. Невропатология и психиатрия. Патоморфоз нерв. и псих. заболеваний.- Киев, 1980.- Вып.9.- С.130-133.
73. Пожарова Е.Г. Пограничные нервно-психические расстройства у работников строительства [клинико-эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты]: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.Томск, 1991.- 20 с.
74. Положий Б.С. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1986.- Вып.8.- С.1200-1203.
75. Положий Б.С., Акерман Е.А. Клиника и профилактика невротических расстройств у работников промышленности: Метод. рекомендации.- Томск, 1988.- 19 с.
76. Положий Б.С., Запускалов С.В. Раннее выявление, клиника и профилактика экзогенно-органических психических расстройств у работников промышленности: Метод. рекомендации.- Томск, 1988.- 21с.
77. Положий Б.С., Потапкин И.А. Распространенность, клиника и профилактика нервно-психических расстройств у лиц старшего возраста, работающих на промышленном производстве: Метод. рекомендации.-Томск, 1990.- 20 с. с.
78. Попова Л.А. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.
79. Потапкин И.А. Социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.80-83.
80. Проскурина Т.Ю. Профилактика пограничных нервно-психических расстройств у учащихся старших классов общеобразовательных школ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Харьков, 1992.- 19 с.
81. Ротштейн В.Г., Богдан А.Н., Морозова В.П. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1987.- Вып.6.- С.931-935.
82. Саванин Д.В., Головин О.Д. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.95-97.
83. Савенко Ю.С. Пробл. клиники и патогенеза псих. заболеваний.- М., 1974.- С.95-112.
84. Савиных А.Б. Структура, динамика и профилактика состояний психической дезадаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Томск, 1989.- 25 с.
85. Свердлов Л.С., Скорик А.И. Опросник нервно-психической дезадаптации: Метод. рекомендации.-Л.,1990.- 42с.
86. Свердлов Л.С., Скорик А.И., Генералова Н.Г. и др. Психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств на крупных промышленных предприятиях: Метод. рекомендации.- Л., 1990.- 16 с.
87. Семичов С.Б. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.8-17.
88. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства.- Л.: Медицина, 1987.- 184 с.
89. Семке В.Я., Савиных А.Б., Аксенов М.М. Медико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.1.- С.103-105.
90. Семке В.Я., Судаков В.Н., Лишманов Ю.Б. и др. Клиническая систематика, принципы ранней диагностики и психопрофилактики состояний психоэмоционального напряжения: Метод. рекомендации.- Томск, 1988.- 19 с.
91. Сидякин В.Г., Темурыянц Н.А., Сташков А.М. и др. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1983.- Вып.1.- С.134-137.
92. Соколова О.Н., Коркина В.М., Бодарева В.В. и др. Актуальные проблемы пограничной психиатрии [часть II].- М.- Витебск, 1989.- С.121-122.
93. Солодков А.С., Лобзин В.С. Военно-мед. журн.- 1980.- N 1.- С.51-54.
94. Спивак Л.И. IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров.- М.- 1980.- Т.1.- С.347-349.
95. Стукалова Л.А., Алексеев Ю.Н., Кизяковский В.М. IV Всерос. съезд невропатологов и психиатров: Тез. докл.- М., 1980.- Т.1.- С.244-246.
96. Судаков В.Н. Клинико-орг. асп. начальных проявлений нервно-псих. заболеваний.- Барнаул, 1987.- С.49-50.
97. Табачников С.И., Найдено С.И., Пуцай С.А. и др. Пограничные психические расстройства (социальный и клинический аспекты).- М., 1988.- С.114-118.
98. Табачников С.И., Найдено С.И., Титиевский С.В. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии.- Запорожье, 1990.- С.131-133.
99. Тлапшюков М.Х. Изменения нервной системы при неспецифических заболеваниях легких: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.- М., 1984.- 32 с.
100. Уманский С.М., Уманский М.С. Новое в терапии и организации помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами: Сб. науч. тр. / ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. Сербского. - М., 1986.- С.42-45.
101. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - 2-е изд.- М.: Медицина, 1987.- 304 с.
102. Хаустова Е.А., Чуприков А.П. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии.- Запорожье, 1990.- С.136-139.
103. Хмелевский В.Н., Мордовцева Н.В. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях.- Красноярск, 1990.- Т.2.- С.84-85.
104. Цыцарева И.В. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.97-100.
105. Шинкевич Н.В. Актуальные вопросы психиатрии.- Томск, 1989.- С.78-79.
106. Шмидт Б.В., Бассин В.Ф. Методологические аспекты науки о мозге.- М.,1983.- С.192-204.
107. Шостакович, Я.Е. Свириновский, Л.Н. Собчик и др. Журн. невропатологии и психиатрии.- 1985.- Вып.4.- С.579-584.
108. Яковлева И.Г. Физиология экстрем. состояний и индивид. защита человека.- М., 1986.- С.72.
109. Agathon M. Acta psychiat. belg.- 1977.- V.77.- N.1.- P.105-117.
110. Alloys-Varona L.R. Rev. Hosp. psiquiatr. Habana.- 1985.- V.26.- N.2.- P.163-173.
111. Almeida-Filho N. Acta Psychiat. scand.- 1987.- V.75.- N.1.- P.1-10.
112. Baum A., Fleming R., Reddy D.M. Soc. Sci. med. - 1986.- V.22.- N.5.- P.509-516.
113. Bell J., Garthwaite P.H. Brit. J. Psychiat.- 1987.- V.150.- P.213-219.
114. Berg M. Bull. Menninger clin.- 1982.- V.46.- N.2.- P.113-124.
115. Binder J., Dobler-Mikola A., Angst J. Soc. Psychiatr.- 1981.- V.16.- N.1.- P.31-41.
116. Bricchacek V. Ces. Psychiatr.- 1985.- V.81.- N.5.- P.292-297.
117. Brief R.S., Scala R.A. Amer. Industr. Hyg. Ass. J.- 1986.- V.747.- N.4.- P.199-203.
118. Buchshaum M.B., Haier R.J., Sostek A. et al. Arch. gener. Psychiatry.- 1985.- V.42.- N.4.- P.354-360.
119. Cairns E., Wilson R. Brit. J. Psychiatry.- 1984.- V.145.- N.12.- P.631-635.
120. Christensen R. Alaska Med.- 1982.- V.24.- N.5.- P.89-90.
121. Cooce D.J. Acta psychiat. scand.- 1986.- V.74.- N.3.- P.281-291.
122. Deb A.K. Indian. Pract.- 1974.- V.27.- P.35-38.
123. Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. et al. Amer. J. Psychiatry.- 1987.- V.144.- N.8.- P.1074-1077.
124. Dilling H., Weyerer S. Acta psychiat. scand.- 1984.- V.86.- N.1.- P.60-79.
125. Doutheau C. Ann. medico-psychol.- 1984.- V.142.- N.2.- P.241-247.
126. Dytrych Z., Schuller V., Prokopec J. Ces. Psychiatr.- 1986.- V.82.- N.2.- P.82-86.
127. Ferdiere G. Ann. medico-psychol.- 1984.- V.142.- N.2.- P.283-284.
128. France R.D., Houpt J.L., Skott A. et al. J. psychosom. Res.- 1986.- V.30.- N.2.- P.127-133.
129. Fowlie D.G., Aveline M.O. Brit. J. Psychiatry.- 1985.- V.1985.- N.6.- P.609-613.
130. Jones D.R. Amer. J. Psychiatry.- 1985.- V.142.- N.3.- P.303-307.
131. Hales R.E. Milit. Med.- 1987.- V.12.- N.1.- P.587-595.
132. Halldin J. Acta Psychiatr. scand.- 1985.- V.71.- N.2.- P.117-127.
133. Hobbs P.R., Ballinger C.B., Clure A.M et al. Acta psychiat. scand.- 1985.- V.71.- N.3.- P.281-286.
134. Kashani J.H., Beck H.C., Hooper E.W. Amer. J. Psychiatry.- 1987.- V.144.- N.5.- P.584-590.
135. Kobasa S.C.O., Puccetti M.P. J. Pers. Soc. Psychol.- 1983.- V.45.- N.4.- P.839-850.

136. Lazarus R. Society, stress and disease.- London-New York-Toronto, 1971.- P.53.
137. Lerer B., Bleich A., Kotler M. et al. Arch. gener. Psychiatr.- 1987.- V.44.- N.11.- P.976-982.
138. Linsky A.S., Straus M.A., Colby J.P. J. Stud. Alcohol.- 1985.- V.46.- N.1.- P.72-80.
139. London M. Brit. J. Psychiatry.- 1986.- V.149.- N.9.- P.265-273.
140. Magni G., Messina C., Leo D. et al. Acta psychiatr. scand.- 1983.- V.68.- N.4.- P.297-301.
141. Miller P.M., Surtees P.G., Kreitman N.B. et al. J. nerv. ment. Dis.- 1985.- V.173.- N.12.- P.707-716.
142. Min S.K. Acta psychiatr. scand.- 1986.- V.73.- P.80-86.
143. Nezu A.M. J. clin. Psychol.- 1986.- V.42.- N.6.- P.847-852.
144. Nickels J.B., Kehoe J.P. Northern communities mental health and social adaptation.- Winnipeg, Manitoba, 1972. [3], 36.1 Center for Settlement studies. Univ. of Manitoba. Ser.5.
145. Northcott H.C. Canad. mental Health.- 1984.- V.32.- N.3.- P.25-27.
146. Nott P.N. Brit. J. Psychiatr.- 1987.- V.151.- N.10.- P.523-527.
147. Novac A. J. nerv. ment. Dis.- 1986.- V.174.- N.2.- P.84-91.
148. Perris H. Acta psychiatr. scand.- 1984.- V.69.- N.4.- P.350-368.
149. Rix K.J.B., Pearson D.J., Bentley S.J. Brit. J. Psychiatr.- 1984.- V.145.- P.121-126.
150. Roth D.L., Holmes D.S. Psychosom. med.- 1987.- V.49.- N.4.- P.355-366.
151. Rouillon F. Sem. Hop.- 1985.- V.61.- N.45.- P.3129-3133.
152. Shepank H., Hilpert W., Honmann H. Z. Psychosom. Med.- 1984.- V.30.- P.43-61.
153. Swift R.M., Black H.R. Psychosomatics.- 1984.- V.25.- N.10.- P.737-745.
154. Jarosz M. Psychiat. Pol.- 1979.- V.13.- N.2.- P.111-117.

Поступила в редакцию 22.09.95