

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XIX

№ 2

2013

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков;
Главный редактор профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров;
профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; А.К. Тастанова; доктор медицинских наук А.Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А.А. Чуркин; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); кандидат медицинских наук А.Т. Ескалиева (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук М.К. Телеуов (Астана)

**Регистрационное свидетельство № 8864-Ж от 14.12.2007 г.
выдано Министерством культуры и информации
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 от 10.01.2001 г. выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Журнал основан в 1995 году
Периодичность: ежеквартально**

**Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Кусаинов А.А., Павленко В.П., Байкенов Е.Б.

Первичная профилактика наркоманий среди детей и подростков 7-20

ПСИХОТЕРАПИЯ

Чобану И.К.

Психогенетическая модель и теория личности Ю.В. Валентика в психотерапии 21-30

НАРКОЛОГИЯ

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В.

Использование технологии полуструктурированного интервью «Индекс тяжести аддикции» для диагностики социальных и медицинских проблем клиентов с опиоидной зависимостью в условиях амбулаторной помощи 31-35

Катков А.Л.

Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных службах Украины 36-41

Катков А.Л.

Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой негосударственными и коммерческими организациями (НПО) Украины 41-46

Катков А.Л.

Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой в системе Государственной пенитенциарной службы Украины 46-50

Катков А.Л.

Комплексная характеристика сектора частной наркологической помощи, оказываемой в системе здравоохранения Украины 50-53

Катков А.Л.

Некоторые характеристики эффективности и качества сектора государственной наркологической помощи Министерства охраны здоровья Украины 53-57

Катков А.Л.

О результатах комплексной оценки национальной системы наркологической помощи Украины 58-59

Том XIX

№ 2

2013 год

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

выходит

4 раза в год

Дахова Л.Н.

Особенности амбулаторного и стационарного обследования психического здоровья лиц допризывного и призывного возрастов 60-63

Олифира С.А.

Адаптационный кризис как элемент развития личности
Студента. Экофасилитативный подход

64-70

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Плоткин Ф.Б.

Проблема структурирования времени: механизмы временной дезактуализации и пути решения (сообщение 2)

71-88

Филатова А.Ф.

К вопросу о методике «Театр архетипов/архетипический анализатор»

88-90

Филатова А.Ф.

Социокультурные и психологические особенности российского человека, определяющие специфику оказания ему психологической помощи

90-94

Резюме

95-101

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

SOCIAL EPIDEMICS

FOUNDERS:

- Kusainov A.A., Pavlenko V.P., Baykenov E.B.*
Primary prevention of drug dependence among children
and teenagers 7-20

PSYCHOTHERAPY

- Chobanu I.K.*
Psychogenetic model and theory of personality by
Y.V. Valentik in Psychotherapy. 21-30

Professional Psychotherapeutic League

NARCOLOGY

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

- Ayaganova D.E., Prilutskaya-Sushenko M.V.*
Use of technology of the semi-structured interview «An
index of gravity of addiction» for diagnostics of social
and medical problems of clients with opioid dependence
in the conditions of an ambulatory care 31-35
- Katkov A.L.*
The complex characteristic of sector of the narcological
help rendered in public institutions of an education
system and social services of Ukraine 36-41
- Katkov A.L.*
The complex characteristic of sector of the narcological
help rendered by non-state and non-profit organizations
of Ukraine 41-46
- Katkov A.L.*
The complex characteristic of sector of the narcological
help rendered in system of the Public penitentiary service
of Ukraine 46-50
- Katkov A.L.*
The complex characteristic of sector of the private
narcological help rendered in health system of Ukraine 50-53
- Katkov A.L.*
Some characteristics of efficiency and quality of sector
of the state narcological help of the Ministry of health
protection of Ukraine 53-57
- Katkov A.L.*
About results of a complex assessment of national
system of the narcological help of Ukraine 58-59

Volume XIX
№ 2
2013

BOUNDARY DISORDERS

Published 4 times
in a year

- Dahova L.N.*
Features of out-patient and stationary inspection of
mental health of persons of pre-conscription and
military age 60-63
- Olifira S.A.*
The crisis of adaptation as an element of personal
development of a student. Ecofacylitative approach 64-70
-
-

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

Plotkin F.B.

The problem of structuring of time: mechanisms of a temporary disactualization and solution (report 2) 71-88

Filatova A.F.

Question about the method of archetype's theatre/the archetypical analyser 88-90

Filatova A.F.

Sociocultural and psychological features of Russians, which determined specificity of psychological help for this population 90-94

Summary 95-101

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.А. Кусаинов	заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар
В.П. Павленко	ответственный по курсу психиатрии и наркологии ЗКГМУ им. М. Оспанова, к.м.н., доцент, г. Актобе
Е.Б. Байкенов	руководитель патентно-информационного отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

1. Введение

Всевозрастающий темп жизни человеческого общества, постоянно увеличивающиеся объёмы получаемой информации, деструктивные явления, зародившиеся в последние десятилетия, привели к тому, что часть наших соотечественников, находясь под воздействием продолжительных и интенсивных стрессовых ситуаций, оказались не готовыми к их преодолению. Совершенно очевидно, что значительную часть данной категории составляют дети и подростки, у которых выработка новых форм психологической и социальной адаптации происходит хаотично, бессистемно и лавинообразно. Невозможность преодолевать трудные ситуации и, как следствие, психоэмоциональное перенапряжение, приводят к возникновению различных форм саморазрушающего поведения, таких как употребление психоактивных веществ (ПАВ), участие в деструктивных сектах, криминальных сообществах, игровая, компьютерная зависимость.

Отсутствие специальных знаний по формированию здорового стиля жизни и современных социально адаптированных стратегий поведения у взрослых – родителей, педагогов, школьных психологов – не позволяет им оказывать результативное воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку детям и подросткам. Следует отметить, что профилактическая работа взрослых, не являющихся специалистами и глубоко не понимающих проблему зависимостей, зачастую строится по принципу нудных нравоучительных нотаций и запугивания. Об эффективности такой профилактики говорить невозможно. А ведь параллельно идёт другая «работа»: школьники обсуждают возникающие проблемы в своём кругу, где есть «знатоки».

Профилактика психических и наркологических расстройств является одной из важнейших задач воспитательной работы в общеобразовательных школах. Несмотря на то, что врачами психоневрологи-

ческих и наркологических диспансеров, центров формирования здорового образа жизни (ЗОЖ), инспекторами по делам несовершеннолетних проводится целый ряд профилактических мероприятий среди школьников, таких как лекции, беседы, семинары, тренинги, круглые столы, раздача буклетов, брошюр и т.д., каждодневные обязанности по реализации данного направления ложатся на плечи школьных психологов, социальных педагогов и классных руководителей. Именно поэтому сотрудникам школ необходимо владеть специальными знаниями в рамках проведения профилактической работы.

2. Наркомания: определение, основные понятия и критерии, вопросы классификации

Термин «наркомания» связан с понятием «наркотик» (от греч. *narkotikos* – усыпляющий). Группу наркотиков в узком смысле слова составляют так называемые опиаты – вещества, которые добывают из мака: морфин, кодеин, промедол, героин и др. В настоящее время термин «наркотическое вещество» (наркотик) применяется по отношению к тем ядам или веществам, которые способны вызвать эйфоризирующее, снотворное, болеутоляющее или возбуждающее действие.

Согласно принятому международному определению, наркомания – это нарушение психики, заключающееся в сильном желании принять определённое вещество (или вещество из определённой группы) в ущерб другим видам деятельности и упорное продолжение использования вещества, несмотря на пагубные последствия. Синонимом термина наркомания является понятие «зависимость».

Итак, наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приёму в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстинен-

ции при прекращении их приёма. Основными характеристиками наркомании являются приобретенная в результате злоупотребления наркотическим средством изменённая реактивность к нему, что выражается в патологическом пристрастии (влечении) к наркотику, изменённая толерантность, изменение первоначального действия наркотика на организм, возникновение абстинентного синдрома вслед за прекращением употребления наркотического средства.

В развитии наркомании выделяют три стадии:

1. *Начальная или стадия адаптации.* В основном постепенно, но иногда быстро (за 1–2 месяца или после 1–2 введений препарата в организм) развивается психическая зависимость. Диагностическим признаком наличия индивидуальной психической зависимости является употребление психоактивных веществ в одиночестве. Это признак сформировавшегося влечения к наркотику.

2. *Хроническая стадия.* Имеет место психическая и формируется физическая зависимость, готовность организма к абстинентному синдрому. Начинается утрата эйфорического компонента действия психоактивного вещества.

3. *Конечная стадия.* Истощение организма. Максимальная физическая зависимость от наркотика, наступление тяжелых необратимых изменений в организме и психике вплоть до инвалидизации.

Психоактивное вещество – это любое вещество, которое при введении в организм человека может изменять его восприятие окружающего, настроение, способность к познанию, поведение и двигательные функции. Однако далеко не каждое психоактивное вещество признается наркотическим. Термин «наркотическое вещество» включает в себя три критерия:

- а) медицинский;
- б) социальный;
- в) юридический.

Они взаимозависимы и в правовом аспекте обязывают признавать средство наркотическим только при соответствии всем трём критериям.

Медицинский критерий состоит в том, что средство (вещество, лекарство) должно оказывать только специфическое действие на центральную нервную систему (ЦНС) (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.д.), которое было бы причиной его немедицинского применения.

Социальный критерий подразумевает, что немедицинское применение средств приобретает такие масштабы, что становится социально значимым.

Юридический критерий исходит из обеих вышеуказанных предпосылок и требует, чтобы соответствующая инстанция, на то уполномоченная, признала данное средство наркотическим, и включило в список наркотических средств.

Применение термина «наркотическое вещество» к любому веществу, исходя только из фармакологи-

ческих позиций, недопустимо, поскольку в него вкладывается, помимо медицинского, ещё юридическое и социальное понимание. Термин «наркомания» определяется не столько с клинических позиций, сколько с позиций медико-юридических и социальных, и применяется только с учётом тех болезненных патологических состояний, которые вызываются злоупотреблением соответствующими веществами или лекарственными средствами.

Такое применение этого термина вызвало необходимость введения в терминологию клинического определения злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, не признанными законом наркотическими, дополнительного понятия «токсикомания». Этот термин введён для определения нозологической единицы, связанной с применением веществ или лекарственных средств, не признанных наркотическими. Таким образом, к наркомании относятся только те случаи немедицинского потребления вещества или лекарственного средства, если они в установленном порядке отнесены к наркотическим средствам. Если вещество не отнесено к наркотическим, применяется термин «токсикомания».

Случаи эпизодического или умеренного употребления ряда веществ наркотического или стимулирующего действия носят названия наркотизма или периодической наркотизацией.

Согласно рекомендациям ВОЗ, наркоманом считают человека, состояние которого соответствует нескольким из следующих условий:

1) в связи с часто повторяемым приёмом наркотических веществ у лица, зависимого от наркотиков, возникает состояние периодической или постоянной интоксикации, представляющее опасность для него самого и для его окружения; наркозависимый наносит вред не только своему физическому, психическому состоянию и социальному положению, но и своим поведением наносит материальный и моральный ущерб окружающим его близким людям и обществу;

2) ввиду нарастающей толерантности наркозависимый постоянно повышает дозу вещества для получения желаемого эффекта;

3) наблюдается выраженная психическая и физическая зависимость от вводимого препарата, что проявляется в неодолимом влечении к наркотику;

4) неодолимое влечение к наркотику вынуждает наркозависимого добиваться его приобретения любыми способами.

При наркотизме эти признаки отсутствуют или выражены в незначительной степени: отсутствует потребность в увеличении дозы, имеются только элементы психической зависимости, желание повторного введения наркотика не носит компульсивного характера, наносимое приёмом наркотика, вредное воздействие распространяется исключительно на лицо, употребляющее наркотик.

2.1. Классификация наркоманий и токсикоманий

Клинические формы рассматриваемых заболеваний выделяют по активному веществу, которым злоупотребляет больной:

- I. Опийная наркомания.
- II. Наркомания, обусловленная злоупотреблением препаратами конопли.
- III. Злоупотребление седативно-снотворными средствами:
 - наркомания, вызванная снотворными препаратами;
 - токсикомания, обусловленная злоупотреблением транквилизаторами.
- IV. Злоупотребление психостимуляторами:
 - амфетаминовая наркомания;
 - злоупотребление кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащих смесей;
 - кокаиновая наркомания;
 - злоупотребление кофеином.
- V. Злоупотребление галлюциногенами:
 - действие мескалина и псилоцибина;
 - злоупотребление ЛСД;
 - злоупотребление фенциклидином;
 - злоупотребление холинолитиками;
 - токсикомания, вызванная атропиноподобными средствами;
 - токсикомания при использовании антигистаминных препаратов;
 - циклодоловая токсикомания.
- VI. Токсикомания, обусловленная вдыханием летучих органических растворителей.
- VII. Полинаркомания, осложненная наркомания, политоксикомания.

Приведём международную классификацию наркоманий и токсикоманий, согласно рекомендациям

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10), 1994], используемую в практической наркологии (таблица 1).

Многие наркозависимые лица употребляют более одного типа психоактивных веществ, но диагноз расстройства должен быть установлен по возможности в соответствии с наиболее важным из используемых веществ. Это обычно может быть сделано по отношению к отдельному психоактивному веществу, злоупотребление которым случилось наиболее часто, в особенности в случаях постоянного или ежедневного употребления. Только в случаях, когда система приема наркотиков хаотична и неопределенна или если последствия употребления различных наркотических средств неразделимо смешаны, следует использовать код F19 (расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков).

3. Факторы риска возникновения и развития наркоманий. Факторы защиты от риска употребления психоактивных веществ

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем наркотиков, называются *факторами риска* употребления психоактивных веществ. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем психоактивных веществ, называются *факторами защиты* (протективными факторами) от риска употребления психоактивных веществ. Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп или для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоактивного вещества. Так, ф а к т о р а м и р и с к а употребления психоактивных веществ могут быть:

Таблица 1

*Психические и поведенческие расстройства
вследствие употребления психоактивных веществ (Шифр F1 по МКБ-10)*

Шифр по МКБ-10	Характеристика расстройств
F10	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя
F11	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов
F12	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиоидов
F13	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных и снотворных средств
F14	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина
F15	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин
F16	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов
F17	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака
F18	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей
F19	Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

- проблемы, связанные с физическим или психическим здоровьем;
- употребление родителями психоактивных веществ;
- высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;
- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий уровень интеллекта, неприятие социальных норм, ценностей и т.д.);
- ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;
- проблемы межличностного общения в семье, в школе, в среде сверстников;
- регулярное общение со сверстниками, употребляющими психоактивные вещества, отсутствие устойчивости к их негативному влиянию;
- невысокое качество медицинской помощи;
- недоступность служб социальной помощи;
- высокий уровень преступности в регионе.

Факторами защиты от риска употребления психоактивных веществ или протективными факторами могут быть:

- стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, доверительные отношения в семье;
- средний и высокий уровень дохода в семье, обеспеченность жильём;
- высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, устойчивость к негативному влиянию сверстников, умение контролировать своё поведение;
- высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие;
- соблюдение общественных норм в употреблении психоактивных веществ;
- высокое качество медицинской помощи;
- низкий уровень преступности в регионе;
- доступность служб социальной помощи.

Обычно человек начинает употреблять психоактивные вещества под воздействием не только одного фактора. В течение жизни на индивида воздействует совокупность факторов риска и факторов защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием аддикции, т.е. поведения, ведущего к формированию зависимости от психоактивных веществ.

Исследованиям факторов риска употребления психоактивных веществ посвящен ряд отечественных и зарубежных исследований. Н.А.Сиротой (1990) разработана *классификация факторов риска* возникновения и развития наркомании в подростковом возрасте.

1. *Факторы пре-, пери- и постнатальной отягощенности:*

- патологически протекавшая беременность у матери;
- хронические острые и тяжелые заболевания матери в период беременности;
- хронические и острые тяжелые психические травмы в период беременности;
- патологически протекавшие роды;
- задержки нервно-психического развития в раннем возрасте;
- нервно-психические отклонения в раннем детстве.

2. *Факторы наследственной отягощенности:*

- психические заболевания;
- алкоголизм;
- наркомания.

3. *Факторы нарушенного онтогенеза:*

- черепно-мозговые травмы;
- психотравмы;
- тяжёлые соматические заболевания.

4. *Различные нарушения отношений в семье и семейного воспитания:*

- неполные, распавшиеся семьи;
 - отсутствие семьи;
 - деструктивные семьи;
 - воспитание по типу явной или скрытой гипопротекции (в том числе в семьях, где родители и старшие дети злоупотребляют алкоголем и наркотиками);
 - психопатологические личностные или акцентуированные характерологические особенности родителей.
5. *Нарушения психосоциальной адаптации в процессе развития подростка:*
- формирующаяся отчужденность, противоречивость и нарастающая неудовлетворённость в отношениях с родителями;
 - избегающий, поверхностный, формальный стиль общения в семье;
 - формальное отношение к внутрисемейным проблемам, игнорирование их;
 - снижение успеваемости;
 - нарушения школьной дисциплины;
 - неполноценность коммуникативных контактов (поверхностное, недифференцированное межличностное общение);
 - конфликтность в отношениях со сверстниками – представителями формально детерминированного коллектива или избегание общения с ними;
 - конфликтность в отношениях с учителями и администрацией школ;
 - нарушение принципа социальной обусловленности коммуникативных связей, построение общения со сверстниками преимущественно по «территориальному» принципу;
 - уменьшение интенсивности и неустойчивость общения со сверстниками противоположного пола, выраженные проблемы общения с ними;

- отсутствие устойчивых увлечений;
- склонность к асоциальным формам поведения.
- 6. Психологические факторы:
 - зависимость особенностей личностного реагирования, социальной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции от влияния референтной группы сверстников;
 - тенденция к реализации эмоционального напряжения в непосредственное поведение, минуя процесс когнитивного осознания и принятия решения;
 - игнорирование системы социальных установок и ролей;
 - нарушения в сфере социальной перцепции (не соответствующая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированные в соответствии с возрастом самооценка и прогноз оценки своего поведения в глазах окружающих);
 - несформированная в соответствии с возрастом способность адекватно оценивать и вербализовать взаимоотношения с окружающими;
 - отсутствие стремления к конструктивному разрешению проблемных и конфликтных ситуаций;
 - отсутствие сформированного представления о жизненных целях;
 - отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и как следствие отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;
 - неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в поведении «призыв о помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

3.1. Общие признаки наркотического опьянения

Для определения наркотического опьянения необходимо оценивать, помимо психического состояния, изменения двигательной активности и вегетоневрологические признаки. В психическом состоянии обращается внимание, прежде всего, на качество сознания и эмоциональность, изменения которых искажают поведение, создают общее впечатление неадекватности в данных обстоятельствах, сходства с острым психозом. С целью избегания диагностических ошибок оценка должна строиться на продолженном, по крайней мере, в течение часа, наблюдении – опьянение динамично.

Внешние проявления наркотического опьянения различны при приеме разных видов наркотических средств, но есть и черты сходства. Общими признаками наркотического опьянения являются:

1) внешний вид и поведение, в той или иной мере напоминающие состояние алкогольного опьянения, но без запаха алкоголя изо рта или при слабом, не соответствующем состоянию запахе; изменение сознания: сужение, искажение или помрачение; из-

менение настроения: беспричинное веселье, смешливость, болтливость, злобность, агрессивность, явно не соответствующие данной ситуации;

2) изменение речи: её ускорение, спонтанность, подчеркнутая выразительность или же замедленность, невнятность, нечёткость речи («каша во рту»); испытуемый может говорить, бормотать про себя, погружённый в другой мир, мир своих переживаний и ощущений. И во время опьянения, и после вытрезвления нарушено запоминание: не помнит, кто несколько минут назад вошёл в кабинет и пр.;

3) изменение двигательной активности: повышенная жестикуляция, избыточность движений, неусидчивость или же, наоборот, обездвиженность, вялость, расслабленность, «ватные» ноги, стремление к покою (независимо от ситуации), мимически неадекватно оживлён, двигает бровями, глазами, ртом, по мере вытрезвления гримасы сменяются гипомимией и расслабленной неподвижностью лицевых мышц, обвисание век, рта: изменение сухожильных рефлексов; изменение координации движений: их плавность, скорость, соразмерность (размашистость, резкость, неточность), неустойчивость при ходьбе, покачивание туловища даже в положении сидя (особенно явное при закрытых глазах); всегда нарушен почерк;

4) изменение цвета кожных покровов: бледность лица и всей кожи или, наоборот, покраснение лица и верхней части туловища; блеск глаз; сильно суженные или сильно расширенные зрачки, не реагирующие на свет; изменение слюноотделения: повышенное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту, сухость губ, осиплость голоса.

4. Стратегии, технологии и программы первичной профилактики зависимости от наркотиков

Профилактика зависимости от наркотиков может быть первичной, вторичной и третичной. *Первичная профилактика* наркомании имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями:

- а) развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует;
- б) направление процесса осознания себя индивидом, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей среды;
- в) усиление адаптационных факторов или факторов стрессорезистентности, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни;
- г) воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;

- д) развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самоосознанием, поведением, изменением, развитием);
- е) развитие социально-поддерживающего процесса.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Её воздействия направлены на общую популяцию детей, подростков и молодых людей.

В результате первичной профилактики предполагается достичь полного избегания патологических исходов, редуцирования числа лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет её наибольшую эффективность. Она влияет, прежде всего, на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный, адаптивный жизненный стиль человека, можно укрепить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

Первичная профилактика наркоманий проводится посредством нескольких стратегий.

Первая стратегия – информирование населения о психоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Контингенты воздействия – дети и подростки, посещающие школу, учащаяся молодежь, родители (семья), школьные психологи, учителя, внешкольные подростковые, молодёжные коллективы и группы, дети, не посещающие школу, дети, лишённые родителей и постоянного места жительства, неорганизованные группы населения.

Вторая стратегия – формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

Контингенты воздействия – семья (родители), школьные психологи, учителя, дети, подростки в школьных коллективах и вне их, дети, не посещающие школу, дети, лишённые семьи и постоянного места жительства.

Третья стратегия – развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

Контингенты воздействия – дети, подростки, молодёжь в учебных заведениях и вне их, школьные психологи, учителя, родители (семья).

Четвертая стратегия – развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

Контингенты воздействия – дети, подростки и молодёжь в учебных коллективах и вне их, школьные психологи, учителя, родители (семья).

В приведённых выше стратегиях используются специальные технологии.

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики:

- воздействие средств массовой информации;
- антинаркотическое обучение;
- использование альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодежной активности;
- создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные организации и т.д.);
- проведение антинаркотических мотивационных акций;
- организация деятельности социальных работников и волонтеров;
- деятельность системы ювенальной юстиции.

Психологические технологии первичной профилактики:

- развитие личностных ресурсов;
- формирование социальной и персональной компетентности;
- развитие адаптивных стратегий поведения;
- формирование функциональной семьи.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

4.1. Программы первичной профилактики

Концептуальная модель первичной профилактики зависимости от наркотиков базируется на решении представленных выше целей профилактики зависимости от психоактивных веществ (ПАВ).

Она предусматривает развитие ресурсов личности человека и социальной среды, и предполагает внедрение целого ряда профилактических программ для детей, подростков, молодёжи, а также для родителей, школьных психологов, учителей и специалистов в области профилактики.

Задачи этих программ универсальны, хотя и имеют свою специфику. Программы первичной профилактики для детей и подростков предусматривают решение следующих задач.

1. Формирование здорового стиля жизни, высокофункциональных стратегий поведения, препятствующих злоупотреблению наркотическими и другими психоактивными веществами.

2. Информирование о действиях и последствиях злоупотребления наркотическими и психоактивными веществами, причинах и формах заболеваний, связанных с ними, путях выздоровления; о связи злоупотребления наркотиками и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, социальными сетями, стрессом и путями его преодоления.

3. Направленное развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

-
- Я-концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);
 - собственной системы ценностей, целей и установок; способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;
 - умения общаться с окружающими, понимать их поведение, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;
 - потребности в получении и оказании поддержки окружающим.
4. Развитие навыков поведения, ведущего к здоровью и препятствующего злоупотреблению психоактивными веществами:
- принятие решения и преодоление жизненных проблем;
 - восприятие, использование и оказание психологической и социальной поддержки;
 - оценка социальной ситуации и принятие ответственности за собственное поведение в ней;
 - отстаивание своих границ и защита своего персонального пространства;
 - защита Я, само- и взаимоподдержка;
 - избегание ситуаций, связанных с употреблением алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ и с другими формами саморазрушающего поведения;
 - использование альтернативных употреблению психоактивных веществ способов преодоления стресса, получения радости и удовольствия;
 - бесконфликтное и эффективное общение.
- Программы первичной профилактики для родителей предусматривают решение следующих задач:
- 1) обеспечение знаниями психологических особенностей ребёнка, подростка; особенностей семейных взаимоотношений, семейных стрессов и поведения, направленного на их преодоление (формирование семейного проблем-преодолевающего поведения); эффектов психоактивных веществ;
 - 2) помощь в осознании собственных личностных, семейных и социальных ресурсов, способствующих преодолению внутрисемейных проблем и проблем взаимоотношения с детьми в семье;
 - 3) определение направления и стратегии развития личностных, семейных и социально-средовых ресурсов;
 - 4) определение направления и стратегий развития личностных ресурсов у детей (как взаимодействовать с ребёнком, чтобы его личностные и семейные ресурсы развивались, а не подавлялись, как сделать свою семью социально и психологически поддерживающей, а не подавляющей системой);
 - 5) обучение навыкам социально и психологически поддерживающего и развивающего поведения в семье в процессе взаимоотношений с детьми;
-

6) выявление родителей, нуждающихся в индивидуальной консультативной помощи;

7) выявление родителей, готовых осуществлять консультативную поддержку другим семьям; обучение их основам оказания социально-психологической и консультативной помощи другим родителям.

В программах первичной профилактики для школьных психологов и учителей существенное место отводится обучению педагогов созданию психологически грамотной, развивающей системы взаимоотношений со школьниками, основанной на взаимопонимании и взаимном восприятии друг друга. Учителя обучаются навыкам формирования адекватной Я-концепции, эмпатии, аффилиации, разрешения проблем, оказания психологической поддержки в процессе их взаимодействия со школьниками и коллегами.

Программы предусматривают теоретические и практические занятия: лекции-беседы, обсуждения, ролевые игры и другие психотехнологии, направленные на осознание процессов взаимного психологического развития учителя и ученика.

При проведении профилактической работы очень важно установить в группе доверительные, честные, эмоционально и социально поддерживающие отношения. Занятия с младшими подростками должны проводиться преимущественно в игровой форме, но также содержать и элемент серьёзной интеллектуальной и психологической работы.

В рабочей группе необходимо выработать обязательные правила. Важнейшими из них должны быть умение слушать, оказывать взаимное доверие, проявлять уважение, соблюдать конфиденциальность, возможность открыто высказывать свое мнение и обозначать свою позицию, принимать на себя ответственность за активность и успешность работы группы. Необходимо поддерживать согласованность в выполнении участниками заданий, а также решений, принимаемых группой.

Очень важным компонентом работы являются домашние задания, которые предназначены, прежде всего, для включения в профилактическую активность членов семьи, друзей. Это способствует улучшению взаимоотношений членов семьи с их социальным окружением и позволяет включаться в программу. Кроме того, выполнение домашних заданий способствует самостоятельному осмыслению опыта, полученного на занятиях и в жизни.

Ещё одним важным компонентом профилактических программ является использование эффектов группового взаимодействия и развития. Это означает, что процесс занятий в группе представляет собой развивающуюся систему взаимоотношений, в которой происходит получение и осмысление информации и жизненного опыта. Члены группы действуют в направлении взаимного понимания и поддержки. Таким образом, происходит развитие важнейших качеств личности, позволяющих человеку

управлять своим поведением и эффективно решать социальные проблемы, а впоследствии обучить этому других – друзей, членов семьи и т.д.

В процессе проведения программ выделяются группы волонтеров для дальнейшей профилактической работы: подростков, учителей и родителей. Участники этих групп в дальнейшем проходят специальную подготовку.

Важным моментом программы является работа с учителями школ, призванными в дальнейшем активно сотрудничать в профилактической работе. Предусматривается также проведение «круглых столов» для администрации региона и комиссий по делам несовершеннолетних.

В зависимости от поставленных целей используются как долговременные, так и краткосрочные программы. Однако следует понимать, что краткосрочные программы будут значительно менее эффективны. Они используются в первую очередь для того, чтобы сформировать мотивацию на здоровое поведение и обеспечить возможность проводить в дальнейшем долгосрочные программы на основе делового и доверительного сотрудничества (иногда, если предварительная работа не проводится, такие программы встречают сопротивление со стороны администрации школ и некоторых общественных групп).

В начале и в конце профилактической программы предусматривается проведение межведомственных круглых столов для анализа и подведения итогов работы.

В профилактической работе применяются следующие методы:

- тренинг поведения;
- когнитивная модификация и терапия;
- личностный тренинг;
- дискуссии;
- мозговые штурмы;
- беседы;
- лекции;
- ролевые игры;
- психогимнастика;
- элементы психодрамы;
- элементы индивидуальной и групповой психотерапии;
- «круглые столы»;
- совещания;
- супервизии;
- проведение методических занятий с супервизорами.

Любая профилактическая программа требует объективной оценки её эффективности. Необходим выбор соответствующих критериев эффективности, а также строгого, но простого в применении измерительного аппарата – батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических тестов, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить о происходящих в результате профилактического вмешательства изменениях; корригировать

действия, изменять направления работы, её форму и содержание, если это необходимо.

В настоящее время существует много профилактических программ, не соответствующих профессиональному уровню. Для того чтобы программа была действительно результативной, она должна отвечать следующим критериям:

- наличие концептуальной основы и её адекватность современным направлениям профилактики;
- чёткость и реалистичность в постановке цели и задач программы;
- направленность на усиление протективных и адаптационных факторов и уменьшение факторов риска;
- направленность на работу со всеми психоактивными веществами как основная цель;
- развитие ресурсов личности;
- развитие социальной среды: включение модулей для родителей, учителей, воспитателей, соответствующих тематике детских и подростковых программ, для инициации внутрисемейного обсуждения и выработки чёткой внутрисемейной политики;
- формирование эффективных стратегий поведения;
- применение интерактивных и тренинговых методов работы, моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь и т.п.;
- соответствие возрастным категориям;
- сопровождение в СМИ;
- содержание блока правового регулирования – повышение правовой компетентности;
- привлечение общественного внимания к проблеме;
- возможность дальнейшего распространения знаний, навыков и умений среди других групп населения;
- долгосрочность, цикличность, повторяющееся воздействие программ;
- интенсивность и чёткий алгоритм действий;
- учёт местной специфики;
- развитие местных ресурсов для обеспечения программы: подбор, обучение кадров, информационное и методическое обеспечение;
- мониторинг и контроль над эффективностью программы;
- конкретность формулировки ожидаемых результатов;
- оправданность экономических затрат.

До начала программы и после её завершения предполагается проведение экспериментально-психологического обследования её участников по вышеназванным критериям. Проводится также отсроченное (спустя 6–8 месяцев после проведения программы) тестирование.

Если профилактическая программа соответствует выбранным критериям, то могут ожидать такие результаты:

- а) уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других психоактивных веществ у детей, подростков и молодежи;
- б) формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у участников программы;
- в) развитие системного подхода к профилактике злоупотребления психоактивными веществами в обществе;
- г) развитие профессиональной и общественной сети профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

5. Основные признаки употребления психоактивных веществ (ПАВ)

1. Интеллектуально-мнестические.
 2. Морально-этические.
 3. Поведенческие (бихевиоральные).
 4. Физические и неврологические.
 5. Эмоциональные.
- 5.1. Интеллектуально-мнестические нарушения:**
- снижение всех видов памяти, концентрации внимания, интеллектуальной продуктивности, умственной работоспособности;
 - ухудшение успеваемости;
 - сужение круга интересов, неспособность обобщать и выделять главное;
 - «застывание» на мелочах и неудачных примерах;
 - плохая сообразительность и «бестолковость»;
 - быстрая истощаемость с «отказными» реакциями;
 - плоский юмор;
 - бедность воображения;
 - поверхностность суждений, легкомысленность;
 - нарушения логического мышления;
 - снижение критики к своему поведению и употреблению ПАВ;
 - снижение мотивации к полезной деятельности и отказу от употребления ПАВ;
 - снижение способности к адаптации и коммуникабельности в нормативных (ненаркотических) социальных средах;
 - инфантилизм;
 - ослабление целеустремленности.
- 5.2. Морально-этические нарушения:**
- нарастающая лживость, лицемерие, лень;
 - циничность, сквернословие, использование жаргона;
 - ветреность, хвастливость;
 - снижение ответственности перед членами семьи и друзьями; безразличие к их печалам и горю;

- неуважение к старшим и мнению других людей;
- пренебрежение к нормам поведения и государственным законам;
- безответственность;
- обвинение в своих неудачах окружающих;
- склонность сочинять небылицы, уход от ответов на прямые вопросы, изворотливость;
- притупление чувства сыновьего, профессионального и гражданского долга;
- склонность к тунеядству, пренебрежение к систематическому труду;
- склонность к праздному образу жизни, хамство, лёгкое создание конфликтных ситуаций;
- сексуальная распушенность;
- потеря чувства дружбы и любви;
- установка на нетрудовое добывание денег – воровство, мошенничество, грабёж и пр.;
- показной патриотизм или антипатриотизм;
- садомазохистские тенденции;
- ослабление чувства сострадания;
- появление склонности к насмешкам, горькому сарказму;
- неадекватность самооценки (заниженная или завышенная);
- лёгкая вовлекаемость в субкультурные группировки;
- безразличное отношение к своим долгам (деньги, вещи и т. д.).

Фактически, у лиц, больных наркоманией, отмечается нарастающее разрушение главных человеческих ценностей, которые составляют ядро всех этических отношений: ценность жизни, здоровье, свободы, целеустремленности, справедливости, любви, искренности, доверия, веры, склонность доверять другому свое духовное достояние и пр.

5.3. Поведенческие (бихевиоральные) нарушения:

- низкий уровень соблюдения личных санитарно-гигиенических норм;
- неопрятный или вычурный внешний вид;
- прогулы занятий в школе по неуважительным причинам;
- уходы из дома; особенно в вечернее или ночное время;
- исчезновение из дома на несколько дней;
- воровство из дома денег, ценностей, одежды, книг, видео- и аудиотехники;
- воровство вне дома;
- избегание общения с членами семьи;
- склонность к прослушиванию специфической музыки;
- выпрашивание денег у родителей под различными предлогами; использование денег не по назначению;
- изменение круга общения;

- преимущественное общение с наркоманами или асоциальными личностями;
- прекращение посещения спортивных секций, специальных кружков, культурно-массовых мероприятий;
- продолжительные разговоры по телефону с использованием сленга, непонятных выражений, стремление говорить так, чтобы не слышали родители;
- получение частых сообщений;
- агрессивная или болезненная реакция на критику;
- конфликтное отношение с членами семьи;
- соращение к употреблению ПАВ младших братьев, сестер, друзей, подруг;
- частое и необоснованное стремление закрыться в своей комнате или туалете, бурный протест, если встревоженные члены семьи пытаются войти в комнату;
- демонстративное суицидальное поведение.

5.4. Физические и неврологические нарушения:

- изменение привычного цвета кожного покрова и слизистых (чаще всего кожа лица и видимые слизистые бледные);
- снижение массы тела;
- изменение аппетита, обычно ослабление или усиление при употреблении гашишем;
- бессонница, плохое засыпание, позднее утреннее просыпание;
- боли в конечностях, особенно в суставах ног;
- боли в позвоночнике;
- сухость кожных покровов, потливость в состоянии опийной абстиненции;
- изменение размера зрачков (сужение или расширение), отсутствие реакции зрачков на свет;
- упадок сил, чувство утраты энергии;
- нарушение координации движений;
- расстройство функционирования желудочно-кишечного тракта;
- ослабление либидо и потенции;
- следы от инъекций ПАВ, подкожные кровоизлияния;
- специфический запах изо рта, запах от одежды.

5.5. Эмоциональные нарушения:

- пониженное или повышенное настроение;
- повышенная возбудимость, несдержанность;
- беспокойство, тревога, страх;
- суточные колебания аффектов;
- эмоциональная лабильность;
- неустойчивость аффектов;
- безучастие, подавленность;
- заторможенность во время беседы или чрезмерная говорливость;
- эмоциональная тусклость;
- замедленная или несвязная речь;
- гипомимичность;

- ипохондрия;
- суицидальные тенденции;
- истеричность;
- тоскливо-злобное настроение.

6. Очевидные признаки использования ПАВ

1. Следы от уколов в области локтевых сгибов, кистей рук, бёдер, в паховых областях.
2. Шприцы, медицинские иглы.
3. Ампулы, флаконы из-под лекарств, кусочки ваты.
4. Закопченные ложки.
5. Смятая фольга, маленькие пакетики.
6. Бумажки, свернутые в трубочки, папиросы.
7. Таблетки, капсулы успокаивающего, снотворного или обезболивающего действия.
8. Неизвестные вещества в виде порошка, таблеток, высушенной травы и пр.
9. Ткань, пакеты из целлофана или бумаги с запахом химикатов.

Кроме того, мы хотим предложить план диагностической беседы – наблюдения, которая позволит психологам, учителям и родителям составлять объективно-вероятностную картину предрасположенности подростка к употреблению наркотических веществ.

Выясняя поочередно наличие или отсутствие каждого отдельного психологического фактора, предрасположенности, и затем, суммируя полученные результаты, Вы получите количественную характеристику исследуемого явления и, таким образом, определите группу риска изучаемого подростка. После этого гораздо легче наметить основные направления профилактической работы.

Предложенная диагностическая процедура позволяет правильно составлять подростковые группы в целях стрессопротекции и стрессореабилитации, а также определять направления в индивидуальной воспитательной работе и психокоррекционной работе:

- 1) проявляет ли подросток низкую устойчивость к психическим перегрузкам и стрессам;
- 2) проявляет ли часто неуверенность в себе и имеет ли низкую самооценку;
- 3) испытывает ли трудности в общении со сверстниками на улице;
- 4) тревожен ли, напряжён ли в общении, в школе или училище;
- 5) стремится ли к получению новых ощущений, удовольствия, причем как можно быстрее и любым путем;
- 6) зависит ли избыточно от своих друзей, легко ли подчиняется мнению знакомых, некритичен, готов ли подражать образу жизни приятелей;
- 7) имеет ли отклонения в поведении, вызванные травмами мозга, инфекциями, либо врожден-

ными заболеваниями, в том числе связанными с мозговой патологией;

- 8) свойственна ли ему непереносимость конфликтов, стремление уйти в иллюзорный мир благополучия;
- 9) отягощена ли наследственность – заболевания отца или матери наркоманией или алкоголизмом;

За каждый положительный ответ на вопросы 1, 2, 3, 4, начислите по 5 баллов. За ответ «Да» на любой из вопросов 6, 8 – по 10 баллов, а на вопросы 5, 7, 9 – по 15 баллов. За отрицательные ответы – 0 баллов.

Сумма менее 15 баллов означает, что несовершеннолетнее лицо в «группу риска» не входит.

Сумма от 15 до 30 баллов – средняя вероятность вхождения несовершеннолетнего лица в «группу риска», требующая повышенного внимания к поведению подростка.

При результате свыше 30 баллов следует незамедлительно посоветоваться с педагогом, психологом, врачом, работником подразделения милиции по предупреждению правонарушений несовершеннолетних.

Родителям учеников мы предлагаем анкету, содержащую ряд вопросов, ответы на которые помогут Вам сориентироваться в проблемах Ваших взаимоотношений с Вашими детьми и определить степень риска раннего начала употребления наркотиков (таблица 2).

Таблица 2

Вопросы, позволяющие сориентироваться в проблемах взаимоотношений с детьми и определить степень риска раннего начала употребления наркотиков

Обнаруживали ли Вы у Вашего ребёнка	Баллы	
Снижение успеваемости в школе в течение последнего года	5	
Резкое снижение успеваемости	10	
Неспособность ребенка рассказать родителям о том, как протекает общественная жизнь в школе	5	
Утаивание вызовов родителей в школу	5	
Потерю интереса к спортивным и другим внеклассным занятиям	5	
Сообщения о прогулах уроков, драках, воровстве	5	
Задержание в связи с вождением автотранспорта в состоянии опьянения	10	
Задержание в связи с употреблением опьяняющих средств на дискотеках, вечерах и т.п.	10	
Арест в связи с хранением, перевозкой, приобретением или сбытом наркотиков	30	
Совершение краж	10	
Пропажа из дома денег, книг, ценностей, одежды, аудио- и видеоаппаратуры и т.п.	10	
Частое выпрашивание денег у родителей и родственников	5	
Продажа дисков, одежды, кассет и т.д.	15	
Наличие значительных сумм денег без понятного источника	30	
Частую, непредсказуемую смену настроения	5	
Снижение настроения, негативизм, критическое отношение к обычным вещам и событиям	5	
Самоизоляцию, уход от участия в семейных событиях	5	
Скрытность, уединенность, задумчивость, длительное прослушивание музыки	5	
Нарастающую лживость	10	
Позицию самозащиты в разговоре об особенностях поведения	5	
Избегание общения с домашним окружением	5	
Гневливость, агрессивность, вспыльчивость, потеря энтузиазма	5	
Нарастающее безразличие, безынициативность	10	
Высказывания о бессмысленности жизни	10	
Общие психологические изменения: нарушения памяти, неспособность мыслить логически	10	
Частые простудные заболевания	5	
Потерю аппетита, похудание	5	
Отказ от утреннего туалета, не заинтересованность в смене одежды и т. п.	10	
Внешний вид нездорового человека, бледность, отечность, покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке, следы уколов	30	
Частые синяки, порезы, не находящие удовлетворительного объяснения – «просто упал»	5	

Обнаруживали ли Вы у Вашего ребёнка	Баллы	
Появление татуировок, следов ожогов сигаретой, порезов на предплечьях	10	
Бессонницу, повышенную утомляемость, сменяющуюся необъяснимой энергичностью	10	
Подросток отстаивает, утверждает свое право на употребление спиртного, наркотиков	30	
Курение табака	10	
Частый запах спиртного или появление специфического запаха жженой травы на одежде	30	
Чрезмерно расширенные или суженные зрачки	20	
Потеря памяти на события, происходившие в период опьянения	30	
Наличие шприцов, игл, флаконов, закопченной посуды, марганцовки, растворителей, уксусной кислоты, ацетона	30	
Наличие неизвестных таблеток, порошков, соломы, травы и т.п.	30	
Пренебрежение к домашним правилам	5	
Незаинтересованность в домашних делах	5	
Избегание участия в семейных торжествах	5	
Нарастающую напряженность в семейных взаимоотношениях	5	
Невозвращение ночевать домой	10	
Скрывает свой круг общения, избегает подробных телефонных разговоров и т.п.	5	

Если Вы нашли основания для констатации более чем 10 признаков, а суммарная их оценка превышает 200 баллов, существует необходимость Вашего обращения за консультацией.

7. Правила, которых следует придерживаться, если возникло подозрение в том, что подросток (учащийся) употребляет ПАВ

Общие положения:

- проанализировать факты;
- не сообщать случайным людям о подозрении;
- воспользоваться поддержкой специалистов в области решения проблем наркотической зависимости.

Что делать родителям?

- 1) обсуждать на семейном совете возникающую проблему;
- 2) поговорить с ребёнком, избегая угроз и применения физических мер наказания;
- 3) постараться создать доверительную обстановку, помочь ребёнку рассказать о своем пристрастии к ПАВ;
- 4) объяснить опасность употребления ПАВ;
- 5) убедить в необходимости обследоваться, установить диагноз и возможные сопутствующие заболевания;
- 6) отвести ребенка к специалисту в области наркологии для оказания лечебной, психотерапевтической и реабилитационной помощи;
- 7) обеспечить постоянный контроль над поведением ребёнка, постараться убедить его в необходимости быть ответственным за своё здоровье;

- 8) переговорить с классным руководителем, стараться найти понимание и поддержку в осуществлении вторичных профилактических мероприятий (предотвращении повторных случаев употребления ПАВ, срывов и рецидивов заболевания);
- 9) привлекать ребёнка к различным спортивным и культурно-массовым мероприятиям;
- 10) быть внимательными к поведению друзей и знакомых ребенка, понимая их возможное положительное или отрицательное влияние.

Что делать педагогу?

- а) сообщить о своих подозрениях руководству учебного заведения и обсудить тактику действий;
- б) сообщить о своих подозрениях родителям учащегося и убедить их в необходимости грамотно решить возникшую проблему;
- в) помочь организовать встречу со специалистами в области наркологии, дать родителям информацию о возможности анонимного обследования и лечения, указать адреса, телефоны наркологических учреждений;
- г) вместе с родителями провести беседу с учащимся и обеспечить контроль над его поведением и оказание ему помощи в условиях учебного учреждения;
- д) усилить меры первичной профилактики по отношению к ближайшему окружению учащегося (одноклассники, ученики параллельных классов).

Заключение

Совершенно очевидно, что применение выражения «Болезнь легче предупредить, нежели лечить» по отношению к наркоманиям абсолютно оправданно. Основным критерием, объединяющим эти психические расстройства, является «управляемость» причинами, их вызывающими. Несомненно, что построение модели жизни детей и подростков,

исключающей даже однократное употребление наркотических веществ составляет основу профилактической работы в данном направлении. Необходимо ещё раз подчеркнуть, что главными действующими лицами в реализации первичной профилактики наркоманий являются школьные психологи, социальные педагоги, классные руководители и, безусловно, родители.

Список использованной литературы:

1. Алтухов Н.И., Галкин К.Ю. Зависимость от компьютерной виртуальной реальности // XIII съезд психиатров России: (материалы съезда). – М., 2000. – С. 285-286.
2. Войскунский А.Е. Групповая игровая деятельность в Интернете // Психол. журн. – 1999. – Т. 20, № 1. – С. 126-132.
3. Войскунский А.Е. Зависимость от Интернета: актуальная проблема // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – № 3. – С. 79.
4. Войскунский А.Е. Общение, опосредованное компьютером: Автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1990. – 25 с.
5. Ережеев Н.Б., Кусаинов А.А., Прилуцкая-Суценко М.В. Вопросы экспертизы опьянений: Методические рекомендации. – Павлодар, 2011. – 46 с.
6. Иванов М. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера // Психол. журн. – 2003. – Т. 24, № 2. – С. 10-14.
7. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение, общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и мед. психологии. – 1991. – № 3. – С. 8-15.
8. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость – патология XXI века? // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 2000. – Т. VI, № 1. – С. 11-13.
9. Лоскутова В.А. Результаты исследования Интернет-зависимости среди пользователей Рунета // Тез. докл. 61-й итог. науч. конф. студентов и молодых ученых. – Новосибирск, 2000. – С. 253.
10. Лоскутова В.А. Феномен Интернет-зависимости и психотерапевтические ресурсы // Тез. докл. весенней науч.-практ. конф. ОППЛ. – М., 2000. – С. 20-21.
11. Мельник Э.В. О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомания, «компьютеромания» и др.). – 1998. – С. 134-159.
12. Павленко В.П. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов (опийная наркомания): Учебно-методическое пособие. – Актобе, 2006. – 152 с.
13. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. – М.: Медицина. – 1994. – 544 с.
14. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
15. Руководство по наркологии / под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – 504 с.
16. Рыбальский М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации // 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 368 с.
17. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками: модель исследования // Обзор. психиатр. и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – С. 53-61.
18. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма // Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 176 с.
19. Славина Т.Ю., Масалов Д.В., Гриненко А.Я., Шабанов П.Д. Определение наркотического опьянения: Методическое пособие для учителей, социальных работников, комиссий и инспекций по делам несовершеннолетних // Изд. 2-е, переработ. и доп. – Ново-Девяткино: ЛОНД, 2003. – 24 с.
20. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. // Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. В 2-х т. Т. 2. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
21. Чудова И.В. Особенности образа «Я» «жителя Интернета» // Психологический журнал. – 2000. – Т. 22, № 1. – С. 53.
22. Шабанов П.Д. Наркология: руководство для врачей. – М.: Геотар-Мед, 2003. – 560 с.
23. Шабанов П.Д. Основы наркологии. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
24. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация // Под ред. А.Я. Гриненко. – СПб.: Лань, 2000. – 368 с.
25. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровск: «Пороги», 2006. – 192 с.

-
-
26. Beard K., Wolf E. *Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction* // *Cyberpsychol. Behavior.* – 2001. – Vol. 4, № 3. – P. 377-383.
 27. Goldberg I. *Internet addiction disorder* // *CyberPsychol. Behavior.* – 1996. – Vol. 3, № 4. – P. 403-412.
 28. Glodauer W. *Die neuen Medien veraendern die Kindheit.* – Weinheim, 1993. – 78 p.
 29. Hubbard B.G. *Internet abuse: What is it doing to our families and what do professionals need to know?* // *Ohio Psychologist.* – 1998. – № 6. – P. 25-28.
 30. Orzack M.H. *How to recognize and treat computer.com addiction* // *Clin. Counseling Psychol.* – 1999. – Vol. 9, № 2. – P. 124-130.
 31. Orzack M.H., Orzack D.S. *Treatment of Computer Addicts with Complex Co-Morbid Psychiatric Disorders* // *CyberPsychol. Behavior.* – 1999. – Vol. 2, № 5. – P. 53-57.
 32. Young K.S. *Caught in the Net. How to Recognize the signs of Internet Addiction – And a Winning strategy for Recovery.* – New York: John Wiley and Sons, Inc., 1998. – 55 p.
 33. Young K.S. *Psychology of computer use: XL. Addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype* // *Psychological reports.* – 1996. – № 79. – P. 899-902.
 34. Young K.S. *The center for on-line addiction – frequently asked questions* // *Psychol. Reports.* – 1999. – № 93. – P. 356-360.
 35. Young K.S. *What makes the Internet Addictive: potential explanations for pathological Internet use* // *CyberPsychology and Behavior.* – 1999. – № 1. – P. 56-60.
 36. Young K.S., Pistner M. et al. *Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium* // *CyberPsychol. Behavior.* – 1999. – Vol. 3, № 4. – P. 475-479.
 37. Young K.S., Rodgers R.C. *Internet addiction: personality traits associated with its development* // *CyberPsychol. Behavior.* – 1998. – Vol. 2, № 1. – P. 46-51.
 38. Young K.S., Vande Creek L., Jackson T. *Evaluation and treatment of Internet addiction* // *Innovations in clinical practice: A source book.* – 1999. – P. 19-31.
-
-

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПСИХОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ И ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ Ю.В. ВАЛЕНТИКА В ПСИХОТЕРАПИИ

И.К. Чобану

научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств, к.м.н., г. Москва (Россия)

Эта статья родилась как продолжение доклада, прочитанного на конференции памяти профессора Ю.В. Валентика. Официально Юрий Владимирович Валентик был наркологом, что не помешало ему сделать значительный вклад в развитие психотерапии. Он разработал психогенетическую модель и теорию личности, которые могут применяться в схеме лечения лиц с разнообразной психической и наркологической патологией. Она может служить основой, фундаментом для интеграции различных психотерапевтических подходов, техник и технологий. Ее можно использовать для построения психотерапевтических и реабилитационных программ.

Теории личности

Психология личности – это раздел науки, позволяющий понять суть человеческой натуры и индивидуальности. Современная психология не может сегодня предложить единого, общепринятого определения личности. Причина этого кроется в сложности и разнообразии того явления, которое скрывается под понятием личности. Личность как предмет познания интересует не только психологию, но и другие науки, изучающие человека.

Личность в философии выступает как совокупность всех общественных отношений. Проблема личности в философии – это проблема места, занимаемого личностью в обществе.

Личность в социологии – это устойчивая система социально значимых черт, характеризующих индивида, это продукт общественного развития и включения индивида в систему социальных отношений посредством деятельности и общения.

Личность в общей психологии – это некоторое ядро, интегрирующее начало, связывающее воедино различные психические процессы индивида и придающее его поведению необходимую последовательность и устойчивость. Дифференциальная психология делает акцент на изучении индивидуально-психологических особенностей личности и различий между людьми, а социальная психология выводит структуру личности из структуры её взаимодействия с другими людьми и социальным целым.

Б.Г. Ананьев так определял изучение проблемы личности в психологии: «Проблема личности, являясь одной из центральных в теоретической и прикладной психологии, выступает как исследование психических свойств и отношений личности (общая психология личности), индивидуальных особенностей и различий между людьми (дифференциальная психология), межличностных связей, статуса и ролей личности в различных общностях (социальная психология), субъекта общественного поведения и конкретных видов деятельности (все области прикладной психологии)» [1].

В отечественной и зарубежной психологии отсутствует общепринятая концепция личности. В зарубежной психологии выделяются девять направлений в теории личности. Это – психодинамическое (З.Фрейд) и пересмотренный А. Адлером и К. Юнгом вариант этого направления; диспозиционное (Г. Олпорт, Р. Кеттел), бихевиористское (Б. Скиннер), социально-когнитивное (А. Бандура), когнитивное (Дж. Келли), гуманистическое (А. Маслоу), феноменологическое (К. Роджерс) и эго-психология, представленная именами Э. Эриксона, Э. Фромма, К. Хорни [9]. В отечественной психологии наибольшую известность приобрели концепции личности в школах А.Ф. Лазурского – В.Н. Мясищева, Б.Г. Ананьева, А.Г. Ковалева (С-Петербург), С.Л. Рубинштейна, Л.С. Выготского – А.Н. Леонтьева, Б.М. Теплова – В.Д. Небылицына, Л.И. Божович, К.К. Платонова, В.С. Мерлина, Д.Н. Узнадзе, В.А. Ядова.

Все перечисленные выше теории личности пытаются ответить, пожалуй, на самый сложный вопрос современной науки: что такое человек, каковы его сущность и движущие силы его развития и т.д. И каждая из них представляет свое видение, свой фрагмент общей картины того сложного и целостного, что называется личностью.

Психогенетическая модель и теория личности Ю.В. Валентика

Обратимся к теории Ю.В. Валентика. По его мнению, личность следует рассматривать не как статичное образование, а как развивающийся на психобиологической основе процесс организации опыта

социального и индивидуального существования. Это определённая инстанция в психике человека, направляющая его существование в соответствии с приобретённым процессуальным личным опытом.

Психогенетическая теория личности базируется на представлении о том, что психика формируется и функционирует в рамках реализации генетической программы. Условиями формирования личности являются проживание в обществе, овладение языком, развитие мышления и самосознания. Структурирование личности происходит в соответствии с качественно определёнными этапами жизненного цикла человека, в процессе его взаимодействия со значимыми другими лицами [5].

Каждый качественно своеобразный вид человеческой активности, например, взаимодействие с родителями, в течение жизни приводит к формированию внутри личности вполне определённых личностных статусов (ЛС). Формирование личности завершается образованием предсказуемого набора универсальных личностных статусов в зрелом возрасте.

В основе статусной деятельности находятся потребности, связанные со значимыми другими лицами. Каждому личностному статусу свойственны установки и стремления, ценности и личностные смыслы, мотивации и планы, поведение, отношения, комплекс соответствующих эмоций и переживаний.

Были выделены следующие основные личностные статусы, раскрывающиеся по ходу жизни у большинства обследованных пациентов:

- ЛС «Я – Телесное» связан с телесными функциями, физическим здоровьем, умением заботиться о себе, сохранять свою жизнь, способностью обеспечить себе хорошие условия жизни, освоить навыки сознательного взаимодействия со своим телом (мониторинг, ограничения, контроль), желание телесных удовольствий и комфорта.

- ЛС «Я – Ребёнок» включает в себя сферу взаимодействия с родителями и авторитетными фигурами в процессе обучения или выполнения иной совместной деятельности. Позже он проявляется заботой о родителях.

- ЛС «Я – Мужчина / Женщина» имеет отношение к формированию сексуальной идентичности, сексуальности, включая принятие себя и освоение гендерных особенностей, реализация сексуального поведения.

- ЛС «Я – Партнёр» охватывает сферу домашней внутрисемейной жизни, начиная с желания создать семью, поиска подходящего супруга, создания семьи, в дальнейшем взаимодействия с супругом внутри «гнезда».

- ЛС «Я – Родитель» включает все родительские функции, начиная с желания иметь детей, рождение детей, взаимодействие с ними, вовлечённость в их воспитание и получение удовольствия от собственного родительства.

- ЛС «Я – Профессионал» имеет отношение к работе и профессиональной сфере: выбор специальности, обучение, профессиональный рост, достижение мастерства, контакты на рабочем месте, получение положительных результатов, выход на пенсию.

- ЛС «Я – Член групп» имеет отношение к взаимодействию с различными группами и сообществами, с членами расширенной семьи, друзьями, ровесниками, земляками и согражданами.

Они составляют «нормативную» часть личности, т.е. ту часть личности, которая формируется в норме у всех индивидов и проявляется в адекватном функционировании в течение жизни. Хорошо развитая «нормативная» часть личности препятствует возможным девиациям и нарушениям поведения. По существу каждому личностному статусу соответствует определённая обширная сфера жизни. Некоторые из этих статусов хорошо изучены и описаны в литературе, например, ЛС «Я – Телесное» в телесно-ориентированной психотерапии, ЛС «Я – Ребёнок» и ЛС «Я – Мужчина/ Женщина» в психодинамической психотерапии, ЛС «Я – Партнёр» в семейной психологии и психотерапии. Другим статусам, таким как ЛС «Я – Профессионал» и ЛС «Я – Член групп», в традиционной психотерапии уделялось значительно меньше внимания.

Кроме нормативных частей личности были описаны патологические. Был выделен патологический ЛС «Я – Аддиктивное», связанный с зависимостью от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ (ПАВ). Он представляет собой совокупность патологических динамических тенденций, организующихся в зависимую от ПАВ субличность. Этот статус формируется в ходе повторяющихся эксцессов и деятельности по употреблению ПАВ. В нём консолидируется болезненный опыт: навыки алкогольного или другого зависимого общения, ценности, смыслы, установки и всё многообразие поведения, связанного с употреблением ПАВ. Ведущим процессом, отражающим патологическую потребность в ПАВ, становится патологическое влечение к ПАВ [3, 8].

Была разработана модель ЛС «Я – Аутоагрессивное», формирующегося и участвующего в патологическом процессе у суицидентов. Данный патологический статус представляет собой совокупность повторяющихся патологических потребностных циклов, болезненных установок и ценностей, фиксированных негативных стереотипов поведения и весь комплекс соответствующих переживаний, присущих данной категории пациентов, таких как безнадежность, безысходность, беспомощность, ощущение вины, собственной ненужности, душевная боль, чувство бессмысленности жизни, импульсивность [11].

Эти статусы составляют патологическую часть личности.

Нормативная часть личности	Патологическая часть личности
ЛС «Я – Телесное» ЛС «Я – Ребенок» ЛС «Я – Мужчина/ Женщина» ЛС «Я – Партнер» ЛС «Я – Родитель» ЛС «Я – Профессионал» ЛС «Я – Член групп»	ЛС «Я – Аддиктивное» ЛС «Я – Аутоагрессивное»

Итак, психогенетическая модель личности выглядит следующим образом: в личности сосуществуют два полюса: нормативный и патологический, каждый из которых состоит из предсказуемых личностных статусов (таблица 1). ЛС развиваются в соответствии с определенными правилами, проходят через сенситивные периоды развития, отклонения от которых приводят к определенным деформациям.

Данная модель личности отражает социально-психологические особенности индивида и может успешно применяться в психотерапевтической практике, о чем свидетельствуют накопленные данные.

Психогенетическая модель личности в психотерапевтической практике

Мы выделили пять общепризнанных вариантов применения психогенетической теории и модели личности в психотерапевтической практике.

1. Континуальная психотерапия

Эта теория стала основой континуальной психотерапии, разработанной Ю.В. Валентиком, которая была создана для лечения лиц, страдающих алкоголизмом и другими химическими зависимостями [2, 4, 7].

Основные принципы континуального подхода следующие:

1) процессуальное понимание алкоголизма, психотерапии, динамическое представление об её мишенях и соответствующая процессуальная организация психотерапевтических воздействий;

2) системное воздействие на процессы зависимости от алкоголя на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях функционирования пациента;

3) нейтрализация патологических и высвобождение нормативно-компенсаторных процессов функционирования пациента, что предполагает объединение в рамках психотерапевтической программы методов, ориентированных как на манипуляции, так и на развитие личности;

4) континуальность, то есть обеспечение непрерывности психотерапии с созданием условий для погружения больных в процесс изменений.

Основными фазами процесса континуальной психотерапии являются:

- фаза инициального контакта, диагностики и присоединения;
- фаза воздействия на патологические процессы;
- фаза воздействия на нормативно-компенсаторные процессы;
- фаза реинтеграции и реабилитации.

Целью психотерапевта является поиск коммуникаций с нормативным «Я» пациента и его развитие с одновременным воздействием на алкогольное «Я» пациента с целью его максимальной редукции.

Также на основе континуального подхода была разработана методика групповой континуальной психотерапии больных алкоголизмом, которая включает в себя следующие основные компоненты: структурированные групповые дискуссии, моделирование и трансформацию патологических и нормативно-компенсаторных процессов, континуальную саморегуляцию и континуальную самоорганизацию. Она может назначаться для повышения эффективности лечения больных алкоголизмом, для профилактики срывов и рецидивов у больных алкоголизмом и для улучшения качества жизни больных в ремиссии, для решения проблем реадaptации и реабилитации пациентов [6, 7].

2. Тест личностных статусов

Для диагностики ЛС у пациентов был разработан специальный тест и его компьютерная версия [13]. Был создан математический аппарат, позволивший в цифрах представить психогенетическую модель личности. Тест состоит из 92 вопросов, позволяющих определить от 0 до 100 баллов выраженность семи нормативных и двух патологических статусов. В тест также включена шкала лжи, отражающая искренность ответов. Тест можно использовать для объективизации дифференциации психотерапевтических воздействий, т.е. с целью определения мишеней и тактики психотерапии и дальнейшей реабилитации.

Результат теста отражается в виде диаграммы или профиля, который весьма удобен для начала психотерапии, вне зависимости от модальности, применяемой психотерапевтом, поскольку диаграмма позволяет «образно» и в цифрах представить жизненную ситуацию человека, отразить его состояние. Обсуждение ситуации пациента с опорой на результаты теста повышает заинтересованность и мотивацию пациента на продолжение психотерапии.

Тест можно использовать у различных категорий испытуемых или больных: в психотерапии и социально-психологической реабилитации суицидентов, лиц, страдающих алкогольной или иной зависимостью, депрессивных больных, при психосоматических и других расстройствах. В силу своей наглядности тест может быть использован в психокоррекционной и психотерапевтической беседе. Повторное тестирование позволяет определить тенденции в динамике состояния пациентов, а также определить предикторы повторных суицидальных действий, что, в свою очередь, оптимизирует социальную адаптацию больных. Тест можно использовать в качестве индикатора нарастания патологических изменений личности у лиц, связанных с опасной или изнурительной деятельностью, с целью проведения превентивных мер по предотвращению истощения внутренних ресурсов, развития зависимости, повышения аутоагрессии.

3. Дифференцированная континуальная психотерапия

На основе результатов тестирования была разработана дифференцированная континуальная психотерапия, применявшаяся в лечении лиц, совершивших суицидальные попытки [12]. Этот подход создавался на базе Отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (НИИ СП им. Н.В. Склифосовского). Было проведено обследование психологических и личностных особенностей 165 пациентов с хирургической и травматологической патологией после суицидальных действий. Из них основную группу составили 105 человек и контрольную группу – 60 пациентов, сопоставимых по возрасту, полу и основным клиническим критериям (таблица 2).

В основной группе больные проходили дифференцированную психотерапию, в контрольной группе – кризисную психотерапию.

Из исследования исключались пациенты, совершившие суицидальные действия в психотическом состоянии (F 23). Результаты тестирования использовались для создания дифференцированной системы

психотерапии и разработки индивидуальных психотерапевтических и реабилитационных программ.

В процессе исследования было выявлено, что пациенты испытывают значительные сложности при взаимодействии с социумом, им свойственно сочетание выраженных проблем реализации ЛС. Было выделено несколько групп личностных профилей. Пациентам каждой из групп требовалось проведение специфической тактики психотерапии.

Первая группа – это больные с напряженным профилем (23% обследованных лиц), который проявлялся повышенными показателями по всем основным нормативным шкалам, заниженными показателями по шкалам патологических ЛС (рисунок 1). Этим пациентам свойственна напряженность основных потребностей, т.е. сильно выраженное желание достичь своих целей, однако этих целей они еще не достигли; при этом нередко они стремились к совершенству, ставили перед собой завышенные планки, ориентировались на социально одобряемые поступки, на интересы группы, с которой они себя идентифицировали. Им свойственно некоторое приукрашивание реальной ситуации. Нередко у таких больных наступал срыв вследствие истощения из-за чрезмерного количества обязанностей или недоступности ресурсов, необходимых для функционирования в разных сферах жизни.

В психотерапию лиц с таким профилем необходимо было включить следующие компоненты: коррекцию негативных убеждений, определение жизненных приоритетов, разрешение «делать для себя», баланс символических потоков «получения» и «отдачи», поиск и навык использования ресурсов, обучение радоваться, тренинг асертивности.

Вторая группа – это лица с инфантильным профилем (16% обследованных), проявляющимся доминирующим показателем ЛС «Я – Ребенок», увеличенным показателем ЛС «Я – Аддиктивное» с сопутствующими тенденциями к симбиотическим отношениям, зависимостью от родителей и родительских фигур, несамостоятельностью в принятии решений, склонностью к алкоголизации (рисунок 2). Этим пациентам сложно брать на себя ответственность за свои поступки, свою жизнь. Более поздние

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от психиатрического диагноза

Группы больных	Основная группа		Контрольная группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Расстройства личности	66 чел.	63	34 чел.	57
Расстройства настроения	8 чел.	7,6	5 чел.	8
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	7 чел.	6,7	4 чел.	6,7
Шизотипическое расстройство	6 чел.	5,7	3 чел.	5
Зависимость от ПАВ (возможен двойной диагноз)	55 чел.	52	28 чел.	46,6
Всего	105 чел.	100	60 чел.	100

Напряженный профиль, пациент К., 41 г.

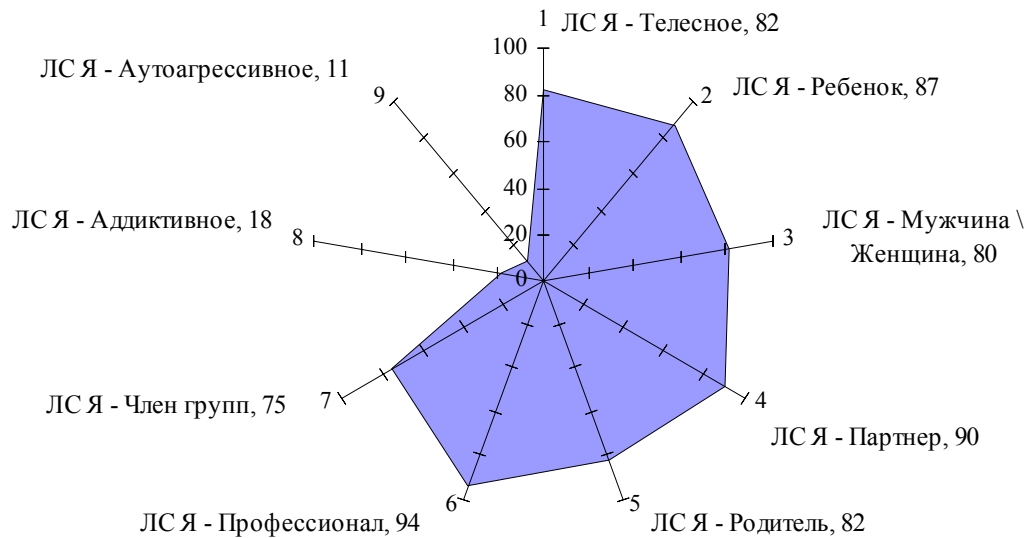


Рисунок 1. Показатели напряжённого профиля у пациента К.

личностные статусы слабо сформированы. Такие пациенты стремились удовлетворить свои основные жизненные потребности при помощи значимых других лиц, при неудаче экстернализируя вину: они обвиняли своих родственников или близких в собственных проблемах. Они потенциально зависимы и склонны к проявлениям различных форм аутодеструктивного поведения. В быту это проявлялось склонностью к алкоголизации или наркотизации.

В психотерапию необходимо было включить следующие компоненты: мотивация и обучение принятию ответственности за собственную жизнь и здоровье на себя, анализ психологических игр, психотерапия зависимостей, активизации нормативных

статусов, в первую очередь, ЛС «Я – Профессионал» и ЛС «Я – Член групп».

Третья группа – больные с профилем с доминирующим показателем ЛС «Я – Профессионал» (17% обследуемых лиц) (рисунок 3). Он был характерен для пациентов, имеющих постоянное место работы, которая им нравилась. Они были весьма заинтересованы в её сохранении. У многих эта область жизни была единственной удовлетворявшей их, приверженность работе доходила до уровня «трудоголизм». Видимо, профессиональная деятельность служила своеобразным вариантом компенсации неудовлетворенности в других жизненных сферах, в другой статусной деятельности. В кризисной ситуа-

Инфантильный профиль пациент Б., 20 лет

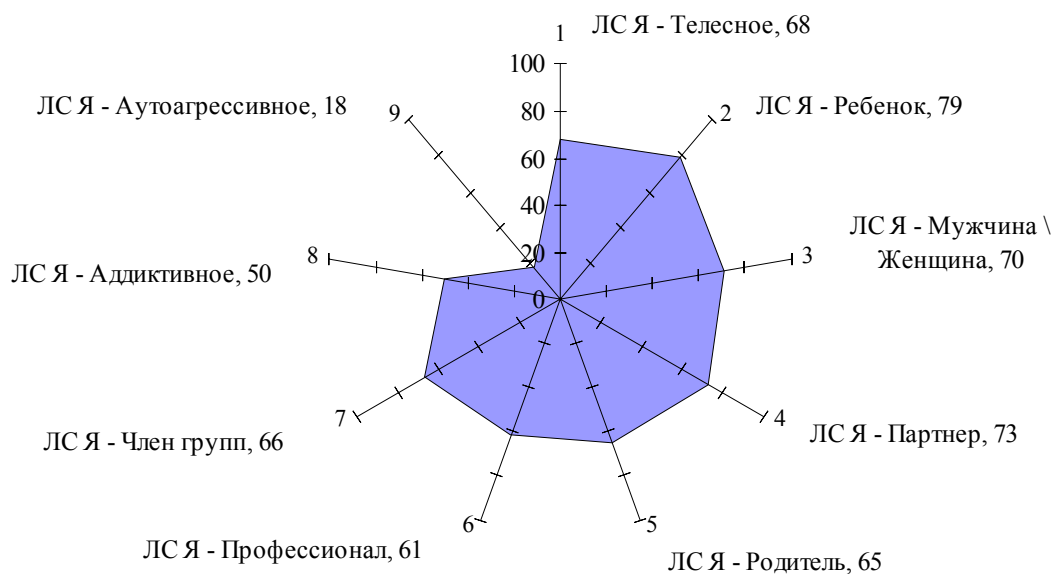


Рисунок 2. Показатели инфантильного профиля у пациента Б.

Профиль с доминирующим ЛС Я -Профессионал, пациент Б., 30 лет

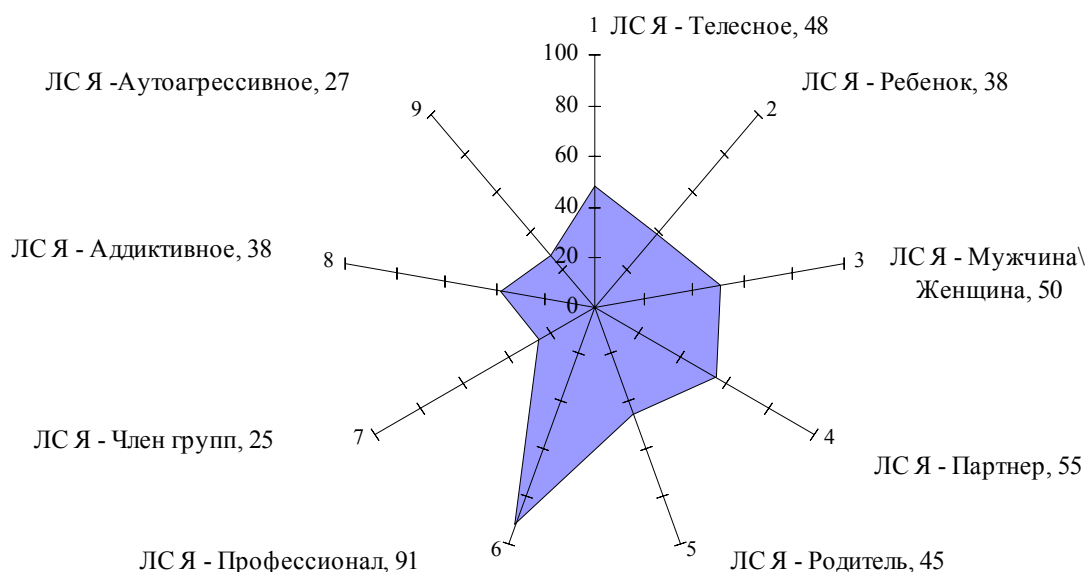


Рисунок 3. Профиль с доминирующим показателем ЛС «Я – Профессионал» у пациента Б.

ции наблюдался слом компенсации, и больные совершали аутоагрессивные действия.

Для психотерапевтической коррекции требовалась активизация другой статусной деятельности: «Я – Мужчина / Женщина», «Я – Партнёр», «Я – Родитель», «Я – Член групп», то есть больных мотивировали активнее включаться в воспитание детей, в семейную жизнь, общаться с друзьями, близкими, при отсутствии семьи налаживать контакты с лицами другого пола. Также была необходима психотерапия зависимости.

Четвертая группа профиль с доминирующим показателем ЛС «Я – Мужчина / Женщина» (16%). У пациентов с таким профилем наблюдался внутренний конфликт между высокой потребностью в реализации себя как женщины или мужчины и одновременными проблемами в поло-ролевой идентификации, освоении поло-ролевых предписаний, желательности сексуального поведения. Такой профиль проявлялся в жизни отсутствием постоянного партнёра или конфликтными отношениями с ним в сочетании с повышенной важностью таких отношений. Среди этих пациентов ни у кого не было стабильного сексуального или семейного партнёра. Они холосты или разведены, или находятся в процессе развода. Их декомпенсация была в основном связана с конфликтами с партнёрами.

Психотерапия включала поддерживающую кризисную психотерапию с обесцениванием отношений, приведших к отчаянию и суицидальной попытке, и с повышением ценности собственной жизни. Постепенно активизировали пациента в другой статусной деятельности, такой как воспитание детей, налаживание быта и домашнего хозяйства, поскольку эти больные на фоне переживаний нередко отходили от домашних дел, мотивировали на трудовую

деятельность, так как работа обычно не входила в их приоритеты. По мере возможностей проводили анализ становления поло-ролевой идентификации, формируя здоровую модель поведения, включали тренинг ассертивности. Обязательным элементом становилась психотерапия зависимости от ПАВ.

У пациентов с патологическим профилем (10% обследованных лиц) доминировал один или оба патологических ЛС, и были относительно снижены значения нормативных статусов (рисунок 4). В этой группе у всех пациентов была выражена тенденция к зависимому поведению: у 53% пациентов наблюдалась зависимость от алкоголя, у 24% – от наркотиков, у 18% – злоупотребление алкоголем. У единственного пациента без химической зависимости имела место игровая зависимость. В 100% случаев эти больные поступали в состоянии алкогольного опьянения. Эти пациенты считали свою жизненную ситуацию тяжёлой, безнадёжной, уже не пытались достичь улучшения.

Психотерапевтическая работа с такими пациентами проходила сложно, поскольку основным ресурсом становился психотерапевт и психотерапевтическая группа. Было необходимо проводить психотерапию, нацеленную на редукцию суицидальной настроенности, психотерапию алкоголизма, а также мотивацию на трудоустройство.

Профили, не вошедшие в описанные группы, были объединены в группу дисгармоничных профилей. С больными из этой группы проводилась психотерапия, нацеленная на гармонизацию нормативных сфер жизни: обсуждение проблем в этих сферах жизни, анализ родительских моделей поведения и собственного становления в этих сферах жизни, формирование новых эффективных и гармоничных моделей поведения, ролевые тренинги,

Патологический профиль, пациент Т., 29 лет

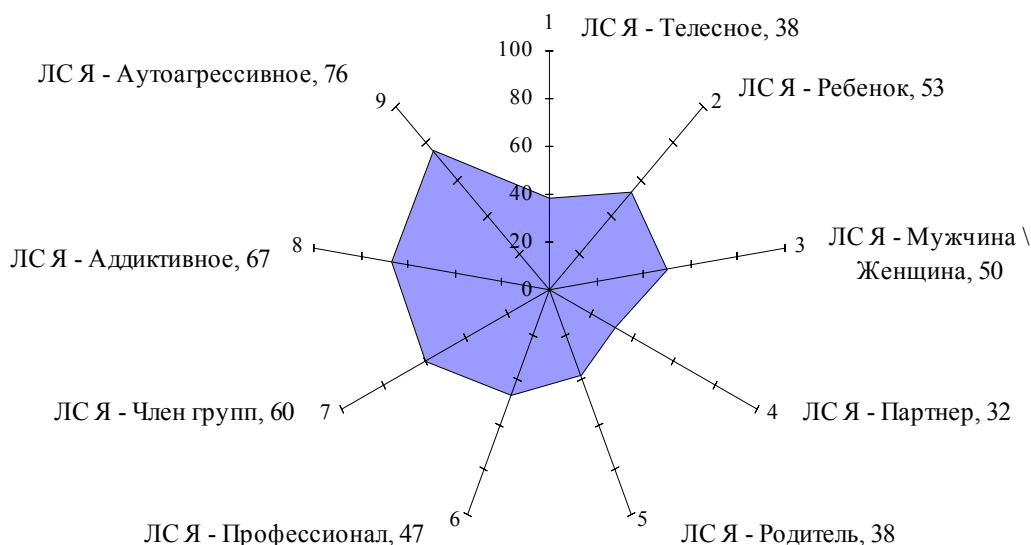


Рисунок 4. Патологический профиль с доминирующим показателем ЛС зависимого поведения у пациента Т.

формирование социально-значимых установок. Подобный подход можно использовать также для активизации или нормализации любой статусной деятельности.

Дифференцированная континуальная психотерапия, сочетавшая индивидуальный, групповой и семейный методы, проводилась в три этапа (см. таблица 3). На *первом этапе* устанавливался доверительный контакт с больным, создавалась атмосфера безопасности для дальнейшего эффективного взаимодействия, анализировался совместно полученный профиль, формировалась психотерапевтическая группа. Проводилась поддерживающая кризисная психотерапия: обесценивание кризисной ситуации, повышение значимости собственной жизни. Осуществлялось преодоление астенических симптомов релаксационно – гипнотическими техниками.

На *втором этапе* осуществлялась базовая цель программы: редукция суицидальной настроенности, психотерапия алкоголизма, психотерапия в соответствии с профилями пациентов. Постепенно акцент работы смещался на коррекцию нормативных сфер жизни.

На *третьем этапе* основной целью становилась помощь пациенту в восстановлении отношений со значимыми другими лицами, в интеграции в свою социальную систему. Осуществлялась профилактика стигматизации на основе принятия больным себя как личности и формирования критического отношения к аутоагрессии как способу решения жизненных кризисов. Закрепление сформированных установок на лечение зависимости и на трезвость. Построение образа позитивного будущего на основе сформированных социально-значимых установок.

Позитивная динамика после проведения психотерапии включала гармонизацию личностных про-

филей, улучшение настроения и активизацию взаимодействия со значимыми другими, формирование критики к суицидальным действиям и алкоголизации, и в результате, принятие решения продолжать жить и снижение суицидальной активности.

При работе с суицидентами было выявлено, что тест помогает выявить выраженность аутоагрессии у пациентов. Значение ЛС «Я – Аутоагрессивное» в 40 баллов и более являлось прогностически важным. В группу больных с таким значением вошли 63 пациента (38%), среди которых 10 больных впоследствии совершили повторные суицидальные попытки. Это свидетельствовало о сформированном аутоагрессивном статусе, который проявлялся в поведении и позже мог обусловить повторные суицидальные попытки и другие варианты самоповреждающих действий.

Данные катамнестического обследования, в котором участвовали 117 пациентов, показали, что в основной группе, по сравнению с контрольной группой, наблюдались достоверно лучшие результаты после выписки в течение 24 месяцев наблюдения. Позитивная динамика, включавшая отсутствие суицидальных тенденций и улучшение функционирования в социуме, наблюдалась у 83% пациентов (62 больных из 75 обследованных) основной группы и 58% пациентов (у 25 больных из 42 обследованных) из контрольной группы ($p=0,001$).

Таким образом, дифференцированная континуальная психотерапия, основанная на психогенетической теории и модели личности, была высоко эффективной.

4. Психотерапевтическая кинезиология

На основе психогенетической модели и теории личности Ю.В. Валентика была разработана психо-

*Дифференцированная континуальная психотерапия:
этапы и составные элементы*

1 этап - Начальный	2 этап - Основной	3 этап - Заключительный
1. Установление доверительного контакта. 2. Кризисная психотерапия: обесценивание кризисной ситуации, повышение значимости собственной жизни. 3. Преодоление астенических симптомов релаксационно – гипнотическими техниками. 4. Начальный этап групповой психотерапии.	1. Психотерапия с учетом профилей а) инфантильный; б) иапряжённый; в) патологический; г) сдоминирующим ЛС «Я – Мужчина / Женщина»; д) с доминирующим ЛС «Я – Профессионал». 2. Редукция суицидальных тенденций. Блокирование ЛС «Я – Аутоагрессивное»: а) кризисная психотерапия; б) психотерапия утраты и горя; в) психотерапия чрезвычайных ситуаций; г) анализ жизненного и семейного сценария; д) элементы экзистенциальной психотерапии; е) перерешение негативных предписаний. 3. Лечение зависимости. Блокирование ЛС «Я – Аддиктивное»: а) групповая психотерапия зависимости; б) формирование установок на лечение зависимости и на трезвость. 4. Гармонизация нормативных сфер жизни. Гармонизация нормативных статусов: а) обсуждение проблем в этих сферах жизни; б) анализ родительских моделей поведения и собственного становления в этой сфере жизни; в) формирование новых эффективных и гармоничных моделей поведения; г) ролевые тренинги; д) формирование социально-значимых установок.	1. Построение образа позитивного будущего на основе сформированных социально-значимых установок. 2. Восстановление отношений с ЗДЛ Интеграция в свою социальную сеть. 3. Профилактика стигматизации на основе принятия больным себя как личности и критического отношения к аутоагрессии как способу решения жизненных кризисов. 4. Закрепление сформированных установок на лечение зависимости и на трезвость.

терапевтическая кинезиология [14]. Это отечественный телесно-ориентированный подход. Понимание особенностей развития личности человека позволяет целенаправленно прорабатывать различные проблемы.

Кинезиология – новое интересное направление, расположенное на стыке психотерапии, психологии, нейрофизиологии и телесных практик. Применяется простая и успешная методика тестирования, позволяющая быстро и достоверно определить суть проблемы, её причину и возраст возникновения; используются действенные методы снятия стресса, эффективные способы устранения болезненного поведения и многое-многое другое.

Первым серьёзным кинезиологическим подходом стала прикладная кинезиология, созданная Д. Гудхартом (1964). Она основана на триаде здоровья, единстве ментального, структурного и химического факторов. Позже Г. Стокс и Д. Уайтсайд обратили особое внимание на влияние стрессовых факторов на появление различных проблем, отклонений, заболеваний у людей. И в 1974 г. они разработали психологически ориентированный вариант кинезиологии,

назвав его концепция «Три в одном», подчёркивая триединство тела, разума и духа [15].

Психотерапевтическая кинезиология была разработана в 2004 г., и в 2006 г. новое направление получило общественное признание в Профессиональной психотерапевтической лиге. Этот подход включает в себя две составные части: во-первых, это работа с последствиями острых и хронических стрессов. Для диагностики используется мышечное тестирование, прямой ответ тела, что позволяет точно определить мишени психотерапии. Телесный ответ помогает выявить стрессовые области, что включает бессознательный и телесный уровень памяти. Последнее значительно расширяет диапазон воздействия, поскольку появляется возможность работать с самыми ранними периодами жизни и развития человека.

Для коррекции применяется широкая система различных техник и упражнений, основанных на нейрофизиологическом понимании воздействия стресса. Основные механизмы, используемые в психокоррекции, это осознание; эмоциональное отреагирование, отпускание привычных негативных

эмоций, переживаний, того, что никак не уходит из памяти и мешает двигаться вперед; релаксация – упражнения, нацеленные на расслабление, отдых, переключение на позитив. На телесном уровне это выглядит как прикосновение к определённым зонам, массажные движения, воздействие на биологически активные точки, на точки меридианов из китайской медицины. Также проводится недирективно-суггестивное воздействие, стимулирование поведенческих изменений. Итак, это первая часть – проработка стрессов прошлого.

Вторая составная часть психотерапевтической кинезиологии включает работу с личностью. Она в большей степени нацелена на личностное развитие человека, на его гармонизацию. Психотерапевтическая работа ведётся с личностными проблемами, связанными с деформированными, недостаточно раскрытыми, дефицитарными частями личности, с нереализованными потребностями, что проявляется в неполном функционировании в соответствующих сферах жизни.

Благодаря применению психогенетической теории и модели личности появилась детская кинезиология, в которой подробно исследуются особенности физического и психосоциального развития ребёнка, детско-родительские отношения и взаимодействие с другими авторитетными лицами, возрастные этапы взросления, а также условия формирования патологии и возможности её коррекции, в том числе при участии родителей в психотерапевтическом процессе. Также была разработана семейная кинезиология, исследующая особенности внутрисемейных отношений, в том числе супружеских, этапы формирования семьи, развитие отклонений, возможности их коррекции. Была выделена кинезиология профессиональной успешности, посвященная кинезиологической работе с профессиональной сферой жизни, в неё вошли диагностика и коррекция отклонений на различных этапах формирования трудовой деятельности, помощь в определении сферы интересов, сопровождение в карьерном росте.

Таким образом, психотерапевтическая кинезиология позволяет провести диагностику и коррекцию сдерживающего влияния травматического опыта и дефицитарных личностных отклонений. В дальнейшем, опираясь на принципы развития личнос-

ти, можно помочь человеку стратегически построить планы и их реализовать. Психотерапевтическая кинезиология помогает целенаправленно раскрыть границы будущего, расширить горизонты.

5. Психотерапевтические и реабилитационные программы

Понимание особенностей развития личности, этапов её формирования, возможность провести диагностику и в цифрах отразить полученные результаты позволяет оценить психосоциальное состояние пациента, в том числе наличие у него ресурсов. Знание необходимых психотерапевтических мероприятий и воздействий даёт возможность разрабатывать индивидуальные психотерапевтические и реабилитационные программы. Подобные программы помогут наметить мишени психотерапии: на какие звенья личности, психосоциальной адаптации пациента надо обратить лечебное внимание, построить вектор психотерапевтического воздействия, что поможет определить как долгосрочную стратегию ведения данного больного, так и ближайшие тактические шаги психотерапии. Это позволит выбрать оптимальный формат психотерапии, например, для лечения зависимости от ПАВ или при выявлении патологического профиля необходимо включить в лечебный комплекс групповую психотерапию, так как этот формат значительно повышает эффективность воздействия. Для помощи при травматических переживаниях в первую очередь следует рекомендовать психотерапевтическую кинезиологию, ввиду её быстрой эффективности при таких состояниях.

Подобные программы можно составлять для лиц, страдающих различной патологией: невротические и аффективные расстройства, психосоматические заболевания, зависимости от ПАВ, аутоагрессивное и суицидальное поведение, расстройства личности и др. В каждом отдельном случае можно составить психотерапевтическую и реабилитационную программу, обсудить с пациентом особенности психотерапевтического сопровождения, что повышает его заинтересованность и мотивацию.

Таким образом, можно резюмировать, что психогенетическая теория и модель личности жизнеспособны и являются прекрасной основой для мультимодальной интегративной психотерапии.

Список использованной литературы:

1. Аверин А.В. Психология личности: учебное пособие. 2е изд. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 2001. – 191 с.
2. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. докт. дисс. – М., 1993. – 230 с.
3. Валентик Ю.В., Маренич О.Н. Психогенетическая модель личности и психотерапия зависимости от психоактивных веществ // Вестник последипломного медицинского образования. Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого, взгляд в будущее. – М., 1998. – С. 71-72.
4. Валентик Ю.В., Маренич О.Н. Психотерапия зависимости от психоактивных веществ // Журнал психология и практика. – Ярославль, 1998. – Т. 4, Вып. 4. – С. 123-127.

-
-
5. Валентик Ю.В., Маренич О.Н. Я – как объект психологического анализа. // *Личность: проблемы формирования и развития: Сб.* – М.: Медицина, 1998. – С. 68-71.
 6. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Литера, 2000. – 200 с.
 7. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. // *Лекции по наркологии / Под ред. проф. Н.Н. Иванца.* – М.: Медпрактика, 2001. – С. 269-287.
 8. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии // В Сбор. *Лекции по наркологии / Под ред. проф. Н.Н. Иванца.* – М.: Медпрактика, 2001. – С. 233-243.
 9. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «Речь», 2002. – 539 с.
 10. Стокс Г., Вайтсайд Д. Инструменты для работы или как понять свое «я» и обрести веру в себя / Пер. с англ. – М.: Диалог – МГУ, 1995. – 141 с.
 11. Чобану И.К., Валентик Ю.В., Епифанова Н.М. Объективизация психотерапии суицидентов // *Психотерапия.* – 2007. – № 5. – С. 28-32.
 12. Чобану И.К., Валентик Ю.В., Епифанова Н.М. Психотерапия суицидентов с расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ // *Наркология.* – 2007. – № 2. – С. 38-48.
 13. Чобану И.К. Личностный тест в диагностике, психотерапии и реабилитации // *Вестник восстановительной медицины.* – 2007. – № 1 (19). – С. 52-56.
 14. Чобану И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии: руководство. – М.: Литтерра, 2012. – 184 с.
 15. La Tourelle M., Courtenay A. Thorsons Introductory guide to kinesiology. – Thorsons, London, 1992. – 176 p.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ «ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ АДДИКЦИИ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ КЛИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

Д.Е. Аяганова

научный сотрудник сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Республика Казахстан)

М.В. Прилуцкая-Сущенко

врач-психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (Республика Казахстан)

Введение

Проблема химических зависимостей давно перестала быть отдельной областью знаний, сосредоточив в себе огромный фактологический материал дескриптивного и оценочного характера. По-прежнему остаётся актуальным поиск эффективных терапевтических технологий, которые могут быть объединены в единый континуум [4, 7, 6].

Анализируя существующий опыт, можно признать наличие ряда практик, функционирующих в рамках стационарного звена. Однако порой достигнутые ими результаты обречены на провал в связи с отсутствием эффективного амбулаторного звена [2, 3]. Реабилитационные мероприятия, проводимые в рамках закрытых сообществ, должны быть закреплены планомерной средне- и долгосрочной работой в условиях активного функционирования зависимых лиц в ремиссии [1, 5, 8].

Соответственно, в оказании амбулаторных услуг «нового формата» возрастает роль построения прочных и долговременных взаимоотношений: пациент – ближайшее окружение – терапевт на принципах доверия, взаимной ответственности, открытости и создания атмосферы психологической безопасности [1, 3, 6]. В данной триаде появляется круг вопросов, далеко выходящих за клинические парадигмы и требующих таких же нестандартных прогрессивных методов их диагностики.

В терапевтической среде появляются такие понятия, как круг био-психо-социальных мишеней, мультидисциплинарная команда специалистов, активное участие клиента, целостная оценка проблем [7, 9]. Последняя позиция становится возможной благодаря применению методики полуструктурированного интервью «Индекс тяжести аддикции» (ИТА) (The Addiction Severity Index, McLellan et al., 1992) с определением проблемных зон клиента, исключающей вероятность упущений неупомянутых пациентом проблем. ИТА оценивает частоту и тя-

жесть злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ), а также тип и степень тяжести психосоциальных проблем, которые обычно сопровождают злоупотребление (проблемы медицинского, психического, юридического, семейного, социального, трудового характера).

Обобщение мирового опыта по использованию ИТА позволяет оценить данный инструмент как достаточно удобный для планирования, проведения и оценки лечебного процесса. ИТА может использоваться, как основной регистрационный документ, который отражает не только паспортную часть и проблемные области клиента, но и содержание лечебной работы, он также позволяет отслеживать динамику состояния пациента, оценивать эффективность проделанной работы, направление и степень измерения. По сути, ИТА является структурированным интервью, и работа с ним проводится по отдельным стадиям в несколько приёмов. На клиента составляется своеобразное досье, разбитое на ряд файлов, к которым можно возвращаться на последующих этапах реабилитации, вносить дополнения и уточнения, оценивать промежуточные и итоговые результаты совместной деятельности специалистов и пациента на пути оказания амбулаторной помощи.

Опросник ИТА имеет четыре стадии:

- 1) формулировка проблем;
- 2) детализация проблем;
- 3) формулирование целей реабилитации и плана помощи;
- 4) оценка степени достижения целей терапии и удовлетворённости результатами лечения.

В среднем на заполнение опросника требуется от 30 до 40 минут.

На стадии формулирования проблем основной целью интервью является проведение скрининга проблемных областей пациента, которые включают следующие разделы:

- медицинский статус;
- образование, работа/поддержка;
- зависимости: алкоголь, наркотики и другие вещества;
- юридический статус;
- семейный / социальный статус;
- психиатрический статус.

Для определения пациентом и специалистом степени тяжести проблем по каждому разделу используется шкала оценки тяжести проблем и потребности в лечении/консультации. По каждому разделу значимыми являются комментарии, где специалист в процессе интервью в свободном стиле уточняет ответы клиента для отбора проблем, требующих более подробного анализа. Итогом интервью является определение наиболее актуальных проблем и регистрация результатов. Профиль проблем позволяет сделать обзор и сравнение рейтингов оценки тяжести проблем и потребности в помощи, определить приоритет проблем, требующих первоочередного решения и выбрать направление помощи в процессе совместного анализа полученного профиля [10].

Методология исследования

Цель исследования: выявление медицинских, социальных и психологических потребностей клиентов с опиоидной зависимостью, получающих наркологическую помощь в амбулаторном порядке.

Задачи исследования:

1. Описать с помощью ИТА круг социальных, медицинских и психологических проблем клиентов, обратившихся за амбулаторной наркологической помощью.
2. Определить с помощью ИТА степень потребностей клиентов в решении актуальных медико-социальных проблем в условиях амбулатории.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись пациенты с опиоидной зависимостью в стадии ремиссии, получившие наркологическую помощь в амбулаторном порядке на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, Казахстан) с июня по декабрь 2012 г.

Предмет исследования: спектр медико-социальных проблем клиентов амбулаторной службы и степень потребности в их решении.

Дизайн исследования: исследование состояло из 3 этапов: подготовительного, основного и заключительного.

На *подготовительном этапе* проводилась разработка методологии исследования и подготовка регистрационных форм (ИТА).

На *основном этапе* проводился набор первичного материала с помощью выбранной методики.

На *заключительном этапе* проводилась статистическая обработка полученных данных с помощью программы ESAG и анализ полученных результатов.

Характеристика материала исследования

Было проведено интервьюирование 81 клиента амбулаторной службы РНПЦ МСПН на этапе противорецидивной и поддерживающей помощи.

Критерии включения в группу:

- а) совершеннолетний возраст;
- б) установленный диагноз опиоидной зависимости согласно критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10);
- в) воздержание от употребления наркотика продолжительностью не менее 3 недель;
- г) добровольное согласие в исследовании.

Критерии исключения из группы исследования:

- несовершеннолетний возраст;
- состояние наркотического, алкогольного опьянения;
- психотические состояния;
- выраженный органический синдром.

Результаты исследования и их обсуждение

Проблемный профиль клиентов

Проблема – это неудовлетворённость клиента определёнными характеристиками качества жизни, активно выявляемыми в ходе интервью с помощью открытых вопросов, тем самым уточняя и детализируя её.

В ходе ИТА формулирование проблемы проводится по двум принципам:

- 1) это качественное описание проблемы, что регистрируется в комментариях к каждому разделу ИТА;
- 2) количественное её измерение, которое фиксируется в числе «проблемных» дней за последние 30 дней до интервью.

В ходе анализа в группе было выявлено 8 проблемных областей, которые представлены в таблице 1. Чаще всего клиенты озвучивали проблемы в области зависимости от наркотиков (42,5%), соматического здоровья (41,3%), в психиатрическом статусе – в том числе психические симптомы, связанные с последствиями употребления ПАВ (37,5%), а также в семейных (32,5%) и социальных отношениях (21,2%). С частотой проблемы в группе соотносилось среднее число «проблемных» дней.

В последующем определялась актуальность проблемы и степень обеспокоенности и озабоченности ею, согласно «оценочной шкале пациента». Для анализа использовалась частота встречаемости обеспокоенности по той или иной проблеме в среднем в группе (рисунок 1).

Чаще всего клиенты были обеспокоены психиатрическими проблемами (34,2%), в том числе свя-

Проблемный профиль

Область проблемы		Количество клиентов, заявляющих проблемы (n=81)	Среднее число «проблемных дней» в группе (n=81)
Медицинская		41,3%	4,9±1,8
Работа, поддержка		15%	1,3±1,1
Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ)	алкоголь	15%	4,9±1,8
	наркотики	42,5%	5,6±2
Юридическая		5%	0
Семейная		32,5%	2,7±1,5
Социальная		21,2%	0,8±0,6
Психиатрическая		37,5%	3,7±1,6



Рисунок 1. Частота обеспокоенности проблемами в группе

занными с последствиями употребления ПАВ, проблемами зависимости (32,9%), семейными проблемами (31,6%) и проблемами соматического здоровья (28,7%).

Сопоставляя частоту встречаемости и частоту обеспокоенности проблемами, можно сделать следующий вывод. Наиболее выраженными по встречаемости и обеспокоенности были проблемы с зависимостью и её психиатрическими последствиями, а также проблемы взаимоотношений с близкими людьми. С другой стороны, в отношении соматического здоровья и социальных проблем, клиенты довольно часто высказывали наличие проблем, но не демонстрировали соизмеримой обеспокоенности ими.

Профиль потребностей клиентов в решении проблем

Данный профиль описывает потребность клиентов получить помощь по заявленным проблемам (рисунок 2).

Наибольшая потребность в группе выявлена в отношении решения проблем с зависимостью (35,4%) и её психиатрическими последствиями (26,6%), семейными проблемами (22,8%) и проблемами соматического здоровья (15%). Высокие показатели шкал «психиатрический статус» и «наркотики» на практике соотносилось с активным высказыванием клиентов в пользу получения антикрейвинговой терапии и относительно помощи в дезактуализации патологического влечения к ПАВ.

Сравнительный анализ проблемного и потребностного профилей клиентов

При сопоставлении трёх частотных показателей в группе – встречаемость проблемы, обеспокоенность ею и потребность в её решении – выявлен разброс значений по всем 8 сферам. По каждой из сфер они свидетельствуют об определённых закономерностях (рисунок 3).

Наркотики – клиенты часто заявляли о проблемах, связанных с зависимостью от наркотиков, проговаривали о потребностях их решения, но выражали меньшую обеспокоенность ими. Это может быть связано с хронизацией заболевания, «свыканием» с собственной патологией при одновременном желании избавиться от болезни при подходящей возможности.

Работа, поддержка – клиенты больше выражали обеспокоенность, реже предъявляя саму проблему, но при этом заявляли о низкой потребности в помощи, что объясняли желанием получить от специалиста конкретное рабочее место, а не консультацию по вопросам трудоустройства.



Рисунок 2. Частота потребности в помощи

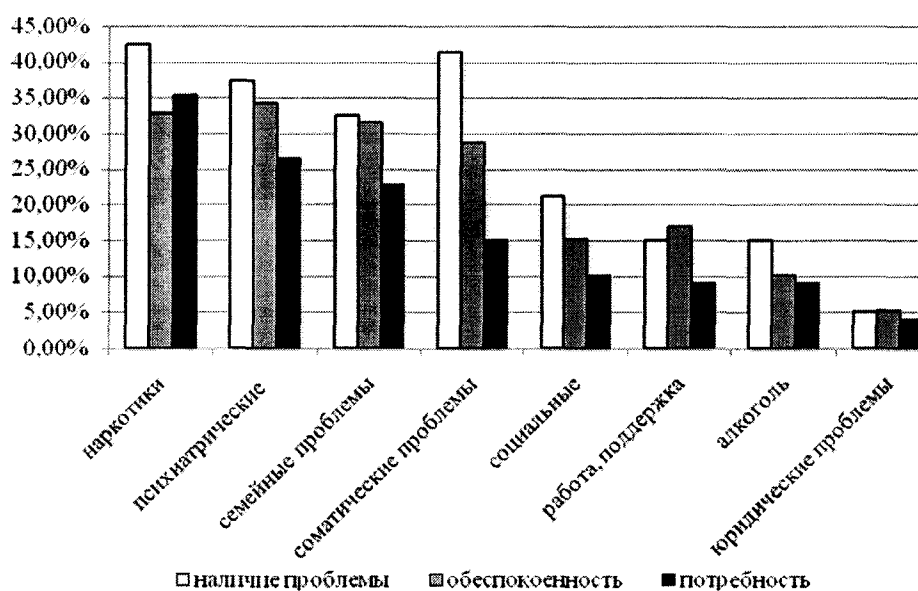


Рисунок 3. Сравнительный анализ проблемного и потребностного профилей клиентов

Юридический статус – было наименее выражено предъявление проблем наряду с низкой обеспокоенностью, практически не высказывалась потребность в помощи в настоящий момент, хотя все клиенты проговаривали о намерениях получить консультацию юриста в последующем. Следует отметить то, что при этом клиенты амбулаторной помощи были достаточно осведомлены в правовых вопросах.

Соматический, психиатрический, социальный и семейный статус, алкоголь – частое предъявление проблемы, особенно в соматическом статусе, при низкой обеспокоенности и меньшей потребности в помощи. Это может свидетельствовать в пользу низкой мотивации или готовности в получении профильных услуг и тем самым являться обоснованием для построения мотивационных интервенций с помощью ИТА. Внутреннее шкалирование в пределах положительных ответов позволяет отслеживать повышение заинтересованности

клиента в получении соответствующих услуг, так как протокол ИТА предусматривает его пересмотр и динамическую оценку.

Выводы

1. Чаще всего клиенты озвучивали проблемы в области зависимости от наркотиков (42,5%), соматического здоровья (41,3%), в психиатрическом статусе, что включало последствия употребления ПАВ (37,5%), а также в семейных (32,5%) и социальных (21,2%) отношениях. С частотой проблемы в группе соотносится среднее число «проблемных» дней.
2. Чаще всего клиенты были обеспокоены психиатрическими проблемами, в том числе связанными с последствиями употребления ПАВ, проблемами зависимости, семейными проблемами и проблемами с соматическим здоровьем.

-
-
3. Наибольшая потребность в группе выявлена в отношении решения проблем с зависимостью и её психиатрическими последствиями, семейными проблемами и проблемами с соматическим здоровьем.
 4. При сопоставлении трех частотных показателей в группе – встречаемость проблемы, беспокойность ею и потребность в её решении – выявлен разброс значений по всем 8 сферам.
 5. В отношении наркотиков отмечена меньшая беспокойность по сравнению с предъявлением проблем и желанием их решить связана с хронизацией заболевания, «свыканием» с собственной патологией, при одновременном желании избавиться от болезни при подходящей возможности.
 6. Редкое предъявление проблемы в отношении работы, поддержки при достаточной беспокойности объясняется желанием получить от специалиста конкретное рабочее место, а не консультацию по вопросам трудоустройства.
 7. Редкость предъявления юридических проблем наряду с невыраженной беспокойностью и отсутствием потребности в помощи может свидетельствовать об изначально низкой готовности клиентов к получению правовой помощи в условиях медицинского учреждения.
 8. Частое предъявление проблемы в соматическом, психиатрическом, социальном и семейном статусах при низкой беспокойности и меньшей потребности в помощи свидетельствует о низкой мотивации или готовности в получении профильных услуг и тем самым является основанием для построения мотивационных интервенций с помощью ИТА.
 9. Внутреннее шкалирование ответов, позволяет отслеживать повышение заинтересованности клиента в получении соответствующих услуг, так как протокол ИТА предусматривает её пересмотр и динамическую оценку.

Список использованной литературы:

1. *Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков: Методическое руководство* / Под ред. Ф. Траутманна, Ю.В. Валентика, В.Ф. Мельникова. – Павлодар, 2004. – 254 с.
 2. Валентик Ю.В. *Реабилитация в наркологии. Учебное пособие*. – М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2000. – 36 с.
 3. Пак Т.В., Лаврентьев О.В. *Проект протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от психоактивных веществ»*.
 4. Пелипас В., Цетлин М., Дудко Т. *Современные тенденции развития реабилитационной помощи наркологическим больным в Российской Федерации*. – Режим доступа: <http://narcom.ru>
 5. *Соборникова Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук*. – М., 2012. – Режим доступа: <http://medical-diss.com>
 6. *Соборникова Е.А. Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика – новый взгляд на проблему зависимости* // *Психотерапия*. – 2010. – № 3. – С. 15-21.
 7. Софронов А.Г. *Состояние лечебной и реабилитационной помощи наркозависимым, осуществление реабилитационных программ наркологического профиля в Санкт-Петербурге* / *Информационный бюллетень «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп в РФ: обзор регионального опыта»*. – 2009.
 8. Тарасов В.К. *Аналитическая записка: модели (центры) реабилитации больных наркоманиями и другими наркологическими заболеваниями*. – Режим доступа: <http://nond-nn.ru>
 9. Фридман Л.С. с соавт. *Наркология*. – М.: Бином, 1998.
 10. Юсупов О.Г. *Планирование лечения, работа с индексом тяжести аддикции и мотивационное интервьюирование зависимых от ПАВ на этапах МСР* // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 44-53.
-
-

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБАХ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (Казахстан)

Введение

В рамках реализации специального исследовательского фрагмента по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») нами был проведен комплексный анализ основных характеристик сектора наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных службах Украины.

В настоящем сообщении приводятся результаты, полученные по исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезны для сравнения с аналогичными данными по Республике Казахстан.

Рассматриваемый сектор (в отсутствие проработки макроструктурных компонентов общей системы наркологической помощи, выходящей за рамки узкокомедицинской модели), как правило, выводится за скобки традиционного анализа. Между тем по уровню охвата населения, структурной и кадровой представленности по наиболее приоритетным направлениям антинаркотической активности – первично-профилактическому и первичному этапам наркологической помощи – данный сектор на несколько порядков превосходит общемедицинский сегмент антинаркотической активности. Таким образом, есть основания полагать, что реально существующие ресурсы и главным образом потенциал рассматриваемого в настоящем разделе сектора наркологической помощи серьезно недооценены. По результатам проведенного анализа (кабинетный и полевой этапы исследования) были определены следующие основные характеристики наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных служб Украины.

Охватываемые группы: по специфике и масштабам основных функций специальных служб, действующих в системе образования и социальной сфере (Психологическая служба системы образования Украины, Социальная служба для семьи детей и молодежи) активностью рассматриваемого сектора НП, во-первых, должна охватываться практически вся группа учащейся молодежи (т.е. до 10 миллионов населения), и далее – по профилю мониторинговой активности социальных служб для семьи, детей и молодежи – практически всё взрослое насе-

ление страны. В этом общем континууме в связи с задачами поименованных служб выделяются группы риска по профилю употребления психоактивных веществ (ПАВ), с которыми должна проводиться систематическая профессиональная работа. Социальная служба для семьи, детей и молодежи, кроме того идентифицирует группу проблемных потребителей наркотиков, в том числе потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), и оказывает данной группе населения нормативно-предусмотренный объем помощи. Таким образом, основная специфика общей группы, это, во-первых, её беспрецедентные масштабы, а во-вторых – преобладание здорового населения и групп повышенного риска, в отношении которых существует задача повышения устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, связанную с рисками ВИЧ-инфицирования.

Этапы наркологической помощи. В рассматриваемом секторе наркологической помощи представлены и в основном институционально оформлены этапы: первично-профилактической наркологической помощи (сфера образования и социальная сфера); первичной наркологической помощи (социальные службы); отдельные технологии этапа противорецидивной терапии (реализуемые в центрах ресоциализации наркозависимой молодежи, действующих при социальных службах для семьи, детей и молодежи). Соответственно, наиболее масштабными и обеспечиваемыми в первую очередь кадровыми ресурсами, являются первые два этапа наркологической помощи.

Нормативная база. Профильная деятельность рассматриваемого сектора НП выстраивается на основании следующих нормативных актов.

В сегменте образования на основании: закона Украины «Об образовании»; приказа МОН Украины от 02.07.2009 г. № 616 «Об утверждении Положения о психологической службе системы образования Украины»; приказа МОН Украины от 30.12.2009 г. № 1248 «Об утверждении социально-педагогического и психологического сопровождения учебно-воспитательного процесса в высших учебных заведениях III-IV уровней аккредитации»; постановления Кабинета Министров Украины от 20.04.2011 г. № 462 «Об утверждении Государственного стандарта начального общего образования». В частности, вышеуказанными документами утверждаются такие приоритеты системы образования, как «жизнь и здо-

ровые человека, свободное развитие личности»; в ряду приоритетных направлений психологического обеспечения образования указывается на важность «активизации превентивных мер относительно различных форм зависимостей» и далее говорится о необходимости «разработки и внедрения психологических программ и проектов, направленных на профилактику таких асоциальных явлений, как алкоголизма, наркоманий» и др.

В сегменте социальных служб – на основании: законов Украины «О государственных социальных стандартах и государственных социальных мероприятиях», «О социальной работе с детьми и молодежью»; приказа Министерства семьи, молодежи и спорта Украины от 10.10.2007 г. № 3612 «Об утверждении и внедрении моделей первичной и вторичной профилактики употребления наркотиков и инфицирования ВИЧ/СПИДа», методического пособия «Социально-профилактические коммуникации с подростками и молодежью по формированию безопасного поведения»; приказа Министерства семьи, молодежи и спорта Украины от 10.10.2007 г. № 3611 «Об утверждении и внедрении отраслевого стандарта предоставления социальных услуг потребителям ПАВ, в том числе потребителям инъекционных наркотиков и их ближайшему окружению»; приказа Министерства семьи, молодежи и спорта Украины от 18.12.2008 г. № 4941 «Об утверждении и внедрении стандартов минимального пакета социальных услуг в сфере ВИЧ/СПИДа различным категориям детей, молодежи и семей»; стандарта минимального пакета социальных услуг, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа и осложнений, которые являются сопутствующими при употреблении инъекционных наркотиков (утверждён предыдущим приказом); распоряжения Кабинета Министров Украины от 22.11.2010 г. № 2140 «Об утверждении плана мероприятий по выполнению Концепции реализации государственной политики в сфере противодействия распространению наркомании, борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на 2011-2015 годы». Последним распоряжением, в частности, предписывалось: 1) проведение мониторинга ситуации в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и эффективности осуществления мер реагирования на такую ситуацию; 2) анализ законодательства в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, по результатам которого предписывалось подать Кабинету Министров Украины предложения относительно внесения изменений в нормативно-правовые акты с целью усовершенствования государственного регулирования в указанной сфере. То есть был шанс на реальное устранение нормативно-методологического дефицита, противоречий и несоответствий, имеющих в рассматри-

ваемой сфере, в случае адекватного выполнения данных пунктов соответствующего распоряжения Кабинета Министров Украины.

Далее следует отметить нацеленность вышеприведённых документов на оказание профильной помощи (включающей почти полный пакет технологий снижения вреда – первичной наркологической помощи) наиболее проблемной группе потребителей инъекционных наркотиков. Так, в соответствующем Стандарте от 2008 г. предусмотрены следующие классы услуг: психологические, социально-педагогические, социально-медицинские, информационные, юридические. Каждый класс услуг содержит от 3 до 5 видов помощи. Например, социально-медицинский профиль услуг включает: консультирование по вопросам здоровья, распространение стерильных одноразовых шприцев и обмен использованных шприцев, распространение презервативов, дезинфицирующих средств. Услуги предоставляются мультидисциплинарной командой, в состав которой входят специальный работник, социальный педагог, психолог, врач, медицинская сестра, волонтеры. Другие специалисты привлекаются по мере необходимости. Стандартом устанавливаются приемлемые квалификационные требования по каждой профессиональной спецификации. Также следует отметить акцент на удовлетворение потребности клиента, таких условий оказания помощи, как конфиденциальность, анонимность, добровольность, приближенность к клиенту (мобильные пункты). В соответствующем документе подчёркивается, что определённый минимальный перечень не является препятствием для его расширения и включения других услуг (например, необходимых для формирования полного пакета по модели интегрированной наркологической помощи). Отмечается необходимость партнёрства всех секторов, привлекаемых к решению проблемы ВИЧ/СПИДа. То есть данный документ почти по всем своим характеристикам соответствует модели интегрированной наркологической помощи, реализуемой в отношении наиболее проблемной группы ПИН.

Структурные характеристики рассматриваемого сектора наркологической помощи представлены следующим образом.

В сегменте образования действуют: Украинский научно-методологический центр практической психологии и социальной работы; областные центры психологической службы системы образования; психологические службы заведений профессионально-технического образования, психологические службы высших учебных заведений I-III уровней аккредитации, районные (городские) психологические службы, психологические службы учреждений образования областного подчинения (внешкольные учебные заведения, специальные учебные заведения и др.) и психологические службы вузов III-IV уровней аккредитации.

Областная психологическая служба в своей деятельности обеспечивает все направления и виды работы психологической службы системы образования, в том числе и по направлению антинаркотической активности.

В социальном секторе: во всех областях Украины функционирует сеть региональных социальных служб для семьи, детей и молодёжи. На конец 2011 г. действовало 27 региональных центров, 168 городских и 40 районных центров в городах, 483 районных и 504 филиала районных центров, 581 сельских и 85 поселковых центров социальных служб для семьи, детей и молодёжи. Кроме того, на начало 2011 г. в данной системе действовали 3 центра ресоциализации наркозависимой молодёжи. Таким образом, в общей сложности в сегменте социальных служб для семьи, детей и молодёжи действовало до 1900 структурных единиц, обеспечивающих основные направления функциональной активности данной службы, включая профильную помощь проблемным наркопотребителям.

Характеристики кадровой обеспеченности, спецификации и квалификации персонала, отражённые в соответствующих нормативных документах и статистических отчётах, свидетельствуют о том, что данный сектор в количественном отношении обеспечен беспрецедентными кадровыми ресурсами, которые по образовательному сектору на конец 2011 г. составили 23535 практических психологов и социальных педагогов, в функции которых входит, в том числе, реализация первично-профилактических мероприятий антинаркотической направленности. Что же касается сектора социальных служб для семей, детей и молодёжи, то оценочное количество занятых в нём социальных работников и (в существенно меньшей степени) психологов по оценочным данным, составляет до 14 тысяч специалистов. Однако точных сведений по этому параметру нет.

Программы додипломной подготовки вышеназванных специалистов, как и установленные квалификационные требования, не предусматривают наличие специальных навыков по реализации научно-обоснованных эффективных технологий, которые могут использоваться на этапах первично-профилактической и первичной наркологической помощи (например, мотивационное интервьюирование, мотивационная психотерапия, наркологическое консультирование, специальные диагностические технологии, краткосрочные интервенции и пр.). По результатам заполнения соответствующих вариантов опросников БООНО в данном секторе, более 60% специалистов – психологов, социальных педагогов и социальных работников – отметили недостаточный уровень квалификации, дефицит необходимых знаний, умений, навыков, препятствующих проведению эффективной профилактической работы и оказанию профильной помощи. Из содержания полуструктурированного интервью с директором Ук-

раинского научно-методического центра практической психологии и социальной работы, доктором психологических наук В.Г. Панок следует, что утверждённых протоколов первично-профилактической помощи, оказываемой по профилю зависимости от ПАВ и других типов зависимости, на сегодняшний день нет (такие протоколы готовятся и проходят необходимую апробацию). Поэтому в утверждённые стандарты подготовки школьных психологов и социальных педагогов данные специализированные блоки пока ещё не включены. Специалисты самостоятельно планируют свою деятельность по направлению профилактики вовлечения детей, подростков, молодёжи в зависимость от ПАВ либо – деструктивную психологическую зависимость, ориентируясь на уровень своей собственной подготовки, требования администрации и конечные критерии собственной профессиональной деятельности, также устанавливаемые самостоятельно.

Подготовка системы профессиональных стандартов и протоколов, регламентирующих деятельность специалистов на этапе первично-профилактической наркологической помощи, по мнению В.Г. Панок, предполагает активное сотрудничество в этом вопросе соответствующих структур и специалистов Министерства образования и науки (МОН) и Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины. Фактическое отсутствие такого рода постоянного взаимодействия является серьёзным препятствием к повышению эффективности профилактики распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа.

Реальный **ассортимент технологий** первично-профилактической и первичной наркологической помощи, реализуемой в государственных учреждениях системы образования и социальных службах Украины, по результатам анализа соответствующих вариантов опросника БООНО (всего в данном секторе заполнены 19 опросников) представлен следующим образом.

На этапе первично-профилактической наркологической помощи (сектор образования):

- проведение скрининга (анкетирования) среди детей и подростков;
- психологическая диагностика рисков вовлечения в зависимость от ПАВ среди детей и подростков;
- психологическая диагностика дисгармоничных семейных отношений;
- мотивационное информирование по вопросам профилактики формирования зависимости от ПАВ (групповое, индивидуальное);
- психологическое консультирование родителей, детей и подростков, педагогов;
- социально-психологические тренинги по формированию стрессоустойчивости;
- социально-психологические тренинги по формированию психологической устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ.

На этапе первично-профилактической наркологической помощи (сектор социальных служб):

- проведение скрининга (анкетирования) среди детей и подростков;
- проведение мотивационного информирования (родителей, детей, подростков) индивидуального и группового по вопросам профилактики формирования зависимости от ПАВ;
- наркологическое консультирование родителей, педагогов, детей и подростков (с участием приглашенных специалистов – наркологов);
- психологическое консультирование родителей, детей и подростков (с участием приглашенных специалистов из партнёрских организаций).

На этапе первичной наркологической помощи (сектор социальных служб):

- диагностика употребления ПАВ с вредными последствиями с использованием критериев МКБ-10 (только г. Киев с использованием приглашенных специалистов);
- диагностика синдрома зависимости от ПАВ с использованием критериев Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) (только г. Киев с использованием приглашенных специалистов);
- мотивационное информирование клиентов на этапе первичной наркологической помощи (только г. Киев с участием приглашенного специалиста);
- наркологическое консультирование на этапе первичной наркологической помощи (только г. Киев с участием приглашенных специалистов);
- дотестовое консультирование;
- послетестовое консультирование;
- социальное консультирование;
- правовое консультирование (только г. Полтава);
- выдача направлений на диагностику и лечение (по показаниям) в дружественные кабинеты поликлиник и больниц;
- обучение безопасному сексу (только г. Киев);
- антиретровирусная терапия (АРВТ) ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц;
- технологии социальной помощи и поддержки (восстановление документов, трудоустройство);
- раздача материалов (буклеты, дезинфекционные материалы, шприцы, презервативы);
- направление на программы амбулаторной/стационарной реабилитации (только г. Киев с участием приглашенного специалиста).

Таким образом, на этапе первично-профилактической наркологической помощи в секторе учреждений образования из 20 позиций технологического ассортимента, указанного в опроснике БООНО, реализуется 7 позиций; в секторе социальных служб реализуется лишь 4 позиции, т.е. 20-30% от возмож-

ного ассортимента первично-профилактических технологий, притом что такие важные позиции, как формирование и целенаправленная работа с группами повышенного риска по профилю вовлечения в зависимость от ПАВ, ни в одном случае не были отмечены.

На этапе первичной наркологической помощи в секторе социальных служб отмечены 14 позиций (из 42 приведенных в опроснике БООНО), из которых 5 позиций реализуются только в г. Киеве с участием приглашенных специалистов (т.е. по факту действует мультисекторальная бригада).

Оценка внутрисистемного и межсекторального взаимодействия в рассматриваемых сегментах системы образования и социальных служб неоднозначная. По сегменту первично-профилактической наркологической помощи системы образования оценка межсекторального взаимодействия в целом положительная – каждое учебное заведение, заполнившее соответствующие опросники, отмечает как минимум три партнёрские организации (обычно это центры здоровья, наркологические кабинеты и диспансеры, социальные службы, кабинеты и центры психологического консультирования, представительства международных организаций и фондов и др.). Что касается сектора социальных служб, то здесь в позитивном плане можно отметить лишь центр социальной службы по делам семьи и молодёжи г. Киева.

Оценка эффективности и качества в данном секторе выстраивается с учётом того, что многих важных инструментов, обеспечивающих эффективность профильной деятельности – таких, как протоколы первичной профилактики зависимости от ПАВ, соответствующие блоки профессиональной подготовки, индикаторы эффективности и качества по каждому блоку используемых технологий – до настоящего времени не внедрены. Ассортимент используемых технологий достаточно узкий; при этом, как правило, не выделяется группа риска; целенаправленная последовательная работа с данной группой не ведётся (между тем, основными индикаторами качества по данному сегменту как раз и должны быть показатели динамики рисков у охватываемых групп, меняющиеся вследствие целенаправленной и конструктивной работы специалистов). По имеющимся данным – результатам мониторинга, проводимого международными агентствами – уровень потребления ПАВ среди школьников и учащейся молодёжи в последние годы остаётся стабильно высоким без какой-либо динамики к снижению. С учётом изложенного эффективность первично-профилактических мероприятий, проводимых в рассматриваемом секторе наркологической помощи, следует признать ограниченной, а их качество – невысоким. В то же время безусловно положительно следует оценить наличие сформированной и разветвлённой структуры психологической службы системы об-

разования, а также осмысленной целенаправленной деятельности по разработке и внедрению необходимых инструментов – протоколов, стандартов и пр., – способных повысить качество технологического этапа первично-профилактической наркологической помощи.

По сегменту первичной наркологической помощи, оказываемой социальными службами для семей, детей и молодёжи, следует отметить факты несоответствия по многим позициям оказываемой помощи – требованиям утверждённого стандарта минимального пакета социальных услуг, направленных на профилактике ВИЧ/СПИДа у ПИН (в меньшей степени это касается соответствующей социальной службы г. Киева). Индикаторы качества проработаны слабо, фактически учитываются лишь объёмные показатели. С учётом изложенного следует констатировать ограниченную эффективность и, в целом, невысокое качество профессиональной деятельности в данном сегменте.

Дефициты и препятствия к повышению качества профессиональной деятельности, отмеченные в соответствующих разделах опросника БООНО по анализируемому сектору наркологической помощи выглядят следующим образом.

Специалистами – школьными психологами и социальными педагогами наиболее часто отмечаются:

- дефицит научно обоснованных технологий первично-профилактической наркологической помощи;
- дефицит основополагающих нормативных приказов, чётко утверждающих приоритет первично-профилактической наркологической помощи;
- дефицит разработанной системы стандартов первично-профилактической помощи (мониторинга рисков и эффективности противодействующих усилий, технологий, спецификации и квалификации персонала, программ профессиональной подготовки);
- дефицит ресурсной обеспеченности (финансирования, подготовленных кадров);
- недостаточная проработанность правовых вопросов в отношении возможностей реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи;
- недостаточная квалификация специалистов;
- не определено фиксированное время, необходимое для реализации тематических первично-профилактических программ;
- не разработана система мотивации специалистов на достижение приемлемого результата по реализации тематических первично-профилактических программ;
- не разработана эффективная форма сотрудничества специалистов, организаций и ведомств, имеющих отношение к программам

первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа;

- не определён основной координатор реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи.

Специалистами социальными работниками служб для детей, семьи и молодёжи на этапе первично-профилактической наркологической помощи наиболее часто отмечаются:

- дефицит основополагающих нормативных актов, в том числе ведомственных приказов, чётко утверждающих приоритет первично-профилактического этапа наркологической помощи;
- дефицит ресурсного обеспечения (финансового, кадрового, материально-технического) по реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи;
- недостаточная проработанность правовых вопросов в отношении возможностей реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи;
- недостаточная квалификация привлекаемых специалистов;
- недостаточно проработаны критерии эффективности соответствующих первично-профилактических программ;
- не разработана система мотивации специалистов на достижение приемлемого результата по реализации тематических первично-профилактических программ;
- не разработана эффективная форма сотрудничества специалистов, организаций и ведомств, имеющих отношение к программам первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа;
- не определён основной координатор реализации этапа первично-профилактической НП.

Опрошенные специалисты считают, что большинство из этих проблем и вопросов можно и нужно решать за счёт эффективного сотрудничества МОЗ, МОН и Министерства социальной политики Украины.

На этапе первичной наркологической помощи специалистами рассматриваемого сектора государственных учреждений социальных служб Украины отмечаются следующие дефициты и препятствия к повышению эффективности и качества оказываемой помощи:

- дефицит репрезентативных исследований, определяющих истинную потребность населения и основных фокус-групп в технологиях первичной наркологической помощи;
- дефицит ресурсной обеспеченности этапа первичной наркологической помощи (финансирование, подготовленные кадры, материально-технические ресурсы);

-
-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">– недостаточная проработка правовых вопросов, связанных с реализацией этапа первичной наркологической помощи, особенно в отношении несовершеннолетних;– сопротивление или недопонимание со стороны силовых ведомств;– недостаточная квалификация специалистов, действующих на этапе первичной наркологической помощи;– недостаточно проработанные критерии эффективности реализации технологий этапа наркологической помощи; | <ul style="list-style-type: none">– недостаточно разработанная система мотивации на достижение приемлемого результата у сотрудников, реализующих технологии первичной наркологической помощи;– слабая разработанность эффективной схемы взаимодействия основных специалистов, организаций и ведомств, в чью компетенцию входит реализация этапа первичной наркологической помощи;– не определён основной координатор (лицо, учреждение) этапа первичной наркологической помощи. |
|---|---|

УДК 616.89

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НЕГОСУДАРСТВЕННЫМИ И НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (НПО) УКРАИНЫ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (Казахстан)

Введение

В рамках реализации специального исследовательского фрагмента по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») нами был проведен комплексный анализ основных характеристик сектора наркологической помощи, оказываемой негосударственными и некоммерческими организациями Украины.

В настоящем сообщении приводятся результаты, полученные по исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезны для сравнения с аналогичными данными по Республике Казахстан.

В данный сектор включаются все виды и технологии наркологической помощи, реализуемые неправительственными (негосударственными) и некоммерческими организациями. Рассматриваемый сектор наркологической помощи имеет свою, достаточно очерченную специфику деятельности, прослеживаемую практически по всем анализируемым параметрам. Однако главной отличительной и наиболее привлекательной характеристикой данного сектора является принципиальное отсутствие стигматизирующего компонента (адресного учёта, компрометирующего документирования и пр.) и, напротив, последовательная борьба со стигматизацией, проявляемой в отношении клиентов профильных НПО, а также – ощутимо более высокий уро-

вень мобильности, активности, свободы в выборе средств, необходимых для достижения планируемых результатов. Другим, не менее привлекательным для представителей уязвимых групп обстоятельством является факт бесплатного (по большинству позиций этапа первичной наркологической помощи, а также и других, реализуемых в данном секторе этапов наркологической помощи для них оказания профильной помощи, выбор которой осуществляется самим клиентом.

В связи со всем изложенным, основной группой населения, охватываемой активностью рассматриваемого сектора наркологической помощи, являются лица, зависимые от ПАВ, в том числе наиболее уязвимые в отношении ВИЧ-инфицирования группы потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), наркозависимые работники коммерческого секса, контингент ВИЧ-инфицированных наркозависимых. То есть именно те группы, которые отказываются от любых форм сотрудничества с государственными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ), связанного с необходимостью предоставления адресной информации, и не имеют средств для обращения в частные наркологические кабинеты и центры. В клиническом плане – это, как правило, клиенты с многолетним стажем употребления психоактивных веществ (ПАВ) и наиболее тяжёлыми формами проявления зависимости. В социальном плане – это наиболее дезадаптированная и стигматизированная группа населения. Общая чис-

ленность данной наиболее проблемной и уязвимой в отношении рисков ВИЧ-инфицирования группы наркопотребителей, охватываемых активностью профильных НПО, по данным Медицинского и мониторингового центра по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины, в 2012 г. составила 157011 человек. Следующей проблемной группой наркопотребителей, также охватываемой активностью некоммерческих организаций, допущенных к реализации программ снижения вреда в секторе Государственной пенитенциарной службы (ГПС), является контингент пенитенциарных учреждений. Далее следует обозначить группу лиц, зависимых от ПАВ, – резидентов конфессиональных и неконфессиональных реабилитационных центров, – общее количество которых, по оценочным данным, ежегодно составляет от 3-х до 4-х тысяч человек. Точных данных о нозологических, клинических и социальных характеристиках этой группы зависимых от ПАВ нет. Однако можно предложить, что речь идёт, в основном, о лицах с многолетним стажем употребления ПАВ, включая уличные наркотики, мотивированных на прохождение продолжительных реабилитационных программ. Ещё одной специфической группой являются члены сообществ анонимных алкоголиков (АА) и анонимных наркоманов (АН). Таковыми являются пациенты, прошедшие курсы детоксикации и медикаментозного лечения, резиденты соответствующих реабилитационных программ, продолжающих работу по 12-шаговой программе в режиме противорецидивной и поддерживающей терапии. Точных данных о количестве резидентов программ АА и АН нет. По оценочным данным, речь может идти о 12-20 тыс. зависимых от ПАВ, продолжающих движение по программе 12 шагов, после прохождения курсов лечения и реабилитации. Таким образом, численность общей группы, охваченной активностью рассматриваемого сектора, составляет 180-190 тыс. зависимых лиц, в основном представляемых потребителями инъекционных наркотиков. Что касается показателей охвата, то такие данные имеются лишь в отношении группы ПИН – 50,6% от оценочного количества потребителей инъекционных наркотиков. По другим группам зависимых от ПАВ, охватываемых этапами стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии, предположительно показатели охвата не превышают 1-2% от оценочного количества зависимых от ПАВ.

Таким образом, деятельность рассматриваемого сектора включает следующие **этапы наркологической помощи**: первичной наркологической помощи, стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии. Основной объём профильной помощи осуществляется по этапу первичной наркологической помощи, акцентированному на профилактику распространения ВИЧ/СПИДа среди инъекционных и других потребите-

лей наркотиков. Здесь же достигаются и максимальные показатели охвата реальной популяции ПИН программами снижения вреда – первичной наркологической помощи.

Нормативное регулирование профильной деятельности сектора наркологической помощи, оказываемой негосударственными и некоммерческими организациями и объединениями, осуществляется в соответствии с Законодательством Украины в сфере гражданских объединений, утверждённых и зарегистрированных уставов соответствующих организаций и объединений, в которых обозначены основные направления и регламенты осуществляемой деятельности; а также – техническими задачами и регламентами, устанавливаемыми основными грантодателями – международными и национальными фондами и организациями. В случае если профильные НПО выполняют определённый объём деятельности по договору с государственным учреждением и за средства данного учреждения, то такая профессиональная деятельность должна осуществляться в соответствии с утверждёнными Стандартами и Протоколами, обязательными для государственных ЛПУ.

Структура рассматриваемого сектора наркологической помощи, по имеющимся неполным данным, представлена 160 НПО, действующими по профилю профилактики распространения ВИЧ/СПИДа среди ПИН и других потребителей наркотиков, в том числе в системе ГПС Украины. Реабилитационную деятельность по имеющимся сведениям осуществляют более 200 христианских центров – православных, католических и пр. Что касается групп АА и АН, то в каждом крупном городе Украины действует от 5 до 20 таких групп с общим оценочным количеством от 250 человек и более. Вышеперечисленные группы негосударственных и неправительственных организаций и объединений имеют лишь один общий признак – отсутствие прямого административного подчинения и бюджетного финансирования со стороны органов государственной власти – и не консолидированы в какую-либо единую структуру или ассоциацию.

Что касается **кадровой обеспеченности, спецификации и квалификации** действующего в данной сети персонала, то по имеющимся сведениям общее количество сотрудников составляет от 2,5 до 3 тысяч человек, в зависимости от объёмов финансирования профильных НПО. В основном, это волонтеры, аутрич-работники, социальные работники, средний медицинский персонал, нанятые специалисты – психологи и существенно реже – другие специалисты. В частности, ни в одном из 7 опросников БООНО, заполняемых в НПО городов Киева, Полтавы, Харькова, не указаны штатные специалисты-наркологи, либо врачи другого профиля. В то же время последние постоянно фигурируют в качестве основных партнёров профильных НПО.

По результатам полуструктурированных интервью, проведённых с руководителями некоммерческих организаций, такого – часто формального – партнёрства с врачами-наркологами недостаточно для оказания комплексной, интегрированной помощи наркозависимым – клиентам программ снижения вреда, особенно – наркозависимым подросткам. В связи с чем они готовы рассматривать любые другие варианты более конструктивного сотрудничества со специалистами-наркологами.

Квалификационные характеристики персонала профильных НПО устанавливаются основными грантодателями, с ориентацией на тот результат, который должен быть достигнут в рамках соответствующего проекта (обычно это показатели охвата наиболее уязвимой группы потребителей инъекционных наркотиков стандартными технологиями снижения вреда). Необходимый уровень подготовки достигается за счёт участия в достаточно интенсивных тренинговых циклах, реализуемых силами специалистов соответствующих международных или национальных фондов. Что касается персонала христианских реабилитационных центров, чаще всего обозначенных как консультанты по зависимости, то это, в основном, бывшие резиденты, успешно завершившие соответствующие реабилитационные циклы и находящиеся в состоянии длительной и устойчивой ремиссии. О каких-либо дополнительных требованиях или условиях подготовки, необходимой для приобретения статуса сотрудника такого центра, никаких данных нет.

Специально по данному подразделу следует отметить, что сложившаяся и реализуемая в рассматриваемом секторе схема подбора, подготовки наиболее востребуемого штатного персонала (который, в случае необходимости, наличия организационных и финансовых ресурсов, может быть заполнен специалистами медицинского и любого другого профиля) с такими качествами, как мобильность и гибкость, почти идеально подходит для ситуации, когда этапы – со 2-го по 5-й – реализуются, в основном, в рассматриваемом секторе наркологической помощи. Например, в тех регионах, где наркологическая служба МОЗ представлена лишь узким сектором услуг по краткосрочной детоксикации и медикаментозной терапии, и никаких перспектив по её развитию не просматривается.

В ходе реализации полевого этапа исследования, при заполнении соответствующих вариантов опросников БООНО персоналом профильных НПО, были отмечены следующие *технологии*, реализуемые в рассматриваемом секторе.

На этапе первичной наркологической помощи:

- диагностика употребления ПАВ с вредными последствиями, с использованием критериев Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) (услуга реализуется приглашаемым из партнёрской организации врачом – наркологом);

- оценка динамики тяжести синдрома зависимости (услуга реализуется приглашаемым из партнёрской организации врачом – наркологом);
- диагностика коморбидной патологии (включая ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, туберкулёз, ЗППП) – услуга реализуется в партнёрских медицинских организациях;
- мотивационное информирование клиента на этапе первичной наркологической помощи;
- мотивационное информирование значимых других людей (ЗДЛ) на этапе первичной наркологической помощи;
- наркологическое консультирование клиентов на этапе первичной наркологической помощи (услуга реализуется приглашаемым из партнёрской организации врачом – наркологом);
- дотестовое консультирование (услуга реализуется в партнёрских медицинских организациях);
- послетестовое консультирование (услуга реализуется в партнёрских медицинских организациях);
- психологическое консультирование клиента на этапе первичной наркологической помощи (услуга реализуется как штатным специалистом психологом, так и в партнёрских организациях);
- консультирование клиентов специалистами дружественных кабинетов и поликлиник по показаниям (терапевтом, инфекционистом, фтизиатром, дерматовенерологом, хирургом);
- социальное консультирование;
- правовое консультирование (услуга оказывается как штатным, так и приглашаемым специалистом);
- выдача направлений на диагностику и лечение по показаниям;
- обучение клиентов безопасному поведению;
- специальное обучение персонала;
- мотивация на прохождение полноценной амбулаторной / стационарной медико-социальной реабилитации (МСР);
- антиретровирусная терапия (АРВТ) ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц;
- технологии социальной помощи и поддержки (восстановление документов);
- раздача и обмен материалов (шприцев, игл, презервативов, дезинфекционных материалов, тематических информационных буклетов);
- направление в программы амбулаторного/ стационарного лечения и реабилитации.

Итого – в секторе профильных НПО на этапе первичной наркологической помощи реализуется 20 технологий из 37, поименованных в соответствующем варианте опросника БООНО. Из них 9 технологий реализуется с участием партнёрских организаций или приглашенных специалистов, что в целом

позитивно характеризует межсекторальную активность профильных НПО.

На этапе стационарной реабилитации в рассматриваемом секторе реализуются следующие технологии:

- диагностика коморбидной патологии (при участии специалистов из партнёрских организаций);
- экспериментально-психологическая диагностика (стандартная);
- экспериментально-психологическая диагностика уровней реабилитационного потенциала;
- мотивационное информирование резидентов на этапе стационарной реабилитации;
- мотивационное информирование созависимых лиц на этапе стационарной реабилитации;
- дотестовое консультирование;
- послетестовое консультирование;
- психологическое консультирование резидентов;
- семейное консультирование;
- консультирование резидентов на этапе стационарной реабилитации специалистами дружественных кабинетов и медучреждений по показаниям (данная технология реализуется при участии партнёрских организаций);
- социальное консультирование;
- правовое консультирование;
- АРВТ ВИЧ-инфицированных зависимых – резидентов программ стационарной социальной реабилитации;
- психотерапевтические технологии (когнитивно-поведенческая, групповая, семейная, мультимодальная психотерапия);
- тренинговые технологии (коммуникативности, сензитивности, стрессоустойчивости, асертивности, управления конфликтами, личностного роста);
- технологии социальной помощи и поддержки на этапе стационарной реабилитации (восстановление документов, трудовое обучение, трудоустройство);
- занятия спортом;
- участие в деятельности терапевтического сообщества.

Итого – 18 технологий из 53, поименованных в соответствующем варианте опросника БООНО, что в целом для рассматриваемого сегмента социальной реабилитации (т.е. проводимой без активного использования блока технологий медикаментозного и иного лечения) является удовлетворительным результатом. В то же время, необходимо учитывать то обстоятельство, что в большинстве христианских реабилитационных центрах, по некоторым данным, реализуется существенно менее разнообразный ассортимент, часто сводимый к терапии занятостью, трудотерапии и молитвенной практике (точных сведений о содержании реабилитационных программ конфессиональных центрах нет). А также – то об-

стоятельство, что поименованными реабилитационными технологиями в лучшем случае охватывается от 1% до 2% реального числа зависимых лиц.

Ресурсное обеспечение профессиональной деятельности в рассматриваемом секторе наркологической помощи – финансовое, материально-техническое – осуществляется за счёт международных и национальных грантовых программ, имеющих конечной целью наиболее полный охват уязвимых групп эффективными технологиями профилактики распространения ВИЧ/СПИДа. А также – за счёт существенно менее масштабных финансовых и материальных возможностей конфессиональных организаций. Что касается самоорганизованных групп АА и АН, то каких-то специальных ресурсов (помимо организационных) для деятельности данных сообществ не требуется. В отношении кадровых ресурсов, в основном за счёт мобильной и гибкой политики в данном вопросе, а также – имеющихся финансовых возможностей, в рассматриваемом секторе проблем существенно меньше, чем, например, в секторе государственных наркологических ЛПУ.

Оценка внутрисистемного и межсекторального взаимодействия. В связи с особенностью выделения рассматриваемого сектора – его достаточно выраженной фрагментацией и ориентацией на выполнение конкретных проектов со своими, четко обозначенными целями и задачами – стабильного внутрисистемного взаимодействия здесь пока ещё не сложилось. В то же время данную инициативу следует оценить только позитивно – предпринимаются отдельные попытки формирования общего информационного поля для организаций, действующих в негосударственном и некоммерческом секторе (например, издание справочника организаций, работающих в сфере противодействия ВИЧ/СПИД в Украине, Альянс, 2012). Кроме того, следует только позитивно отметить факты регионального сотрудничества профильных НПО с общими интересами в плане инициации совместных проектов (например, совместный проект благотворительной организации «Заря» и благотворительной ассоциации «Свет надежды» г. Полтавы по созданию реабилитационного центра для зависимых от ПАВ лиц «Новый поворот»). Далее необходимо иметь в виду, что взаимодействие между этапами первичной наркологической помощи и стационарной реабилитации, реализуемыми в секторе НПО, осуществляется, в основном, через третье звено – сектор государственной наркологической помощи, где проводится детоксикация и медикаментозная терапия синдрома зависимости. Однако в силу того, что полноценного наркологического консультирования с формированием адекватного маршрута и мотивацией на последовательное прохождение этапов наркологической помощи в программах снижения вреда, как правило, не проводится – необходимого взаимодействия между двумя обозначенными этапами в

рассматриваемом секторе наркологической помощи не складывается.

Что же касается межсекторального взаимодействия, необходимого для оформления этапа первичной наркологической помощи в полноценный сектор интегрированной помощи наиболее уязвимым группам наркопотребителей, то профильные НПО дальше, чем кто-либо, продвинулись по этому направлению. О чём свидетельствуют аналитические данные по опроснику БООНО, показывающие, что около 50% технологий этапа первичной наркологической помощи реализуются при активном сотрудничестве с секторами здравоохранения и социальных служб. Кроме того, следует учитывать факт полноценного сотрудничества НПО с наркологическими ЛПУ, СПИД-центрами, многопрофильными поликлиниками и больницами, где реализуются программы заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ). Так, например, по данным благотворительного фонда «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», в 2011 г. в лечебных учреждениях действовало 35 центров ЗПТ, где с помощью профильных НПО были реализованы проекты интегрированной помощи зависимым от опиоидов, включая мероприятия по снижению вреда, психологическому консультированию, социальной помощи и поддержке. На основании приведённых примеров, главный организационный стержень интегрированной модели помощи уязвимым группам наркопотребителей – это эффективное межсекторальное сотрудничество профильных НПО с государственными учреждениями здравоохранения, где сегмент эффективной наркологической помощи (помимо собственно заместительной терапии) представлен достаточно адекватно и интенсивно.

Оценка эффективности и качества в рассматриваемом секторе наркологической помощи, оказываемой негосударственными и некоммерческими организациями и объединениями, в связи с вышеизложенным должна складываться исходя из главного промежуточного индикатора – охвата целевых групп технологиями первичной наркологической помощи и стационарной реабилитации. А также – основного конечного индикатора – динамики распространения ВИЧ/СПИДа в популяции зависимых от наркотиков лиц; длительности и качестве ремиссии у резидентов соответствующих реабилитационных центров.

В связи с отсутствием адекватного мониторинга наркологической ситуации (в том числе и по приведённым параметрам) такая оценка может выстраиваться лишь на основании оценочных данных. Так, по первой группе промежуточных и конечных индикаторов эффективности и качества, следует отметить более чем 50% охват целевой группы и показатели динамики выявления новых случаев ВИЧ, которые могут свидетельствовать об эффективности программ снижения вреда. Однако такой наметив-

шейся позитивной тенденции недостаточно для того, чтобы эффективно контролировать и блокировать процесс распространения ВИЧ/СПИДа в среде ПИН и далее среди здорового населения страны. Таким образом, оценка деятельности рассматриваемого сектора по первой группе индикаторов свидетельствует всё же об ограниченной эффективности при наличии соответствующих позитивных тенденций. Что же касается показателей качества оказываемой в данном сегменте профильной помощи, то следует, безусловно, положительно оценить безопасные условия и контрмеры, предпринимаемые в отношении двойной стигматизации зависимых от наркотиков лиц, в том числе – ВИЧ-инфицированных. В то же время о полноценной реализации идеи интегрированного подхода в организации этапа первичной наркологической помощи говорить пока ещё не приходится, о чём свидетельствует ограниченный ассортимент услуг. Таким образом, по данному сегменту следует констатировать средний уровень качества с позитивной оценкой тенденций к наращиванию интенсивности межсекторального сотрудничества.

В отношении второй группы промежуточных и конечных индикаторов, характеризующих сегмент стационарной реабилитации, следует отметить крайней незначительный охват и недостаточный ассортимент реабилитационных технологий; фактическое отсутствие мониторинга длительности и качества ремиссий у резидентов, завершивших программы стандартной реабилитации. Таким образом, эффективность и качество наркологической помощи, оказываемой по данному сегменту следует оценить как ограниченные, с позитивной оценкой того факта, что технологии стационарной реабилитации в ограниченном объёме, но тем не менее используются. Кроме того, так же позитивно следует оценить факты межсекторального сотрудничества на этапе стационарной реабилитации зависимых от ПАВ.

Основные дефициты и препятствия. В ходе проведения полевого этапа исследования персоналом профильных НПО, при заполнении соответствующих вариантов опросника БООНО, были отмечены следующие дефициты и препятствия к увеличению объёмов и росту качества наркологической помощи, оказываемой в рассматриваемом секторе.

На этапе первичной наркологической помощи:

- дефицит научно обоснованных технологий первичной наркологической помощи;
- дефицит репрезентативных исследований, определяющих истинную потребность населения и основных фокус-групп в технологиях первичной наркологической помощи;
- дефицит разработанных стандартов, используемых на этапе первичной наркологической помощи (мониторинга, услуг, спецификации и квалификации персонала, программ под-

-
-
- готовки персонала, организации этапа первичной НПО);
 - дефицит ресурсной обеспеченности этапа первичной наркологической помощи (финансовой, материально-технической, подготовленных кадров);
 - недостаточная проработка правовых вопросов, связанных с реализацией этапа первичной наркологической помощи;
 - сопротивление силовых ведомств;
 - недостаточно проработанные критерии эффективности реализации технологий этапа первичной наркологической помощи;
 - недостаточно разработанная система мотивации или её отсутствие на достижение приемлемого результата у сотрудников, реализующих технологии первичной наркологической помощи;
 - слабая разработанность эффективной схемы взаимодействия основных специалистов,

организаций и ведомств, в чью компетенцию входит реализация этапа первичной наркологической помощи.

На этапе стационарной реабилитации специалистами профильных НПО были отмечены следующие дефициты и препятствия:

- дефицит системы профессиональных стандартов, регулирующих процесс оказания наркологической помощи на этапе стационарной реабилитации (мониторинга, услуг, спецификации и квалификации кадров, подготовки персонала, организации);
- дефицит ресурсной обеспеченности (финансирования, материально-технической базы, штатов и подготовленных кадров).

Предложения по преодолению обозначенных дефицитов и препятствий адресовались персоналом профильных НПО в основном к руководству международных фондов, ЮНОДК и МОЗ Украины.

УДК 616.89:343.8

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (Казахстан)

Введение

В рамках реализации специального исследовательского фрагмента проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины – Киеве, Полтаве, Харькове – нами был проведен анализ основных характеристик сектора наркологической помощи, оказываемой в системе Государственной пенитенциарной службы (ГПС) Украины.

В настоящем сообщении приводятся результаты, полученные по исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезны для сравнения с аналогичными данными по Республике Казахстан.

Сектор наркологической помощи, оказываемой в системе государственной пенитенциарной службы Украины согласно имеющимся сведениям, имеет свою достаточно выраженную специфику, представленную следующими характеристиками.

Охватываемые группы: подследственные и осужденные лица – зависимые от психоактивных

веществ (ПАВ), – в том числе потребители инъекционных наркотиков (ПИН), среди которых имеются ВИЧ-инфицированные наркозависимые, инфицированные туберкулезом, гепатитом В и С. Данные лица со склонностью к криминальному поведению, как правило, имеют многолетний стаж употребления наркотиков, низкий уровень адаптации. Мотивация на сотрудничество со специалистами наркологического профиля низкая или вовсе отсутствует. В то же время они достаточно часто идут на контакт с представителями профильных неправительственных организаций (НПО) и участвуют в программах снижения вреда, реализуемых в тюрьмах. Особое значение данной группы состоит в том, что риски повторного совершения правонарушения у этих лиц, возобновляющих или продолжающих активное употребление ПАВ после освобождения, – предсказуемо высокие. Кроме того, асоциальные наркопотребители из данной группы склонны к рискованным, с точки зрения рисков ВИЧ-инфицирования, формам поведения. Таким образом, эффективная наркологическая помощь представителям данной груп-

пы лиц, зависимых от ПАВ, профилактирует и повторные правонарушения, и распространение ВИЧ-инфекции в популяции наркопотребителей. В отношении общей численности данной группы лиц точных сведений нет. По оценочным данным, речь может идти о 60-65 тысячах наркопотребителей, из которых около 15% являются ВИЧ-инфицированными наркозависимыми. Эти данные, в целом, согласуются с официальными статистическими сведениями о содержании на конец 2011 г. в системе пенитенциарных учреждений Украины 6322 ВИЧ-инфицированных лиц, из которых большую часть составляют потребители инъекционных наркотиков.

Этапы наркологической помощи, представленные и в основном институционально оформленные в данном секторе – первичной наркологической помощи и амбулаторного лечения и реабилитации. По имеющимся непроверенным данным, со стороны НПО имели место попытки внедрения практики «Анонимных алкоголиков» (АА) и «Анонимных наркоманов» (АН) (в качестве варианта противоречивой и поддерживающей терапии осужденных лиц, отказавшихся от активного употребления алкоголя и наркотиков) в отдельных пенитенциарных учреждениях. Однако никаких подтверждающих сведений о том, что группы самопомощи анонимных алкоголиков и наркоманов активно работают в пенитенциарных учреждениях Украины, на сегодняшний день нет.

Нормативная база, регулирующая деятельность рассматриваемого сектора наркологической помощи, складывается из соответствующих положений Уголовно-исполнительного Кодекса Украины и иных правовых актов, принятых Министерством юстиции Украины и Государственной пенитенциарной службой Украины, а также законодательства и иных нормативных актов, действующих в сфере охраны здоровья, в частности – оказания наркологической помощи и комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым лицам.

Так, первой группой нормативных актов (Уголовно-исполнительный Кодекс Украины, документ 1129-15, в редакции от 17.01.2012; Уголовно-процессуальный Кодекс Украины в редакции от 17.01.2012 г.; Закон Украины от 30.06.1993 г. № 3352-ХІІ «О предварительном заключении»; приказ Министерства юстиции Украины № 3339/5 от 17.11.2011 г. «Об утверждении направлений взаимодействия между территориальными органами Министерства юстиции Украины и органами/ учреждениями, которые относятся к сфере Государственной пенитенциарной службы Украины»; Совместный приказ Министерства юстиции и Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины от 24.02.2012 г. № 1239/104 «Об утверждении Порядка взаимодействия учреждений здравоохранения Государственной уголовно-исполнительной службы Украины с учреждениями здравоохранения по вопросам оказания медицинской

помощи лицам, взятым под стражу»; приказ департамента охраны здоровья и медико-санитарного обеспечения Государственной пенитенциарной службы Украины от 24.12.2004 г. «Об утверждении Перечня учреждений здравоохранения уголовно-исполнительной службы») регламентируется порядок и условия отбывания уголовных наказаний, создание условий для исправления и ресоциализации осужденных, предупреждение новых преступлений как осужденными, так и иными лицами. В данных документах утверждается, что «...осужденные лица пользуются всеми правами человека и гражданина, предусмотренными Конституцией Украины, за исключением предусмотренных Уголовно-исполнительным Кодексом ограничений». Данные ограничения лишь в самой минимальной степени касаются сферы оказания этим лицам медицинской помощи. Далее, в данных документах устанавливается положение о том, что государственная пенитенциарная служба Украины «...организует осуществление медицинской практики, санитарно-эпидемиологического надзора, медицинского контроля за состоянием здоровья осужденных лиц и лиц, взятых под стражу, оказание им медицинской помощи».

Медицинская, в частности наркологическая помощь, оказывается на основании и по регламенту второй группы нормативных документов, базирующихся на «Основах законодательства Украины об охране здоровья» от 1993 г., утвержденных Постановлением Верховной рады (ВР) 2802-12. Данным основополагающим документом в соответствии с Конституцией Украины гражданам гарантируется право на охрану здоровья «...путём создания разветвлённой сети учреждений здравоохранения, организации и внедрения системы государственных и общественных мер по охране и укреплению здоровья, предоставления всем гражданам гарантированного уровня медико-социальной помощи в объёме, устанавливаемом Кабинетом Министров Украины». Соответственно, государственные мероприятия по охране и укреплению здоровья в сфере оказания наркологической помощи, обследования и профилактики ВИЧ, основываются на утверждённых стандартах и протоколах, действующих в системе МОЗ Украины, а также на положениях совместного приказа МОЗ и департамента охраны здоровья и медико-социального обеспечения Государственной пенитенциарной службы Украины от 18.01.2000 г. № 3/6 «Об утверждении нормативно-правовых актов по вопросам медико-социального обеспечения лиц, содержащихся в следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний».

Из всего изложенного следует, во-первых, что рассматриваемый сектор наркологической помощи в нормативно-организационном плане не подвержен каким-то существенным изъятиям в сравнении

с сектором государственной наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины. А, во-вторых, система профессиональных стандартов, утверждаемая вышеприведёнными нормативными актами и воспроизводимая в секторе пенитенциарной наркологической помощи, содержит те же самые дефициты и противоречия, что и в секторе государственной наркологической помощи.

Структура рассматриваемого сектора наркологической помощи представлена наркологическими кабинетами в системе медицинских учреждений департамента охраны здоровья и медико-социального обеспечения ГПС Украины (всего – 59). Данная схема выстроена на основании допущения того, что психоактивные вещества в пенитенциарные учреждения не проникают, а лица, зависимые от ПАВ, пережившие период абстиненции в период нахождения в следственных изоляторах, в активной терапии не нуждаются. Далее, практика судебных решений в отношении назначения принудительного лечения в местах лишения свободы в связи с установленным диагнозом: «Зависимость от ПАВ» в последние годы существенно сократилась (соответствующие сведения получены в ходе проведения полуструктурированных интервью с руководителями региональных департаментов охраны здоровья и медико-социального обеспечения ГПС). Соответственно, количество наркологических кабинетов в последние годы сократилось. В реальности же, по ежегодно публикуемым данным, до 70% всех преступлений совершается в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения. То есть значительная часть осужденных лиц, безусловно, нуждается не только в организации условий вынужденной абстиненции, но и в качественной поэтапной медико-социальной реабилитации (МСР). Для этого одних только наркологических кабинетов недостаточно. Однако этот вопрос нуждается в дополнительном изучении и проведении масштабных эпидемиологических исследований среди контингента осужденных.

Имеющиеся в медицинской части ГПС *наркологические штаты* – это 43,75 ставки врача-психиатра-нарколога (всего 65 физических лиц, многие из которых занимают 0,5 ставки врача-нарколога) и до 70,0 ставок среднего медицинского работника. Кроме того, в кадровом составе медицинской части имеются штатные единицы психолога и социального работника, которые, в том числе, должны работать с лицами, имеющими психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением ПАВ. Квалификационные характеристики данных специалистов (врачей-психиатров-наркологов, психологов), права и обязанности соответствуют стандартным требованиям, утверждённым соответствующим приказом МОЗ Украины № 117 от 29.03.2002 г. В соответствии с этими требованиями деятельность специалиста – нарколога в системе медицинской службы ГПС в большей степени соответствует фун-

кциям участкового врача-нарколога в многопрофильной районной поликлинике. Таким образом, специалист данного профиля, тем более занятый лишь на 0,5 ставки врача-нарколога, ориентирован в основном на работу по обращаемости, то есть на оказание первичной наркологической помощи. Это, собственно, и подтверждается результатами проведённого полевого исследования, показавшего, что специфические технологии компонента амбулаторной реабилитации реализуются в основном сотрудниками партнёрских организаций – профильных НПО, что с позиции межсекторального взаимодействия следует оценить как факт позитивный и заслуживающий дальнейшего развития.

Определение реального *ассортимента услуг*, реализуемых в секторе наркологической помощи, оказываемой в системе ГПС, проводимого с помощью опросника БООНО, в частности показано наличием следующих технологий.

На этапе первичной наркологической помощи:

- диагностика синдрома зависимости с использованием критериев Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10);
- оценка динамики тяжести синдрома зависимости, в том числе с использованием специальных оценочных инструментов;
- диагностика коморбидной патологии (включая ВИЧ-инфекции, туберкулез);
- мотивационное информирование на этапе первичной наркологической помощи;
- наркологическое консультирование на этапе первичной наркологической помощи;
- дотестовое консультирование;
- послетестовое консультирование;
- консультирование специалистами дружественных кабинетов (терапевтом, инфекционистом, дерматовенерологом) по показаниям;
- краткосрочная мотивационная психотерапия на этапе первичной наркологической помощи;
- медикаментозная терапия осложнений синдрома зависимости (передозировка, отравление);
- медикаментозная терапия синдрома зависимости;
- технологии социальной помощи и поддержки;
- перенаправление на диагностику и лечение;
- антиретровирусной терапии (АРВТ) ВИЧ-инфицированных наркозависимых;
- раздача материалов (информационных буклетов, дезинфекционных материалов, презервативов).

На этапе амбулаторного лечения и реабилитации:

- диагностика психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ с использованием критериев МКБ-10;
- оценка степени тяжести основных проявлений зависимости от ПАВ с использованием ИТА;

- диагностика коморбидной патологии (включая ВИЧ-инфекцию);
- клинико-биохимическая диагностика;
- быстрое тестирование на ВИЧ;
- диагностика гепатитов В и С;
- ЭКГ-диагностика;
- рентгенологическая диагностика;
- УЗИ;
- стандартная экспериментально-психологическая диагностика;
- мотивационное информирование на этапе амбулаторного лечения и реабилитации;
- дотестовое консультирование;
- послетестовое консультирование;
- консультирование медицинскими специалистами по показаниям (терапевтом, инфекционистом, фтизиатром, дерматовенерологом);
- стандартная медикаментозная терапия синдрома зависимости;
- симптоматическая медикаментозная терапия;
- стандартная медикаментозная терапия коморбидной патологии;
- АРВТ ВИЧ-инфицированных наркозависимых;
- тренинговые технологии (коммуникативности, сензитивности, ассертивности, управления конфликтами, стрессоустойчивости, личностного роста);
- технологии социальной помощи и поддержки (восстановление документов, трудовое обучение).

В целом на этапах первичной наркологической помощи и амбулаторного лечения и реабилитации, реализуемых в рассматриваемом секторе ГПС, воспроизводится достаточно типичный для государственного сектора наркологической помощи набор технологий, за исключением детоксикации.

Ресурсная обеспеченность рассматриваемого сектора наркологической помощи, с учётом особенностей охватываемой группы с наиболее высокими рисками распространения ВИЧ-инфекции, в отношении, прежде всего, кадровой обеспеченности – явно недостаточная. Тем более актуальными становятся проблемы **внутрисистемного и межсекторального** взаимодействия в рассматриваемом секторе наркологической помощи, в какой-то степени компенсирующего имеющийся ресурсный дефицит. В соответствии с данными, полученными при заполнении опросника БООНО, наркологические кабинеты ГПС достаточно активно взаимодействуют с государственным сектором наркологической помощи, диагностическими подразделениями и кабинетами общесоматической сети. И далее – с НПО, действующим в сфере первичной наркологической помощи и профилактики распространения ВИЧ/СПИДа; общественными организациями и объединениями людей, живущих с ВИЧ, что следует оценивать только позитивно.

Общая оценка **эффективности и качества** наркологической помощи, оказываемой в системе ГПС Украины, в связи с имеющимися универсальными для медицинского сектора нормативно-методологическими проблемами, очевидной нехваткой кадровых ресурсов и неготовностью к постоянной, активной работе по выявлению «латентных» (т.е. не проявляющих себя в качестве таковых) зависимых лиц, их вовлечению в программы полноценной амбулаторной реабилитации, и далее – в программы противорецидивной и поддерживающей терапии, не может быть высокой и существенно отличаться от сектора государственной наркологической помощи. В то же время как безусловно позитивный факт следует отметить активность специалистов данного сектора в плане: 1) оказания внимания группе ВИЧ-инфицированных наркозависимых, вовлекаемых в программы снижения вреда в том объеме, в котором они представлены в ГПС; 2) установления устойчивых межсекторальных связей с общемедицинской сетью и государственными наркологическими ЛПУ, профильными НПО и общественными организациями людей, живущих с ВИЧ. Эти усилия отчасти компенсируют общеметодологические и ресурсные дефициты, являющиеся основным препятствием к развитию данного сектора.

Основные дефициты и препятствия к развитию рассматриваемого сектора НП, обозначенные специалистами в ходе заполнения опросника БООНО, были следующими:

На этапе первичной наркологической помощи:

- дефицит нормативных актов, утверждающих приоритет этапа первичной наркологической помощи;
- дефицит репрезентативных исследований, определяющих потребность контингента ГПС в технологиях первичной наркологической помощи;
- дефицит профессиональных стандартов, используемых на этапе первичной наркологической помощи (мониторинга, услуг, подготовки персонала);
- дефицит ресурсной обеспеченности (финансирования, штатов и подготовленных кадров, материально-технической обеспеченности);
- недостаточная проработка правовых вопросов, связанных с реализацией этапа первичной наркологической помощи;
- недостаточная разработанность системы мотивации на достижение приемлемого результата на этапе первичной наркологической помощи;
- слабая разработанность эффективной схемы взаимодействия основных специалистов, организаций и ведомств, в чью компетенцию входит реализация этапа первичной наркологической помощи;

- не определён основной координатор (лицо или учреждение) этапа первичной наркологической помощи.

На этапе амбулаторного лечения и реабилитации:

- высокий порог (адресный учёт и пр.) включения осужденных в программу амбулаторного лечения и реабилитации;
- дефицит научно-обоснованных программ амбулаторного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, и отдельных, наиболее проблемных фокус-групп;
- дефицит нормативных актов, утверждающих приоритет этапа амбулаторного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ;
- отсутствие или слабость разработки критериев включения зависимых от ПАВ в программу амбулаторной реабилитации;
- дефицит профессиональных стандартов наркологической помощи на рассматриваемом этапе (мониторинга, услуг, спецификации и квалификации персонала, подготовки кадров, организации);
- дефицит ресурсной обеспеченности (финансирования, штатов и подготовленных кадров,

- материально-технической обеспеченности);
- недостаточна проработка правовых вопросов, связанных с беспрепятственной возможностью включения зависимых от ПАВ в доступные программы амбулаторного лечения и реабилитации;
- недостаточная квалификация специалистов;
- слабая мотивация специалистов;
- слабое управление и координация взаимодействия специалистов на этапе амбулаторного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

Из всех перечисленных дефицитов и препятствий к развитию рассматриваемого сектора (так или иначе связанных с двумя универсальными факторами – методологической и ресурсной недостаточности) следует обратить внимание на недостаточную проработку правовых вопросов, обеспечивающих беспрепятственную возможность включения лиц, зависимых от ПАВ, в программы первичной наркологической помощи и амбулаторного лечения и реабилитации. С учётом специфики рассматриваемого сектора наркологической помощи адекватное решение именно этих вопросов имеет существенное значение.

УДК 616.89

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА ЧАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (Казахстан)

Введение

В рамках реализации исследовательского фрагмента общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины, нами проводился анализ основных характеристик сектора частной наркологической помощи, оказываемой в системе здравоохранения Украины.

В настоящем сообщении приводятся данные, полученные по исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезны для сравнения с аналогичными данными по Республике Казахстан.

Согласно имеющимся сведениям (далеко не полным в силу отсутствия информации по большинству исследуемых параметров), по многим ха-

рактеристикам анализ деятельности сектора частной наркологической помощи соответствует такому в государственной наркологической службе Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины, поскольку деятельность частных наркологических кабинетов и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) регулируется той же самой нормативной базой без всяких изъятий. Из особенностей, которые имеют значение в плане охвата целевых групп, характеристик технологической активности и качества оказываемой помощи, здесь необходимо отметить следующие.

Охватываемые группы: 1) лица, злоупотребляющие и зависимые от психоактивных веществ (ПАВ), как правило, не состоящие на профилактическом либо диспансерном учете, имеющие достаточно устойчивую мотивацию к анонимному прохожде-

нию предлагаемых курсов лечения и реабилитации, а также располагающие средствами для оплаты данных курсов. Достоверных статистических сведений о численности данной группы населения нет. Согласно оценочным данным, она может составлять от 200 до 300 тыс. человек, из которых зависимые от наркотиков и токсических веществ лица составляют менее 10%, т.е. до 25 тыс. человек; 2) лица, злоупотребляющие и зависимые от ПАВ, состоящие на профилактическом либо диспансерном учете, имеющие мотивацию к прохождению курсов полноценного и сравнительно более качественного лечения, проводимого в комфортных условиях, и располагающие средствами для оплаты соответствующих курсов. Достоверных данных о численности такой группы пациентов нет. Однако объём данной группы, скорее всего, существенно меньше предыдущей, так как основной мотив, привлекающий пациентов в рассматриваемый сектор наркологической помощи, – обеспечение конфиденциальности – здесь отсутствует. Относительно нозологического состава второй подгруппы – здесь предполагается более высокое процентное соотношение зависимых от наркотиков лиц, так как основное препятствие – сложности в нормативно утвержденной процедуре установления диагноза психических и поведенческих расстройств в результате употребления наркотических веществ – здесь устраняются.

Таким образом, по оценочным данным, общая численность группы населения, охватываемой активностью данного сектора, составляет до 300 тыс. человек (что составляет 0,66% населения, или от 20 до 30% от общего объёма группы, охватываемой сектором государственной наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины). Притом, что в клиническом плане – это лица, как правило, с меньшим стажем проблемного употребления ПАВ, более сохраняемые. В социальном плане – более адаптированные, настроенные на сохранение своего семейного и социального статуса и поддерживаемые семьей. То есть в прогностическом отношении – это заведомо более перспективная категория лиц с проблемными формами употребления ПАВ и сформированной зависимостью. По оценочным данным – сведениям о росте количества частных кабинетов и учреждений, действующих в рассматриваемом секторе – общая численность данной группы лиц также имеет тенденцию к увеличению.

В рассматриваемом секторе представлены три этапа наркологической помощи: этап первичной наркологической помощи, которая достаточно часто осуществляется на дому, т.е. максимально приближена к клиенту; этапы амбулаторного/стационарного лечения и реабилитации (последний этап, также как и собственно реабилитационная составляющая 3 и 4 этапов наркологической помощи, представлены в существенно меньшей степени). Что касается этапа противорецидивной и поддерживаю-

щей терапии, то в данном случае имеют место лишь услуги по медикаментозному купированию состояния срыва или рецидива, чаще всего в связи с возобновлением алкоголизации, что правильнее считать компонентами первичной наркологической помощи.

Нормативная база, регулирующая деятельность рассматриваемого сектора наркологической помощи, аналогична таковой в государственном секторе наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины, и дополняется перечнем документов о лицензировании, утвержденным Кабинетом Министров Украины (КМУ) (Постановление КМУ № 756 от 04.07.2001 г.). При всём том, наркологические ЛПУ частного медицинского сектора, не связанные нормативными правилами в отношении адресной отчётности по бюджетному финансированию, могут обеспечить почти полную анонимность и конфиденциальность лечения. Последний пункт в существенно меньшей степени касается пациентов с наркологической зависимостью, диагноз которой, согласно действующим нормативным требованиям должен устанавливаться ВКК. Однако данное требование легко обходится, например, за счёт того, что почти всегда можно формулировать такие диагнозы или стадии формирования зависимости, которые не подпадают под вышеназванные нормативные положения.

Это практически единственно значимое нормативное отличие, разворачивающее существенную часть сохранного и адаптированного населения с проблемным потреблением ПАВ в сторону сектора частной наркологической помощи и обеспечивающее достаточно высокий первоначальный уровень мотивации, наглядно демонстрирует, сколь многого можно добиться только лишь за счёт отмены необходимости адресного наркологического учёта. Притом что последний, при современном уровне диагностики наркологических расстройств и возможностях экспресс-тестирования, тестирования отсроченных признаков употребления ПАВ, какой-либо полезной экспертно-информационной и тем более терапевтической нагрузки не несёт. Другое, менее значимое отличие касается отсутствия необходимости в данном секторе централизованной статистической отчётности. Это обстоятельство, во всех отношениях устраивающее частнопрактикующих специалистов, существенно затрудняет выполнение задач по реализации многоуровневого мониторинга наркологической ситуации и оценке эффективности противодействующих усилий – особенно с учётом тенденций к росту сектора частной наркологической помощи.

В отношении **структурных характеристик** рассматриваемого сектора наркологической помощи точных данных нет. По оценочным данным, в регионах Украины действует до 200 частных наркологических кабинетов и центров, сконцентрирован-

ных в основном в крупных городах с населением от 200 тыс. и выше. Что касается частных наркологических центров, то их внутренняя структура приближается к усечённому варианту дневных стационаров, включающих кабинеты врачебного приёма, процедурные кабинеты, комнаты послепроцедурного отдыха.

Частные наркологические кабинеты и центры, действующие в системе здравоохранения, *укомплектованы, в основном, врачами-наркологами и средним медицинским персоналом*. Точных данных о количестве специалистов наркологического профиля (включая и лиц с немедицинским образованием), действующих в рассматриваемом секторе, нет. По оценочным данным, речь может идти о примерно 300 специалистах врачах-наркологах, и 50-70 специалистах-психологах, что составляет около 20% от общего числа специалистов аналогичного профиля, действующих в государственных наркологических ЛПУ. В соответствии с лицензионными требованиями, квалификационные характеристики данных специалистов должны соответствовать нормам, утвержденным МОЗ Украины.

В отношении *технологий, реализуемых в частных наркологических кабинетах и центрах* (описываемых в специальных рекламных текстах, информационных блоках и в полуструктурированных интервью) следует констатировать, что они представлены, в основном, ассортиментом этапа первичной наркологической помощи. Так, например, наиболее часто в соответствующих информационных блоках фигурируют: диагностика приёма наркотиков, алкоголя, купирование алкогольных запоев на дому, в амбулаторных, стационарных условиях; купирование острых абстинентных состояний в амбулаторных, стационарных условиях; «подшивка», «кодирование», «блокирующая терапия» и пр. — как варианты стресс-шоковой психотерапии; мотивационное информирование. Существенно реже указывается на возможность лечения и реабилитации лиц с «проблемами в сфере алкоголя и наркотиков», в том числе подростков. То есть в основном частнопрактикующие врачи-наркологи ориентируются на типичный запрос населения в отношении наиболее востребованных видов экстренной и максимально приближенной к пациенту помощи, или же «чудесных» способов избавления от зависимости. Дополнительным стимулом интенсивного роста данного сектора услуг являются обстоятельства того, что они сравнительно высоко оплачиваются и не связаны с чувствительными временными затратами. В то же время есть данные и о том, что не такими быстрыми темпами, но в целом достаточно интенсивно развивается рынок краткосрочных (2-3 недели) и среднесрочных (до 1,5 месяца) программ амбулаторного лечения и реабилитации.

В связи с этим в рассматриваемом секторе присутствует весь комплекс диагностических (диагнос-

тика синдрома зависимости и других психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, с использованием критериев Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10); диагностика коморбидной патологии) и консультативных технологий с практикой перенаправления к специалистам — медикам по показаниям, а также лечебных блоков с использованием технологий детоксикации, медикаментозной терапии и психотерапии. Что касается ВИЧ-сервисов, то они присутствуют в виде необходимых диагностических технологий (пациенты перенаправляются в поликлиники для прохождения анализов на ВИЧ, заболеваний передающихся половым путём (ЗППП), флюорографию) и технологий перенаправления к соответствующим специалистам для прохождения лечения в случае выявления специфической патологии.

Ресурсная обеспеченность сектора частной наркологической помощи, оказываемой в сфере здравоохранения, осуществляется за счёт средств клиентов и частных инвестиций (финансовые и материально-технические ресурсы). А также — за счёт оттока наиболее подготовленных и квалифицированных кадров из сектора государственной наркологической помощи (кадровые ресурсы). Рыночные механизмы регулирования данной немаловажной сферы рассматриваемого сектора обеспечивают ресурсную достаточность, комфортные условия и сравнительно высокий профессиональный уровень оказания профильной помощи. При том, что кондиционные характеристики наркологической помощи в данном секторе могли быть существенно более высокими в случае равноценной конкуренции с сектором государственной наркологической помощи (т.е. при условии отмены адресного учёта в государственных наркологических ЛПУ).

В отношении *внутрисистемного и межсекторального взаимодействия* следует отметить, что частнопрактикующие врачи-наркологи обычно не склонны направлять своих пациентов на прохождение каких-либо дополнительных этапов наркологической помощи, тем более в государственные наркологические учреждения. Однако точных данных на этот счёт нет. Также нет данных и в отношении сотрудничества частных наркологических кабинетов и центров с сектором неправительственных организаций (НПО), образовательными учреждениями и службами социальной помощи. Данный вывод следует из того факта, что по результатам полевого этапа исследования (анализа опросников БООНО, заполненных в секторах НПО и государственных учреждений системы образования и социальных служб Украины; опросников БООНО, заполненных в государственных наркологических ЛПУ), ни в одном случае частные наркологические структуры не указаны в качестве эпизодических или постоянных партнеров.

Оценка эффективности и качества помощи, оказываемой частными наркологическими кабинетами и центрами, затруднена в связи с отсутствием какой-либо информации даже и о краткосрочных результатах получаемого лечения, не говоря о среднесрочных и долгосрочных результатах.

В связи со всем изложенным, есть основания полагать, что общая эффективность рассматриваемого сектора в отношении длительности и качества ремиссий у зависимых от ПАВ лиц, получающих те же стандартные курсы лечения (в основном краткосрочной медикаментозной терапии и детоксикации), не сильно отличается от таковой по сектору государственной наркологической службы МОЗ Украины. То есть общая оценка эффективности – низкая. Что же касается таких, безусловно, важных аспектов качества наркологической помощи, как соответствие базисной потребности в безопасности (полной конфиденциальности), а также комфортных условий получения профильной помощи (удобное для пациента время, возможность получения необходимых процедур на дому) – то это весомые аргументы в пользу сравнительно более высокой оценки качества наркологической помощи в частном секторе.

Ещё одна характеристика, которую необходимо рассмотреть в данном разделе – доступность наркологической помощи, оказываемой в частном секторе здравоохранения. Услуги здесь могут получить лишь те пациенты, у которых есть средства для оплаты или же такие средства имеются у заинтересованных в качественном лечении родных и близких. Таким образом, отсекается существенно менее адап-

тированная часть зависимых от ПАВ лиц, к которым, как правило, относятся потребители инъекционных наркотиков (ПИН), в том числе ВИЧ-инфицированные наркозависимые. В связи с этим, если считать важным показателем качества охват именно этой наиболее проблемной группы зависимых от ПАВ лиц адекватными для них видами профильной помощи, то рассматриваемый сектор в этом плане выглядит наименее состоятельным.

Дефициты и препятствия. В рассматриваемом секторе наркологической помощи присутствуют те же самые системные проблемы, характерные для государственного сектора наркологической службы МОЗ Украины.

Наиболее существенное отличие касается таких универсальных для последнего сектора проблем, как недостаточная ресурсная обеспеченность и низкая мотивация персонала – в рассматриваемом частном секторе таких дефицитов не отмечается. Персонал мотивирован на привлечение и удержание клиентов за счёт более выгодных, в сравнении с государственным сектором, условий оказания наркологической помощи.

Серьёзным препятствием в расширении ассортимента и повышении эффективности оказываемых в рассматриваемом секторе видов наркологической помощи является отсутствие достойной конкуренции со стороны государственного сектора в отношении таких же безопасных – в плане обеспечения полной конфиденциальности – условий оказания наркологической помощи. Внутренняя конкуренция на данном рынке услуг, далеко от своего насыщения, пока ещё не сложилась.

УДК 616.89

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА СЕКТОРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МИНИСТЕРСТВА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (Казахстан)

Введение

В рамках реализации исследовательского фрагмента по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины – Киеве, Полтаве, Харькове (Проект ЮНОДК «Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии»), нами проводился анализ таких характеристик сектора государственной наркологичес-

кой помощи Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины, как ресурсная обеспеченность; оценка внутрисистемного и межсекторального взаимодействия; основные препятствия и дефициты, выявляемые на каждом этапе наркологической помощи; общая оценка эффективности и качества рассматриваемого сектора наркологической помощи.

В настоящем сообщении приводятся данные, полученные по исследовательскому фрагменту, ко-

которые могут быть полезны для сравнения с аналогичными данными по Республике Казахстан.

В рассматриваемом секторе государственной наркологической помощи, реализуемой в системе МОЗ РК, по результатам полуструктурированных интервью с руководителями профильных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и с учётом имеющихся аналитических данных (отчёт по оценке политики, законодательной и нормативной базы с целью интеграции ВИЧ-сервиса в систему наркологической помощи, 2012), наиболее выраженные дефициты имеются по двум группам ресурсной обеспеченности – кадровым и финансовым.

Что касается дефицита врачебных кадров, то данное обстоятельство в большей степени связано со сложным доступом в профессию (двухгодичная интернатура по психиатрии плюс первичная специализация по наркологии). Для специалистов немедицинского профиля – психологов, социальных работников – основным препятствующим фактором является отсутствие или низкая мотивация, связанные с неопределёнными перспективами профессионального роста.

Дефицит бюджетного финансирования имеет место по всем позициям за исключением, так называемых защищённых статей, – заработной платы, питания больных, оплаты коммунальных услуг, приобретения медикаментов, приобретения горюче-смазочных материалов.

Тот факт, что, в основном, государственная система наркологической помощи функционируя за счёт группы стагнирующих ресурсов, ставит под вопрос возможность каких-либо конструктивных преобразований в данной сфере, особенно в долгосрочной перспективе.

Оценка внутрисистемного и межсекторального взаимодействия

По параметру внутрисистемного взаимодействия (оценивающего степень активности и продуктивности профессиональных коммуникаций между структурами дифференцированных этапов рассматриваемого сектора наркологической помощи), с учётом данных, полученных при анализе 27 опросников БООНО, можно констатировать следующее:

- главный вектор внутрисистемного взаимодействия, обеспечивающего возможность полноценной мотивации и готовности пациентов на участие и успешное прохождение каждого следующего этапа наркологической помощи (со 2-го по 5-й), и в конечном итоге – возможность формирования устойчивой и качественной ремиссии у зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) лиц – чётко не сформулирован, не представлен в соответствующих нормативных установках. Прежде всего, потому, что не проработана макро-

структура этапов рассматриваемого сектора наркологической помощи, не определены универсальные и специальные технологические компоненты по каждому этапу, обеспечивающие требуемый результат;

- соответственно, не проработана внятная модель эффективного внутрисистемного взаимодействия, включая актуальную технологическую специфику каждого этапа (мотивационные технологии, технологии наркологического консультирования); слабо проработаны формы взаимодействия специалистов или бригад специалистов, действующих на дифференцированных этапах наркологической помощи, варианты информационного обмена между ними и пр.;
- индикаторы, оценивающие интенсивность и эффективность даже и той преемственности, которая существует (например, между диспансерными и стационарными отделениями наркологических ЛПУ), представлены в самом усечённом варианте – показатели охвата диспансерного контингента соответствующими курсами амбулаторного либо стационарного лечения;
- все вышеизложенное препятствует решению главных вопросов по обеспечению эффективного взаимодействия между этапами первичной (в предлагаемой схеме – это 2 этап наркологической помощи) и специализированной (3, 4, 5 этапы наркологической помощи) наркологической помощи, т.е. вопросов полноценного охвата нуждающейся части населения адекватными и эффективными технологиями наркологической помощи.

По параметру межсекторального взаимодействия следует отметить достаточно высокий уровень активности государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) наркологического профиля по сотрудничеству: 1) с многопрофильными и специализированными медицинскими кабинетами и учреждениями; 2) с государственными учреждениями сектора образования и социальной помощи; 3) с профильными неправительственными организациями (НПО); 4) с другими учреждениями и ведомствами (международными фондами, конфессиональными организациями и пр.), имеющими отношение к профилактике распространения зависимости от ПАВ, ВИЧ/СПИДа. Такого рода взаимодействие оформляется в виде договорных отношений (заключаемых, например, между центрами здоровья и наркологическими ЛПУ при наличии у последних подросткового врача-нарколога и специалиста-психолога), либо по согласованию руководителей, и ограничиваются практикой заимствования специалистов или перенаправления пациентов на оказание каких-либо видов диагностической, консультативной, лечебной помощи.

При, безусловно, позитивной оценке этого последнего – практического – вектора межсекторального взаимодействия, следует отметить, что конструктивное сотрудничество на других, не менее важных уровнях, – стратегическом, исследовательском, образовательном, мониторинговом, координационном – не сложилось. И в первую очередь по причинам того, что вопросы макроструктуры системы наркологической помощи, выходящей за рамки исключительно медицинской модели, в должной мере не прорабатывались, а соответствующей инициативы от какого-либо из рассматриваемых в данном разделе ректоров секторов наркологической помощи не выдвигалось. Такого рода ситуация самым отрицательным образом сказывается на решении такого важнейшего вопроса, как существенное расширение ассортимента услуг, повышение эффективности профессиональной деятельности мультисекторальной когорты специалистов, реализующих приоритетные этапы первично-профилактической и первичной наркологической помощи. А также на решении не менее важного вопроса – адекватного и экологически выверенного (по отношению к детям, подросткам, их родителям) взаимодействия между поименованными когортами специалистов, реализующими этапы первично-профилактической и первичной наркологической помощи. Между тем, решение именно этих вопросов даёт ясное понимание того, каким образом: 1) эффективно предупреждать вход в группу наркопотребителей; 2) оказывать комплексную и эффективную помощь лицам, вовлечённым в зависимость и имеющим высокие риски ВИЧ-инфицирования; 3) стимулировать и поддерживать выход из данной группы.

В связи со всем изложенным, в рассматриваемом секторе наркологической помощи следует прорабатывать как внутрисистемный, так и межсекторальный уровни взаимодействия, что, в конечном итоге, и обеспечит возможность формирования адекватной модели интегрированной наркологической помощи.

Оценка эффективности и качества

Из всего изложенного выше следует, что общая эффективность государственного сектора наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины, как минимум – ограниченная, а качество услуг, реализуемых в данном секторе, по преимуществу – низкое.

По заключению национальных экспертов (Виевский А.Н., Сидяк С.В., Дворяк С.В., 2008; Галич Ю.П., 2012), в системе наркологической помощи МОЗ Украины не выдерживается главный критерий качества, принятый на национальном уровне: соответствие профильной помощи утверждённым стандартам и протоколам. В результате чего только около 10% пролеченных пациентов получают рекомендованные лечебно-реабилитационные комплексы. Свыше

90% из них возвращаются к активному потреблению наркотиков в течение нескольких месяцев после выписки.

Углубленное исследование ситуации в сфере качества наркологической помощи в рассматриваемом секторе наркологической помощи показывает, что на сегодняшний день идеи качества, адекватной особенностям наркологической сферы деятельности, здесь не сложилось. Заимствованное же из общей медицинской сети определение качества наркологической помощи, как соответствие сферы оказываемых услуг утверждённым стандартам и протоколам, дополненное известной триадой Донабедиана, оставляет вне зоны внимания профессионалов такой важнейший и специфический для наркологии аспект, как соответствие условий оказания наркологической помощи ожиданиями и потребностям основных фокус-групп. Соответственно не разработан адекватный инструментарий управления качеством наркологической помощи, необходимый для проведения осмысленных системных реформ в рассматриваемом секторе и далее – в других дифференцированных секторах наркологической помощи. Те инструменты, которые имеются на сегодняшний день, – утверждённые классификаторы, стандарты и протоколы – имеют существенные недостатки, не согласуются с другими действующими нормативными документами и в силу этого не могут в должной степени выполнить функцию по управлению качеством наркологической помощи.

Принятая в государственных наркологических ЛПУ система статистической отчётности не ориентирована и практически не содержит краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных индикаторов качества наркологической помощи (например, таких важнейших индикаторов, как показатели охвата дифференцированными профилями – этапами наркологической помощи – реальной популяции зависимых от ПАВ, в том числе наркозависимых лиц, потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков; показатели длительности и качества ремиссий, достигнутых в основных нозологических и возрастных группах; показатели динамики групп повышенного риска, динамики мотивированного перехода пациентов с этапа первичной наркологической помощи на этапы амбулаторного/стационарного лечения и реабилитации и далее – на этап противорецидивной и поддерживающей терапии и пр.).

В связи с этим система приоритетов деятельности службы по факту отсутствует либо выстраивается произвольно – в тех направлениях, где легко показать объёмный статистический результат (работа койки, оборот койки, общий объём пролеченных пациентов и пр.). Наиболее трудоёмкие и трудозатратные аспекты наркологической помощи – такие как выявление проблемной группы наркопотребителей, мотивация и охват данных групп

технологиями первичной наркологической помощи, специализированной наркологической помощи (3-5 этапы), либо перевод на заместительную поддерживающую терапию (ЗПТ) – в сложившейся ситуации вполне закономерно остаются вне сферы активного внимания специалистов наркологического профиля.

В связи со всем изложенным, в данном секторе наркологической помощи не просматривается движения в сторону двух главных – достаточно реальных и достижимых на сегодняшний день – индикаторов качества – увеличения показателей охвата общих и наиболее проблемных групп лиц, зависимых от ПАВ, адекватными и приемлемыми для них технологиями наркологической помощи; увеличения показателя длительности ремиссий, достигаемого за счёт использования научно-обоснованных методов наркологической помощи.

Таким образом, система управления качеством медицинских услуг, призванная существенно повысить эффективность наркологической помощи в наиболее проблемных и актуальных сферах профессиональной деятельности, должна стать одной из главных составляющих концепции и плана реформирования государственной наркологической службы МОЗ Украины.

Основные препятствия и дефициты

Помимо уже обозначенных в настоящем разделе препятствий и дефицитов, существенно осложняющих развитие рассматриваемого сектора наркологической помощи, по результатам проведённого полевого исследования специалистами, действующими на соответствующих этапах данного сектора, были отмечены следующие негативные факторы.

На этапе первично-профилактической наркологической помощи:

- дефицит основополагающих нормативных актов (законов, национальных стратегий, ведомственных приказов) чётко утверждающих приоритет первично-профилактического этапа наркологической помощи;
- дефицит разработанной системы стандартов профильной первично-профилактической помощи (стандартов: 1) комплексного мониторинга рисков и оценки эффективности противодействующих усилий; 2) научно-обоснованных технологий первичной профилактики антинаркотической направленности; 3) спецификации и квалификации персонала; 4) программ додипломной, последипломной, дополнительной и непрерывной профессиональной подготовки специалистов, действующих в данной сфере; 5) организации этапа первично-профилактической помощи в системе образования и других заинтересованных ведомствах);

- дефицит ресурсного обеспечения (материально-технического, финансового, кадрового);
- недостаточная проработанность правовых вопросов в отношении возможностей полномасштабной реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи;
- сопротивление и нежелание сотрудничать со специалистами, проявляемое со стороны администрации и персонала охватываемых учреждений и организаций;
- недостаточная квалификация специалистов, привлекаемых для реализации соответствующих первично-профилактических технологий;
- недостаточно проработанные критерии эффективности первично-профилактических программ;
- не разработана система мотивации специалистов на достижение приемлемого результата по реализации тематических первично-профилактических программ;
- не разработана эффективная форма сотрудничества специалистов, организаций и ведомств, имеющих отношение к программам первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа;
- не определён основной координатор реализации этапа первично-профилактической наркологической помощи.

Для решения всех этих вопросов специалистами предлагается организация соответствующих рабочих групп или межведомственных комиссий, действующих на уровне министерств охраны здоровья, образования и науки, социальной политики.

На этапе первичной наркологической помощи:

- дефицит репрезентативных исследований, определяющих истинную потребность населения и основных фокус-групп в технологиях первичной наркологической помощи;
- дефицит нормативных актов, утверждающих приоритет этапа первичной наркологической помощи;
- дефицит ресурсной обеспеченности этапа первичной наркологической помощи (материально-технические ресурсы, финансирование, кадры);
- недостаточная проработка правовых вопросов, связанных с реализацией этапа первичной наркологической помощи;
- сопротивление силовых ведомств;
- недостаточно проработанные критерии эффективности реализации технологий этапа первичной наркологической помощи;
- недостаточно проработанная система мотивации (или её отсутствие) на достижение приемлемого результата у сотрудников, реали-

зующих технологии первичной наркологической помощи;

- слабая разработанность эффективной схемы взаимодействия основных специалистов, организаций и ведомств, в чью компетенцию входит реализация этапа первичной наркологической помощи.

Решение всех вышеперечисленных вопросов, по мнению специалистов – наркологов, входит в компетенцию профильных научно-исследовательских институтов (НИИ) МОЗ Украины и международных организаций, заинтересованных в развитии национальной системы наркологической помощи.

На этапе амбулаторного лечения и реабилитации:

- дефицит научно-обоснованных программ амбулаторного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, в отдельных, наиболее проблемных фокус-группах;
- отсутствие или слабость разработки критериев включения зависимых от ПАВ лиц в программу амбулаторной реабилитации;
- наличие явного и неадекватного организационного перекоса в сторону стационарных форм реабилитации и лечения лиц, зависимых от ПАВ;
- дефицит системы профессиональных стандартов на этапе амбулаторного лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ (стандартов: 1) мониторинга; 2) услуг; 3) спецификации и квалификации кадров; 4) подготовки персонала; 5) организации соответствующего этапа наркологической помощи);
- дефицит ресурсной обеспеченности (финансирования, штатов и подготовленных кадров);
- недостаточная квалификация специалистов;
- слабая мотивация специалистов, действующих на этапе амбулаторного лечения и реабилитации.

Решение всех вышеперечисленных вопросов адресуется соответствующими специалистами МОЗ Украины, рабочим группам по разработке обновленной версии стандартов и протоколов наркологической помощи, руководству Департаментов охраны здоровья областных администраций, определяющих объемы бюджетного финансирования ЛПУ наркологического профиля.

На этапе стационарного лечения и реабилитации:

- высокий порог (объемная и затратная предварительная диагностика, перспектива адресного наркологического учёта и др.) включения в программу стационарного лечения и реабилитации;

- дефицит ресурсной обеспеченности (финансирование, кадры);
- слабая мотивация специалистов.

Решение данных проблем адресуется МОЗ Украины.

На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии:

- дефицит нормативных документов, устанавливающих приоритет и предписывающих необходимость реализации противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ лиц;
- дефицит ресурсной обеспеченности;
- недостаточная мотивация пациентов – зависимых от ПАВ лиц – на участие в программах противорецидивной и поддерживающей терапии.

В специальном сегменте ЗПТ:

- дефицит репрезентативных исследований, определяющих истинную потребность фокус-групп в технологиях ЗПТ;
- дефицит материально-технической обеспеченности.

Каких-либо указаний по адресации решения проблемных вопросов по двум последним сегментам наркологической помощи в заполненных опросниках БООНО не имеется.

Таким образом, наличие выраженных системных дефицитов специалисты, принимающие участие в исследовании, отмечают по важнейшим этапам первично-профилактической и первичной наркологической помощи. В гораздо менее выраженной степени эти дефициты присутствуют на 3-5 этапах наркологической помощи и специально выделяемом сегменте ЗПТ. Далее следует отметить, что сквозным дефицитом, имеющим место на всех дифференцированных этапах наркологической помощи, является недостаточность ресурсного обеспечения (материально-технического, финансового, кадрового), а также слабая мотивация персонала на достижение приемлемого результата. Последний класс проблем является системным для всей социальной сферы. Однако данное обстоятельство не исключает возможности и необходимости решать обозначенные проблемы в пределах компетенции регионального руководства сферы охраны здоровья, а также компетенции руководителей ЛПУ наркологического профиля.

Необходимо констатировать и тот факт, что на сегодняшний день имеет место тотальный дефицит системных исследований, проводимых на национальном уровне, дееспособных межведомственных и ведомственных рабочих групп, к которым адресуется большинство из вышеприведённых проблемных вопросов.

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (Казахстан)

Введение

В рамках реализации специального исследовательского фрагмента по оценке потребностей и потенциала системы наркологической помощи в избранных городах Украины общего проекта ЮНОДК («Эффективная профилактика ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп в Восточной Европе и Центральной Азии») нами была проведена комплексная оценка национальной системы наркологической помощи Украины. При этом анализировались как основные системные проблемы, так и имеющийся потенциал профильной службы, который может эффективно использоваться при наличии соответствующих национальных и региональных стратегий.

В настоящем сообщении приводятся данные, полученные по исследовательскому фрагменту, которые могут быть полезны для сравнения с аналогичными данными по Республике Казахстан.

Совокупностью основных факторов, препятствующих повышению эффективности и качества оказываемой наркологической помощи являются: 1) дефицит представлений и концепций в сфере развития современной системы НП; 2) недооценка потенциала макроструктурной организации системы НП с возможностями интенсивного межсекторального взаимодействия, внутрисистемного взаимодействия между этапами наркологической помощи, в совокупности обеспечивающих выполнение задачи полноценного охвата населения и достижения приемлемых результатов по длительности и качеству ремиссии; 3) дефицит системы профессиональных стандартов, выстраиваемой по принципам взаимозависимости, взаимодействия, взаимопотенцирования; наличие противоречий в действующей системе стандартных требований; 4) неадекватность явно устаревшей нормативной базы (межведомственных, ведомственных приказов, положений, инструкций, регулирующих деятельность наркологических ЛПУ), по многим своим компонентам препятствующей развитию системы наркологической помощи; 5) дефицит сформированных идей, подходов в сфере качества наркологической помощи, нормативного утверждения продуманной системы промежуточных и конечных индикаторов оценки качества наркологической помощи; 6) выводимый отсюда дефицит адекватных приоритетов в деятельности систе-

мы наркологической помощи, отдельных секторов и этапов наркологической помощи, одним из которых должен быть приоритет эффективной профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в популяции наркозависимых лиц, полноценный охват целевой группы потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) наиболее эффективными, интегрированными формами наркологической помощи; 7) дефицит возможностей и стимулов к профессиональному развитию и росту у существенной части персонала наркологических лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ); недостаточная квалификация специалистов наркологического и смешанного профиля (врачей – наркологов, психологов, социальных работников, школьных психологов, социальных педагогов, социальных работников системы служб для семьи, детей и молодежи); 8) дефицит ресурсной обеспеченности действующей системы наркологической помощи по самым главным позициям – финансы, материально-техническая база, кадровые ресурсы; 9) дефицит системных исследований по наиболее актуальному проблемному полю сферы наркологической, аддиктологической помощи населению, с возможностью постоянного обновления профессиональных стандартов; 10) дефицит фактов научного и административного лидерства в сфере теоретической и практической наркологии (при наличии подготовленных лидеров), а также – действенных инструментов, обеспечивающих эффективность такого лидерства.

Факторами, которые следует расценивать как совокупный потенциал развития национальной системы наркологической помощи, являются: 1) наличие профильной научной базы – Института неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины; 2) наличие профильной методологической базы – Медицинского мониторингового центра по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины; 3) наличие партнерской научно-методологической базы – Украинского научно-методического центра практической психологии и социальной работы; 4) наличие мощной базы додипломной и последипломной подготовки соответствующих специалистов медицинского и гуманитарного профиля; 5) беспрецедентный кадровый и организационный потенциал сектора нарко-

логической помощи, оказываемой в системе образования и социальных служб для семьи, детей и молодежи Украины; 6) в целом, дееспособный, функционально состоятельный и готовый к развитию ресурс государственных наркологических ЛПУ, частных наркологических кабинетов и центров, наркологических кабинетов Государственной пенитенциарной системы (ГПС); 7) мобильная и разветвленная сеть профильных НПО, готовая к межсекторальному сотрудничеству и развитию; 8) наличие активной и действенной поддержки со стороны международных организаций и фондов, действующих в системе здравоохранения, профилактики ВИЧ/СПИДа, преступности, наркооборота; 9) наличие корпуса инициативных и подготовленных организаторов наркологической службы, ориентированных на позитивные изменения; 10) наличие научных (на уровне профильных научно исследовательских институтов) и административных (на уровне специалистов

МОЗ Украины) лидеров, адекватно воспринимающих системные проблемы службы и прилагающих усилия к формированию соответствующих инструментов, обеспечивающих эффективное лидерство.

С учётом всего сказанного, наиболее очевидными компонентами стратегии преодоления системного кризиса в сфере организации высококачественной наркологической помощи населению Украины, эффективной профилактики распространения ВИЧ/СПИДа среди популяции наркозависимых лиц и далее среди здорового населения страны, будет: 1) формирование инструментов эффективного научного и административного лидерства; 2) поэтапное решение системных проблем на национальном уровне; 3) параллельное развитие дееспособных вариантов региональных моделей наркологической помощи с использованием местных ресурсов; 4) обобщение и институализация эффективного опыта в масштабах страны.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 616.89:355.211

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТОВ

Л.Н. Дахова

врач-психиатр высшей категории казённого государственного коммунального предприятия «Павлодарский областной психоневрологический диспансер» (КГКП ПОПНД), г. Павлодар (Казахстан)

В своей работе автор руководствовалась приказом Министра обороны Республики Казахстан № 37 от 29 января 2013 года «Об утверждении требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в Вооруженных силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан».

Обследование здоровья лиц допризывного и призывного возраста имеет характерные особенности, последние обусловлены анатомо-физиологическими и психическими закономерностями подросткового возраста.

Подростковый возраст охватывает период жизни от 15 до 18 лет. В этот период жизни человека завершаются морфологические и психологические процессы, самые значительные изменения происходят в эндокринной системе.

При этом особая роль принадлежит гипоталамусу, который выступает одновременно в качестве центральной эндокринной железы и особого звена нервной системы.

Основные структурно-морфологические компоненты строения тела человека – мышечный, костный и жировой – являются генетически детерминированными. Однако с наступлением подросткового возраста на каждый из них начинает воздействовать гораздо более интенсивное, чем когда-либо до и после этого, средовое влияние. Особенно значительным внешним воздействиям в это время подвергается жировой компонент.

Анатомо-физиологические особенности подросткового возраста во многом определяются часто возникающим тогда же биологическим феноменом акселерации сомато-физиологического развития органов и систем организма. Анатомическим субстратом акселерации можно считать систему желёз внутренней секреции, на которые в это время ложится основная функциональная нагрузка и которые в пубертатной возрастной фазе вступают в действие не сразу все, а подчиняясь очень сложным закономерностям биологического развития, усиливают или уменьшают свою активность в очень сложной последовательности.

Неравномерность темпов анатомо-физиологического развития отдельных органов и систем орга-

низма составляют одну из принципиальных особенностей пубертатного возрастного периода и сопутствующего ему феномена акселерации.

Если общие размеры головного мозга после 14 лет практически не увеличиваются, то общая масса внутренних органов с началом пубертатной фазы начинает резко возрастать, при этом особенно неравномерно увеличиваются объем и масса различных компонентов костно-мышечного аппарата.

Темпы, характерные для процессов анатомо-физиологического развития организма в подростковом возрасте обычно ускорены до такой степени, что интенсивность происходящих в организме в это время физиологических изменений по существу приближает их к грани, отделяющей норму и патологию. В частности, если до 10-летнего возрастного рубежа средний показатель нарастания веса у нормального развивающегося ребёнка не превышает 2 кг в год, то в пубертатном возрастном периоде он достигает 3-5 кг в год. Наиболее интенсивно у подростков происходит увеличение размеров конечностей, скелетной мускулатуры, стволов периферических нервов и всех элементов аппарата гортани.

Удельный вес мышечной массы по отношению к общему весу тела у подростков-юношей достигает 44% наивысшего максимума в течение жизни. При этом темпы нарастания сократительной способности мышечного аппарата подростка поначалу заметно отстают от темпов нарастания мышечной массы, поскольку данная функциональная способность – сила мышц – обуславливается не объемом мышечных волокон, а уровнем секреции андрогенных энзимов.

Внутренний объем полостей сердца в пубертатной возрастной фазе увеличивается быстрее, чем суммарный объем всего сосудистого русла, что нередко приводит к так называемой транзитной гипер-tonии подросткового возраста.

Вес гипофиза в подростковом возрасте увеличивается вдвое по сравнению с аналогичным показателем в дошкольном периоде, в той же пропорции возрастает объем щитовидной железы. Особен-

но интенсивно происходит увеличение надпочечников, функционирующих у подростка наиболее напряженно и достигающих веса 15 г.

Показатель энергетического обмена составляет у подростков примерно 70 кал/кг/сутки (у взрослых – 40 кал/кг/сутки), что указывает на исключительную функциональную нагрузку всех без исключения систем организма, обеспечивающих его экономические потребности в период пубертатного возрастного криза.

Отмеченные выше и многие другие анатомо-физиологические особенности в той или иной степени являются характерными почти для всех важнейших органов и систем организма в период полового созревания, в связи с чем, все процессы, происходящие в это время в сфере анатомо-физиологического развития индивидуума, отличаются предельно высокой степенью функциональной напряженности. После окончания возрастного периода пубертатного этапа развития организма все отмеченные проявления за очень немногими исключениями полностью сглаживаются.

В период пубертатного возрастного криза у всех подростков отмечаются разнообразные проявления, так называемого подросткового психологического комплекса. Особенности его развития и формы обусловленных поведенческих реакций часто выглядят внешне весьма сходными с симптоматикой психопатических состояний, что может послужить причиной диагностических ошибок.

В этом возрасте у любого подростка отмечается повышенная изменчивость настроения, с частой и необоснованной сменой эмоций. Это может доходить до выраженных дистимий: сумеречности, стремления к уединению, крайней раздражительности (иногда это оценивают врачи как психопатии). Но частым поводом для вынесения ошибочных диагностических заключений оказывается такая поведенческая способность подросткового психологического комплекса, как отчётливо неадекватное (с точки зрения окружающих) сочетание у подавляющего большинства подростков явной внутренней застенчивости и отчаянной внешней бравады – здесь также не должен ставиться вопрос психопатии. Описанный тип поведения формирования в подростковом возрасте основных поведенческих стереотипов.

Установление в подобных случаях диагноза: Психопатия может оказать неблагоприятное значение на всю последующую жизнь подростка, вплоть до ограничения жизненных перспектив и возможности средовой адаптации.

Амбулаторное обследование схематически разделяется на 2 этапа:

- 1) ознакомление с представленными в военкомат меддокументами и личными делами;
- 2) осмотр призывника.

До начала освидетельствования врач-психиатр:

- изучает предоставленные документы, личные дела и знакомится со списками, полученными из психдиспансера;
- обращает внимание на наличие обязательных документов об образовании, справка о семейном положении, справка с места работы, учебы, справки о начальной военной подготовке, характеристика с места учебы, работы, карта изучения призывника и особенно медицинских документов.

В характеристике из учебного заведения должны быть отражены следующие сведения: успеваемость, способности к учебе, отношение к труду, участие в общественной жизни, взаимоотношения в семье, отношения с учителями, отклонения в поведении (вспыльчивость, агрессивность, конфликтность, обидчивость, несамостоятельность, неорганизованность, несерьезность, неровность в успеваемости, отгороженность от коллектива, гиперактивность, необычные увлечения, побеги из дома, из школы, употребление спиртных напитков, дурашливость, неадекватные поступки), поведение среди сверстников, внеклассные увлечения, колебания настроения, а также информация об антиобщественных поступках, приводах в полицию, судимости, пребывании в исправительно-трудовых учреждениях.

В медицинских документах необходимо обращать внимание на отклонения в состоянии здоровья со дня рождения, в переводном эпикризе педиатра должны быть сведения об инфекционных заболеваниях, ушибах головы, обмороках, судорожных припадках, недержании мочи, детских страхах, а также сведения о диспансерном учёте и оперативных вмешательствах. Просматривается вкладной лист к индивидуальной карте амбулаторного больного.

Направление на обследование (лечение) выдаётся на руки освидетельствуемому лицу при объявлении ему решения комиссии по приписке. В направлении указывается наименование медицинской организации здравоохранения (военно-лечебнопрофилактического учреждения, диагноз, цель обследования и срок повторной явки на освидетельствования). К направлению на обследование прилагается акт исследования состояния здоровья.

По окончании обследования заполняется акт исследования состояния здоровья освидетельствуемых лиц, который подписывается главным врачом и врачом, проводившим обследование, и скрепляется гербовой печатью. Акт представляется на рассмотрение комиссии по приписке, которая выносит окончательное решение о степени годности к военной службе.

Просмотрев документы освидетельствуемых лиц врач составляет отдельный список лиц, требующих тщательного изучения психического состояния.

При формальных характеристиках освидетельствуемых лиц, недостающих документах врач требует дополнительный материал.

Врач-психиатр осматривает допризывника после обследования всеми врачами-специалистами.

При амбулаторном осмотре освидетельствуемых лиц врач-психиатр обращает внимание на их внешний вид, мимику лица, доступность контакту.

Врач-специалист по результатам освидетельствования гражданина по приписке выносит окончательное решение о степени пригодности к военной службе.

При проведении стационарного обследования освидетельствуемого лица врачу необходимо учитывать предполагаемый в каждом отдельном случае тип акцентуации личности, что особенно необходимо в случаях пограничных форм психических нарушений, при отсутствии признаков психоза.

Практика работы с подростками показывает, что императивный или наставительный тон врача не способствует установлению продуктивного контакта с беседеваемым. Столь же мало оправдана прямо противоположная манера общения с искусственным ребячеством в разговоре, чрезмерным употреблением специфических выражений из молодежного жаргона, с показной солидарностью.

При сборе анамнеза врач обращает внимание на наследственную отягощённость освидетельствуемого лица, на особенности младенческого периода жизни, на болезни, болезненные отклонения в последующие годы, на ночные страхи, снохождение, навязчивые явления и болезненные влечения. Рекомендуются последовательность осмотра: сознание, внимание, память, мышление, интеллект, эмоционально-волевая среда.

При необходимости назначается психологическое исследование, ЭЭГ.

Для обнаружения у освидетельствуемого лица симптомов снижения памяти, усвояемости информации, ослабления внимания врач-психиатр использует простейшие доступные методики: «отнимать 7 от 100», пересказ несложных сюжетных рассказов.

Выявление своеобразности мышления: использование пословиц, поговорок. При затруднительном контакте с подростком предлагается метод: врач, не ожидая вопросов, сам сообщает подростку сведения, которыми он располагает, после чего предлагает исправить неточности, дополнить пропуски, прокомментировать неясные места. Разумеется, не надо объяснять, какие лица дали на него сведения. При таком построении тактики врачебного обследования сравнительно быстро выявляются темы, на которые подросток говорит легко, свободно или вызывают у него противоположное отношение.

Во время первичного обследования врачу не следует, в какой бы то ни было форме, выражать

свое недоверие к достоверности фактической стороны высказывания и ответов обследуемого лица на вопросы, даже при очевидной недостоверности ответов, наиболее адекватной реакцией будет демонстрация внешнего доверия и удовлетворённости услышанным. В результате чего подросток, довольный «удачным» обманом, в значительной мере утрачивает прежнюю свою сдержанность и опасливую осмотрительность, и беседа приобретает более живой и продуктивный характер.

Анамнез должен складываться из учёбы, отношения к ней, планы на будущее, способность к реалистическому планированию жизненного пути, отношение к сверстникам, число близких друзей, положение, занимаемое им среди подростков, причины и обстоятельства их возникновения, отношение между членами семьи, особенности семейной структуры, обстоятельства распада семьи, нарушение поведения, перенесённые соматические болезни, сексуальные проблемы.

Помимо сведений от подростка, необходимо использовать беседу с матерью, отцом: необходимы сведения о периоде беременности, чтобы не пропустить резидуальное поражение головного мозга. Ночной энурез 4-5 лет, ночные страхи, раздражительность, бессонница в детские годы может быть проявлением неврастения.

Визуальный осмотр подростка, находящегося в стационаре позволяет получить немало данных, имеющих отношение к состоянию его психики. Даже измерение роста и веса может не только указать на наличие акселерации, но косвенно свидетельствовать о совершенно определённых переживаниях. Так, например, у мальчиков и юношей небольшого роста может быть развит «комплекс собственной неполноценности» с подчёркнуто выраженным стремлением к компенсации. Избыточная полнота может стать поводом для тягостных самоунизительных переживаний, что также, хотя и в несколько меньшей степени, относится к излишней худощавости. Самые незначительные физические недостатки вызывают у многих подростков серьёзные по степени выраженности нарушения, чаще в области эмоционального фона и расстройства поведения. Наиболее вероятно возникновение подобных явлений при наличии дефектов лицевой части, имеющих косметический характер.

Специальными деталями внешнего облика некоторых подростков являются татуировки, располагающиеся на самых разных участках поверхности кожи. В клиническом смысле их наличие не только указывает на высокую вероятность акцентуации характера неустойчивого типа, но и в плане своего символического содержательного контекста они могут иметь информационное значение для врача. Наиболее часто встречаемые у юношей татуировки в виде собственных инициа-

лов, имени или даты своего рождения свидетельствуют о наличии у подростка примитивного стремления к самоутверждению. Татуировки, изображающие нарядную птицу, солнце с расходящимися лучами, разорванные кандалы служат символическим выражением стремления к «свободе» и отражают, следовательно, специфическую подростковую поведенческую реакцию эмансипации. Дают знать осведомлённым лицам, что обладатель данной татуировки отбыл срок в колонии или в специнтернате (эта татуировка называется «зона») 4 или 5 маленьких точек или крестиков, расположенных в форме четырехугольника. Обычный крест означает судимость или вызов в полицию, восьмиугольная звёздочка – год, проведённый в заключении, топор рядом с «зоной» – «смерть в тюрьме» – желание навсегда слиться с преступным миром, цветок из 6 лепестков или косо перечеркнутый квадрат – намерение «завязать», порвать с асоциальным окружением.

Особое внимание нужно обратить на следы попыток самостоятельного вытравления татуировок в виде мужских и женских имен – они говорят о том, с кем именно хотел бы порвать подросток.

В силу своей специфической для подросткового возраста многозначности изучение татуировок может рассматриваться как самостоятельный дополнительный метод стационарного обследования лиц пубертатного возраста. Кроме этого к числу дополнительных методов относятся различные психологические методики, используемые в случаях диагностики легких форм интеллектуальной недостаточности, а также типов психопатий и акцентуаций характера при пограничных формах психической патологии и при психических заболеваниях, существенно не искаживших премобильный тип.

Стационарное обследование предполагает клиническое обследование с привлечением необходимых специалистов (для прохождения военно-врачебной комиссии необходимы заключения терапевта, хирурга, невропатолога, офтальмолога и отоларинголога), независимо от того предъявляет ли обследуемое лицо жалобы или нет. В этих условиях необходимо также по показаниям применение всего комплекса параклинических методико-электро-

физиологических, экспериментально-психологических, лабораторных (биохимических, иммунологических, микробиологических и др.), рентгенологических исследований.

Заключение психиатра целесообразно излагать унифицировано, на специальном бланке.

Обобщение всех собранных данных, их надлежащая оценка и, самое главное, составление на её основе обобщающих выводов и заключений является наиболее сложным и в особенности ответственным этапом работы эксперта, непосредственно предшествующим вынесению окончательного решения о степени годности призывника к несению военной службы.

Необходимо указать, что основной метод психиатрической диагностики – клинический, остаётся главным и для нозологической диагностики у подростков и является основной военно-врачебной психиатрической экспертизы.

Выводы

За последние 5 лет при обследовании психического здоровья лиц допризывного и призывного возрастов на военно-врачебной комиссии было выявлено:

П. 14 – резидуально-органическое поражение центральной нервной системы (РОП ЦНС) – 62%

П. 20 – Олигофрения – 34%

П. 18 – Психопатия – 18%

П. 17 – Неврозы – 6%

П. 15 – Шизофрения – 0,2%

Возврата из рядов Вооруженных сил и случаев суицида не было.

Повысился морально-патриотический уровень молодёжи и желание служить в рядах Вооруженных сил РК.

Рекомендации:

- 1) повышение уровня физической подготовки молодёжи, начиная с детского возраста;
- 2) непосредственное участие психологов школы в выявлении лиц с психическими нарушениями, психокоррекция, семейная психотерапия;
- 3) неформальный подход при выдаче характеристик для призывников.

Список использованной литературы:

1. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндинкин В.Я. Психопатология подросткового возраста (теоретический, клинический и судебно-психиатрический аспекты). – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. – 310 с.
2. Морозов Г.В., Спивак Л.И., Ковалев В.В. Диагностика и экспертиза при психических расстройствах у лиц допризывных и призывных возрастов: Методическое пособие. – 1986.
3. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова, т.1-2. – М.: Медицина, 1999.

АДАПТАЦИОННЫЙ КРИЗИС КАК ЭЛЕМЕНТ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА. ЭКОФАСИЛИТАТИВНЫЙ ПОДХОД

С.А. Олифира

Государственное высшее учебное заведение «Университет менеджмента образования» при Национальной академии педагогических наук Украины, г. Киев

В современном мире на фоне последних экономических, политических и социальных событий всё чаще на первый план выступает такое понятие, как «кризис». При этом экономический, политический и социальный кризисы плавно трансформируются в кризис личности, заполняя всё больше сфер её жизнедеятельности. Находясь в таком дезориентированном состоянии, человек проявляет все признаки дезадаптированной личности, что подталкивает нас к пониманию любого кризиса как адаптационного.

Проблему адаптации исследовали учёные многих областей науки. Соответственно, и подходы к её толкованию были разными, в частности:

- как приспособление к изменчивым условиям окружающей среды (Ф. Березин, Л. Божович, Л. Выготский, О. Георгиевский, Т. Дичев, Н. Корольчук, О. Кокун, С. Паркер, В. Петровский, С. Рубинштейн, К. Тарасов, Г. Царегородцев и др.);
- через выраженность ключевого аспекта структурно-функциональной организации индивида (К. Абульханова-Славская, Ю. Александровский, Б. Ананьев, Г. Балл, М. Эйнсворт, А. Леонтьев и др.);
- подчёркивая многозначный, многоаспектный характер (Г. Андреева, Д. Эльконин, Э. Эрикссон, О. Жмыриков, П. Кузнецов, А. Налчаджян, В. Очеретяный, А. Реан и др.).

Процесс адаптации проводится по следующей обобщённой схеме: влияние факторов среды – восприятие этого влияния субъектом – актуализация уже сформированных аспектов жизнедеятельности, средств внутреннего и межличностного взаимодействия – достижение адаптации в результате достаточного приспособления за счёт актуализированных средств (или же дезадаптация как результат недостаточной компенсации).

В своем исследовании за рабочее определение адаптации мы считаем поданное П. Медаваром: адаптация – основа для формирования и проявления новых качеств во время активного приспособления личности к новым условиям существования [9]. Принимая во внимание утверждение В. Петровского, что «неадаптивность деятельности человека означает возможность роста, развития личности в её деятельности» [6], дезадаптацию мы рассматриваем не как противоположный адаптации процесс, а наоборот, как сопутствующий. То есть дезадаптация побуждает личность к образованию новых качеств.

Понятиям «кризис», «кризисное состояние» и их видам уделяли внимание ряд учёных: Л. Выготский, А. Леонтьев, Д. Эльконин, З. Фрейд, Э. Эрик-

ссон, С. Грофф, Б. Ливехуд, Б. Ананьев, Б. Зейгарник, Е. Соколова, Д. Левинсон, Р. Асаджиоли, А. Маслоу, К. Юнг, Д. Марсиа и др.

Понятие «кризис» во времена Древней Греции означало решение, поворотный пункт, результат [3]. В китайском языке оно толкуется как «полный опасности шанс», возможность развития человека. Нынешнее понимание кризиса почти не отличается от данных. Так, американские исследователи (М. Сигер, Т. Сэллоу, Р. Алмер, С. Винетт), под кризисом понимают «время испытаний» или «чрезвычайное событие», которое имеет характерные признаки, – внезапность, создание неопределённости и угрозы важным целям [12]. С. Винетт отмечает, что кризис – это процесс трансформации старой системы, которая уже не может самоорганизовываться и управляться. Таким образом, очередным необходимым признаком кризиса является потребность изменений [13].

В психологии существуют два основных значения понятия «кризис»:

- 1) кризис как этап жизни – любое поворотное событие, которое делает невозможным спокойное, привычное функционирование и требует перестройки многих поведенческих стереотипов;
- 2) кризис как этап развития – особенные, относительно непродолжительные во времени периоды онтогенеза, которые характеризуются резкими психологическими изменениями [3].

Мы разделяем мнение большинства исследователей (Э. Эрикссон, А. Леонтьев, Л. Выготский и др.), что кризис – это не катастрофа, а переломный, переходный момент, критическая точка развития, период, в котором заостряется чувствительность человека к миру, системе её отношений, которые сложились, к себе и другим. Такая критическая точка развития даёт возможность перехода личности к новому опыту, реализации сформированных способностей и потребностей.

К основным видам кризисов относятся: невротические, травматические и возрастные, кратко- и долговременные, конструктивные и деструктивные и т.п. В нашем понимании деструктивных кризисных состояний не существует. Любой кризис является переходным периодом, и даже хаотические действия личности во время его прохождения имеют смысл для её развития.

Кризисные состояния, которые приводят к дезадаптации человека, мы рассматриваем как переход-

ные периоды личности от одного уровня её развития к другому.

Например, Инна К., которая со старших классов школы мечтала стать психологом, поступила на соответствующий факультет одного из киевских ВУЗов. Студентка приехала в столицу из другого города и не имела рядом родителей или друзей, поэтому была вынуждена начать самостоятельную жизнь, снимать себе жильё и т.п. В школе она была отличницей, потому и во время учебы в университете пыталась получать только высокие баллы. Однако, после сдачи первой сессии, Инна К. начала пропускать занятия «без уважительной причины», её успешность снизилась. В отличие от большинства своих однокурсников, она участвовала в разнообразных массовых мероприятиях, работала волонтером в центре социальных служб для семьи, детей и молодёжи, «примеряя» на себя избранную специальность. Преподаватели осуждали её, считая такое поведение на первых курсах учебы нежелательным и дезадаптивным, пытались вернуть к учёбе. Однако на втором году обучения, невзирая на уговаривание родителей и педагогов университета, Инна К. перевелась в другой университет на экономический факультет и сейчас, уже более четырёх лет, успешно работает в одном из банковских учреждений г. Днепропетровска.

Данная ситуация является примером того, что при поступлении в ВУЗ не все студенты понимают и осознают, что их ждёт во время обучения и после выпуска. Кое-кто «покупается» при поступлении на популярность профессии, полагается на выбор родителей или просто выбирает наугад. И многие из выпускников осознают, что избрали не ту специальность, уже после вручения дипломов. В приведённом примере во время первых годов обучения студентка начала действовать, сама не понимая до конца, к чему это приведет. В результате страна получила хорошего экономиста, а Инна К. – любимую работу.

С позиций экофасилитации поведение студентки на первых курсах, которое преподаватели толковали как нежелательное, было свидетельством её развития, попыткой найти себя, самоутвердиться и самореализоваться. Благодаря своим на первый взгляд хаотическим действиям Инна К. смогла вовремя понять, чего именно хочет, и двигаться к цели.

Анализ научных взглядов позволяет выделить две принципиальные позиции в понимании критического периода:

- 1) признание критических периодов необходимым этапом развития (Л. Выготский, Д. Эльконин, П. Лушин и др.);
- 2) признания необходимости качественных изменений в развитии, перехода к новой системе взаимоотношений. При этом акцент делается на внешних, социальных условиях, а не психологических механизмах развития (А. Леонтьев, Л. Божович и др.).

На наш взгляд, «кризис» и «адаптация» – неразрывные понятия. Ведь адаптация является следствием преодоления кризиса, а кризис – следующим этапом развития личности. Эти два этапа становления индивида в течение его жизни постоянно сменяют друг друга, стимулируя развитие личности. Математическим языком взаимосвязь данных понятий на протяжении жизни человека можно изобразить в виде синусоиды. Адаптационный кризис, как элемент такого графика, по нашему мнению, можно изобразить в виде следующей схемы (рисунок 1), где 1 – возникновение кризиса, 2 – ход кризиса, 3 – нижняя точка (принятие решения), 4 – выход из кризиса и стабилизация.

Попадая в кризис, человек дезориентируется в пространстве собственной жизни. Он как будто теряет точку опоры, и все его попытки восстановить прежний ход вещей оказываются бесполезными. Таким образом, он добирается до так называемой «нижней точки» кризиса, когда система, функционировавшая ранее, окончательно и бесповоротно

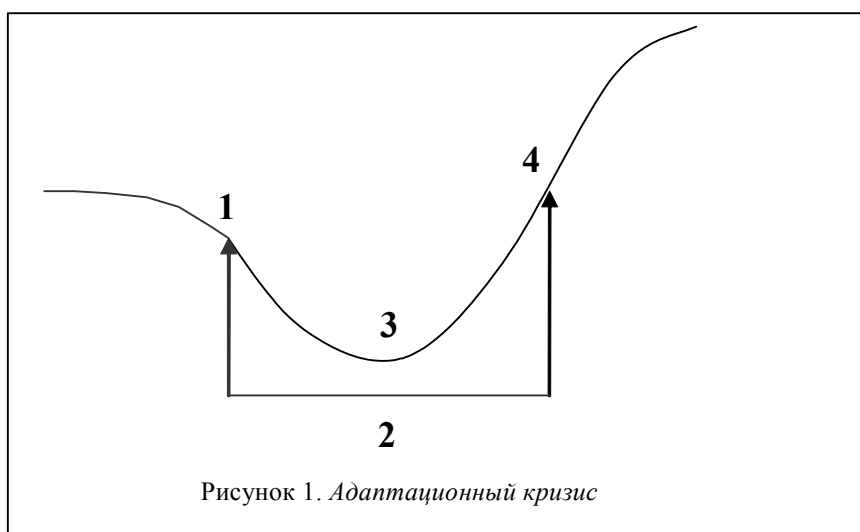


Рисунок 1. Адаптационный кризис

исчезла, а новая ещё не образовалась. В тоже время, находясь якобы в центре некоего хаоса, посреди тёмной комнаты без единого источника света, человек не бездействует, а продолжает совершать некие действия.

Приведём несколько примеров из собственной практики. Наталья Н. прожила в гражданском браке 10 лет, после чего рассталась со своим мужем на почве его измены. Придя на консультацию, женщина была совершенно растеряна, чересчур эмоциональна и дезаптирована. Она не понимала, как жить дальше, ведь крепкое мужское плечо, её половинка, растворилась в небытие. Больше некому было поддерживать её, слушать, подсказывать и т.п. «Меня заменили, спустя 10 лет вернули в магазин не подошедшее платье», – говорила Наталья Н. Когда мы сосредоточились на том, что же она все-таки делает, кроме сожалений о прошлом, был услышан ответ: «Хожу на выставки, посещаю художественные галереи, провожу тренинги, читаю лекции и т.п.». То есть её личность, как самоорганизующаяся система, начала искать выход из кризиса. Хаотично двигаться в этой самой темной комнате в поисках источников света. Другой пример, Мария О., узнав о своем увольнении с работы, сама того не осознавая начала писать сказки, заниматься творческой деятельностью. И лишь спустя несколько недель обнаружила, как замечательно, что её так вовремя уволили. Эти примеры говорят о том, что кризисы являются необходимым этапом развития, ступенькой в лестнице личностной эволюции. Последняя, на наш взгляд, как раз и состоит из ситуаций «застоя», стабильности, а также кризисов, как переходных периодов. Кризис позволяет нам потерять прошлое и через настоящее построить новое будущее.

Одним из таких переходных этапов является адаптационный кризис студентов первого года обучения, который молодые люди переживают, поступив в ВУЗ. Ведь, в отличие от школьной учебы, контролируемой учителями и родителями, в институте, колледже или университете студенты должны полагаться лишь на самих себя, а основной объём знаний добывать не на лекциях, а во время самостоятельной работы в библиотеке, в компьютерном классе и тому подобное. В то же время студент-первокурсник находит новых друзей, меняет свои интересы, образ жизни. На кризис первого года обучения накладывается также и возрастной, смысловой, личностный кризисы, которые в совокупности и могут привести студента-первокурсника к «нижней точке».

Учитывая все вышеупомянутое и опираясь на мнения ученых, мы выделили такие признаки адаптационного кризиса у студентов:

- дезадаптация к условиям обучения, которая характеризуется повышенной эмоциональностью, напряженностью, агрессивностью, конфликтностью и частой утомляемостью;

- негативные чувства к высшему учебному заведению;
- фрустрация;
- инфантильность;
- обострение ролевых конфликтов;
- ценностно-смысловая неопределенность и т.п.

Адаптационный кризис в совокупности с другими кризисами может приобретать затяжной характер, когда трудности не решаются, а откладываются на потом из-за нежелания их решать. Могут возникать негативные чувства от необходимости посещать занятия, критическое отношение к преподавателям, конфликты с товарищами. Предопределённые кризисными состояниями изменения во внутреннем мире личности часто толкают её на резкое изменение поведения, условий жизни, вида деятельности, окружения. Но переживание адаптационного кризиса студентами-первокурсниками является неотъемлемой частью их развития. А поскольку, поступив в ВУЗ, этого этапа невозможно избежать, его стоит воспринимать как переходное явление, которое дает возможность получить новый опыт и перейти на другой уровень становления Я-концепции.

Развитие личности, в процессе которого появляются кризисные состояния как переходные периоды, мы считаем не постепенным. Оно характеризуется как внезапный, непредсказуемый, необратимый, нелинейный переход [5].

Действительно, помощь студенту во время преодоления им адаптационного кризиса и конфликта между «нужно» и «могу» при обучении не только на первых, но и на последних курсах ВУЗа является важным аспектом работы психолога или социального педагога. Однако, изменение условий среды с дезадаптирующих на благоприятные для адаптации, не всегда является эффективным методом подготовки студента к учебной деятельности. Так, во время преодоления адаптационных кризисов, отдельные исследователи исходят из той точки зрения, что сам процесс этого явления является негативным, а кризис вообще может привести к депрессии и суицидальным настроениям [10]. Такая постановка вопроса отображает директивный, не личностно-ориентированный взгляд на вещи. Представители гуманистического направления, одним из основателей которого является Карл Роджерс, и к которым мы себя относим, придерживаются иной точки зрения.

Именно К. Роджерс вводит в психотерапию понятие недирективного консультирования, то есть «следования» за клиентом, его эмоциями, переживаниями [11]. Такого подхода придерживается и П. Лушин – основатель экологической психологической фасилитации. Каждый человек или сообщество, согласно мнению учёного, представляют из себя динамическую систему, способную к самоорганизации и саморегуляции.

Самым главным в деятельности психологов-экофасилитаторов есть принцип экологичности лично-

стных изменений, который заключается в ненарушении или сохранении определенной целостности объекта или системы и поддержке её перехода на новый уровень развития. По этому принципу происходит активное конструирование или необратимый мало предсказуемый и нелинейный переход к новой идентичности личности при условии сохранения всей матрицы экопсихологических отношений к окружающей среде [5]. Поэтому, если рассматривать фасилитацию как содействие в наступлении определённого желаемого события в жизни человека, а экологичность – как не нарушение или поддержку целостности живых систем в их разнообразии и стремлении к саморазвитию, то экопсихологическую фасилитацию можно определить как методику содействия естественной программе саморазвития личности.

Продуктом экологической фасилитации, по убеждению П. Лушина, может быть содействие наступлению переходных событий, одним из которых есть экологический кризис или застой, или нарушение ритма конструктивной активности, когда система будто останавливается между зонами актуального и ближнего развития в неопределённости. Именно поэтому учёный говорит о толерантности к неопределённости. Активное её формирование является неразрывным процессом с произвольным созданием если не травматических, то проблемных ситуаций, которые определённым образом моделируют критическое развитие в процессе обучения [5].

Учитывая взгляды научного сообщества на адаптационный кризис, можно говорить о необходимости его преодоления. В исследовании кризисных состояний в целом и адаптационного кризиса в частности, мы склоняемся к толкованию понятия «преодоление» как процесса поиска выхода, перестраивания старой системы самоорганизации человека, которое характеризуется овладением новыми навыками, знаниями, приобретением опыта.

Обобщив предложенные разными учеными пути преодоления кризисных состояний, мы выделили такие направления:

- 1) влияние на кризис, устранение дезадаптивных и усиление адаптивных факторов (И. Погорелаа, О. Кокун, Н. Сопилко, А. Федоренко и др.);
- 2) влияние на человека, который находится в кризисе:
 - развитие собственных ресурсов личности (К. Роджерс, П. Лушин, А. Гусев, В. Демченко, А. Гельбак, А. Эльбрехт, В. Заика, Е. Санникова и др.);
 - снятие симптомов, обучение «приспособленческим» реакциям (Р. Рапопорт, А. Лактионов, Н. Герасимова, Л. Литвинова, И. Соколова и др.);
 - расширение «вспомогательных» ресурсов (К. Милютина, А. Варбан).

Обычно студентов считают хорошо адаптированными к обучению в ВУЗе в том случае, когда их поведение отвечает определённым ожиданиям и стандартам системы образования. При этом психологическая помощь при преодолении адаптационного кризиса рассматривается в качестве своеобразного катализатора, ускорителя процессов личностной самоорганизации в условиях кризисных периодов личности. Признаками успешной адаптации к условиям обучения в высшей школе являются также: высокая умственная работоспособность; удовольствие от общения; приобретение профессионально-значимых качеств; вхождение в студенческое общество и тому подобное.

Наш взгляд на варианты преодоления студентами-первокурсниками кризисных состояний изображен на рисунке 2.

Мы убеждены, что преодоление кризиса личностью начинается после того, как она будет полностью дезориентирована, и в то же время её ресурсы будут аккумулированы. Однако следует заметить, что в своём исследовании мы различаем кризисные состояния и кризисные ситуации. Если при преодолении первых личность получает новый опыт, навыки и переходит на другую ступень своего развития, то при прохождении вторых обычно хватает – лишь собственных ресурсов и имеющегося опыта, новые навыки формируются редко, а развитие личности не переходит на новый уровень.

Согласно первому варианту, выход из адаптационного кризиса студент отыскивает самостоятельно, используя имеющиеся у него ресурсы. Однако следует заметить, что, постоянно используя свои ресурсы при переживании кризисных состояний, в какой-то момент имеющихся навыков личности может оказаться недостаточно для выхода из очередного кризиса, и при возникновении следующего кризисного периода она будет вынуждена пользоваться другим путем.

Второй вариант заключается в том, что личность, как открытая система, которая самоорганизовывается, из-за недостатка собственных ресурсов выходит на другой уровень их поиска. Следовательно, в её сознании, или, как это чаще происходит, – подсознании, формируется определённый список возможных «вспомогательных» ресурсов, а также происходит их градация. То есть студент может привлекать к своей системе как один из возможных вариантов, так и несколько вместе, а если они не помогли ему в решении кризиса, переходить к следующему по списку. Не исключено, что перебирая внешние «вспомогательные» ресурсы личность рано или поздно всё же найдет выход из кризиса. Впрочем, такой процесс его преодоления является достаточно длительным во времени и изнурительным.

К списку возможных вариантов также можно отнести и внешнее влияние важных для студента людей (родители, друзья, преподаватели и тому по-

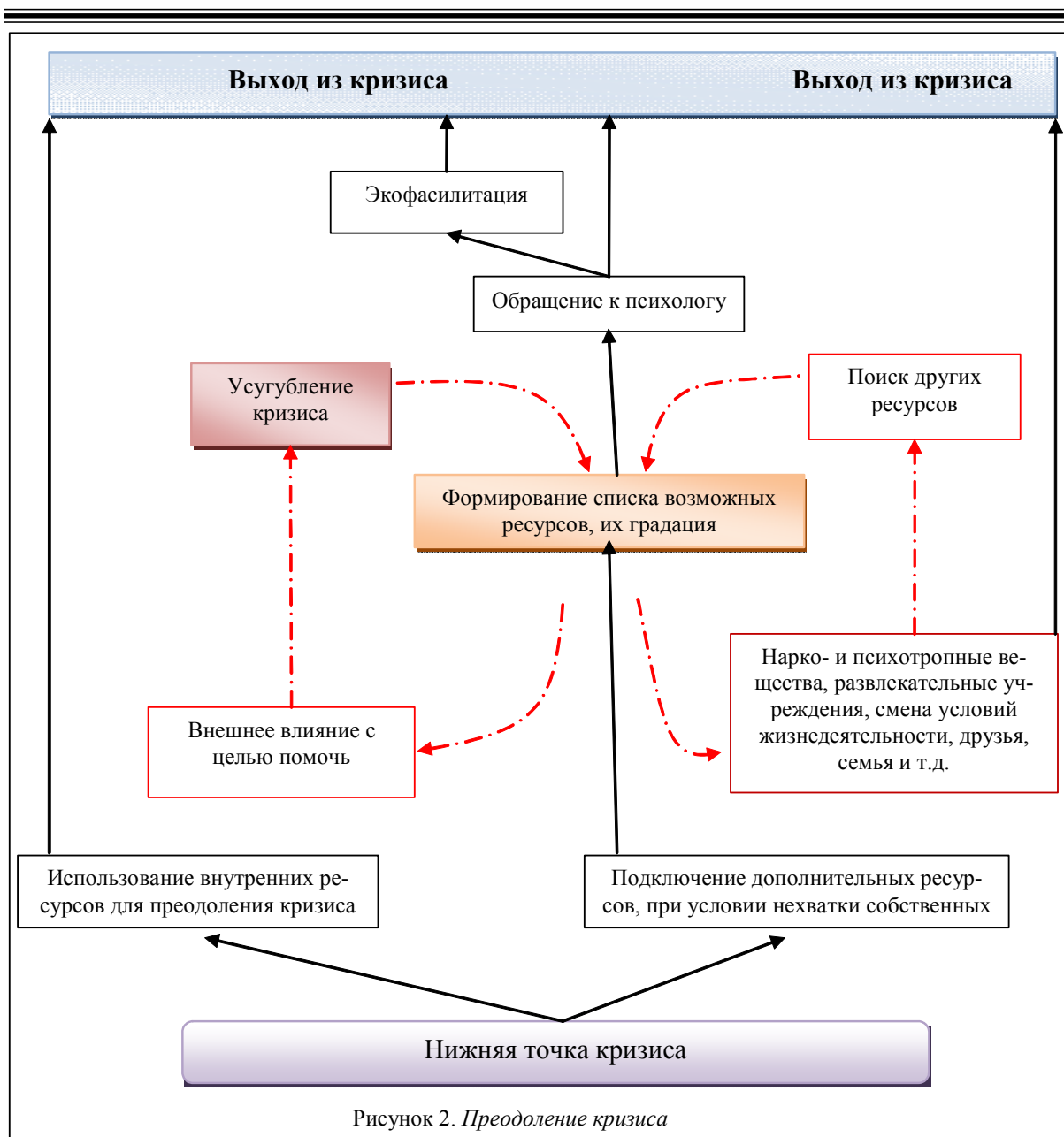


Рисунок 2. Преодоление кризиса

добное), которые самостоятельно «напросились» в его самоорганизующуюся систему. В случае, когда такая помощь с их стороны является одним из пунктов «списка ресурсов», это может определённым образом способствовать преодолению адаптационного кризиса. Когда же она не воспринимается системой личности студента, то наоборот может усугубить кризис и затянуть процесс выхода из него.

Как пример второго и третьего путей преодоления кризиса можно привести ситуацию со сдачей экзамена. Тогда во втором варианте студент, который не усвоил необходимые знания (недостаток собственных ресурсов), обращается за помощью к одногруппникам, учебнику или шпаргалке. В третьем варианте – ситуацию с «успешной» сдачей экзамена решают родители или знакомые. Однако следует заметить, что шпаргалку могут отобрать, а родители не успеют прийти на помощь и, как след-

ствие, студент будет отчислен из ВУЗа. То есть одна небольшая кризисная ситуация (экзамен) превратится в более глубокую (безвыходное положение, поиск дальнейшего смысла жизни и тому подобное) ситуацию.

Следует также отметить, что не исключённым является и вариант «застревания» личности в кризисе. Это может касаться случаев, когда, например, первыми в список ресурсов попадают наркотические или психотропные вещества. Останавливаясь лишь на данных вариантах, молодой человек перестаёт обращать внимание на другие возможности и «консервирует» себя в кризисе. Именно поэтому, мы уверены, что самым эффективным в преодолении адаптационного кризиса является вариант, когда одним из первых в список «внешних ресурсов» студента попадает обращение к психологу как к значимому человеку. В таком случае психологическая

помощь «проталкивает» систему самоорганизации личности к выходу из кризиса, новому этапу развития и стабилизации. Впрочем, мы не исключаем, что помощь экофасилитатора в этом случае изменит отношение студента к переходным условиям и неопределенности, которыми и являются кризисные состояния, что, в свою очередь, в следующей подобной ситуации поможет ему обойтись собственными ресурсами. Ведь через призму экпсихологической фасилитации психологическая помощь студентам является ничем иным, как формой распределенной самоорганизации индивида, когда открытая система его личности привлекает в сферу саморегуляции психолога. То есть факт обращения за помощью можно трактовать как проявление самопомощи клиента, когда он переходит с индивидуального на социальный уровень самоорганизации [5].

Ярким примером экофасилитации является подтвержденное многими случаями выражение, что «троечники» добиваются в жизни большего успеха, чем «отличники». На наш взгляд, это можно объяснить тем, что постоянно находясь в ситуации неопределенности во время получения образования, развивая фасилитативные навыки, «троечники» оказываются более подготовленными ко взрослой жизни, ее переходным, кризисным периодам, чем «отличники», которые «законсервировались» в стереотипных моделях поведения. Подобная ситуация наблюдалась и в первые годы независимости Украины, когда к вершине управления государством добрались те, кого менее всего ожидали там увидеть.

Подавляющее большинство исследователей основным критерием адаптационного кризиса считают показатель адаптированности личности к условиям обучения в ВУЗе. Мы соглашались с ними, поскольку к успешности студентов в разных учебных учреждениях относятся по-разному – например, существует система успешного обучения, в которой низкие баллы или оценки вообще не употребляются, а исследование уровня сформированности Я-концепции, собственного мировоззрения или зрелости студента является достаточно длительным во времени и нуждается в индивидуальной работе, к тому же у учёных не существует общепринятой «нормы» развития в соответствии с возрастом. Следует отметить, что в своём исследовании

мы различаем адаптированность студента как процесс приспособления к новым условиям жизнедеятельности и один из признаков адаптационного кризиса и адаптированность как черту личности, способность быстро приспосабливаться к переменчивым окружающим условиям.

По нашему мнению, в исследование адаптационного кризиса студентов-первокурсников следует также включить изучение уровня развития фасилитативных навыков, то есть таких навыков, которые помогают процессу преодоления адаптационного кризиса не только во время учёбы, но и на протяжении всей жизни. К таким навыкам мы относим:

- адаптированность как черту личности;
- гибкость, широту, критичность и не стереотипность мышления;
- толерантность к ситуациям неопределенности;
- умение эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

Мы считаем, что развитие данных навыков может быть тесно связано с процессом адаптации и преодоления кризисов.

Наша модель преодоления кризисных состояний основывается на гипотезе, что формирование толерантности к неопределённости, изменение отношения к, с одной стороны, негативным событиям в жизни как к переходным, то есть к таким, которые открывают новые возможности и помогают перейти на новый этап развития, а также развитие других фасилитативных навыков способствует преодолению кризиса. Как следствие – при следующем столкновении с кризисами личность будет преодолевать их самым эффективным способом, успешно используя собственные ресурсы.

Также преодоление адаптационного кризиса студентами в начале их учёбы в ВУЗе средствами экпсихологической фасилитации может помочь им в дальнейшем избежать резкого изменения профессии и толерантно относиться к кризису поиска рабочего места и других переходных состояний. Вместе с тем, можно допустить, что провоцирование ситуации неопределённости и формирования толерантности к ним сразу после поступления в ВУЗ ускоряет процесс профессиональной ориентации абитуриентов.

Список использованной литературы:

1. Академічний тлумачний словник українськомови [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://sum.in.ua/s/dolaty/>. – Загол. з екрану.
2. Варбан Є.О. Стратегії подолання життєвих криз в юнацькому віці: Автореф. дис. канд. психол. наук. – К., 2009. – 20 с.
3. Краткий психологический словарь-хрестоматия [сост. Б.М. Петров]. – М.: Высшая школа, 1974. – 134 с.
4. Мілютіна К.Л. Проблема формування здатності особистості до адаптації у сучасній психології// Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Проблеми загальної та педагогічної області: зб. наук. праць. – К., 2000 – Т. II. – Ч. 5. – С. 79-82.
5. Официальный сайт экпсихологической фасилитации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ecofacilitation.ucoz.com/>. – Загл. с экрана.

-
-
6. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности / В.А. Петровский / Рос. открытый ун-т. – М.: ТОО «Горбунок», 1992. – 224 с.
 7. Погоріла І. Особливості адаптації студентів-першокурсників до навчальної професійної діяльності // Неперервна професійна освіта: теорія і практика. – 2008. – № 1. – С. 185-189.
 8. Подоляк Л.Г., Юрченко В.І. Психологія вищої школи: навч. посіб. для магістрантів і аспірантів / Л.Г. Подоляк, В.І. Юрченко. – К.: ТОВ «Філ-студія». – 2006. – 320 с.
 9. Реан А.А. Психология адаптации личности: науч.-учеб. пособие / А.А. Реан [и др.]. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 479 с.
 10. Титаренко Т.М. Життя в кризу очима психолога [Електронний ресурс] / Психологический портал «У психолога». – Режим доступа: http://upsihologa.com.ua/tytarenko_crisis.html. – Загл. с экрана.
 11. Фрейдджер Р. Гуманистическая, трансперсональная и экзистенциальная психология. К. Роджерс, А. Маслоу и Р. Мей / Роберт Фрейдджер, Джон Фейдимен. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 221 с.
 12. Seeger M.W., Sellnow T.L., Ulmer R.R. (1998). Communication, organization and crisis. In M.E. Roloff (Ed.), *Communication Yearbook* (Vol. 21, pp. 231-275). Thousand Oaks, CA: Sage.
 13. Venette S.J. Risk communication in a High Reliability Organization: APHIS PPQ's inclusion of risk in decision making. Ann Arbor, MI: UMI Proquest Information and Learning, – 2003.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ПРОБЛЕМА СТРУКТУРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ: МЕХАНИЗМЫ ВРЕМЕННОЙ ДЕЗАКТУАЛИЗАЦИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ¹ (Сообщение 2)

Ф.Б. Плоткин

Минский городской наркологический диспансер, г. Минск (Республика Беларусь)

Каждый вынужден действовать в соответствии с качествами, данными ему гуннами материальной природы; поэтому никто не может удержаться от деятельности, даже на мгновение.

Бхагавад-Гита [1, с. 168]

«Наиболее обычным, удобным, комфортабельным и утилитарным методом структурирования времени, – подчеркивает Э. Берн, – является какой-нибудь проект, направленный на взаимодействие с материалами внешней реальности; то, что обычно называют работой. Технически такой проект мы будем называть деятельностью» [11, с. 90]. Самый известный пример такой деятельности – случай Робинзона Крузо, который, находясь на необитаемом острове, структурировал своё время, исследуя этот остров и занимаясь постройкой жилища. Чтобы покинуть свой необитаемый остров, он месяц рубил огромное дерево. Ещё несколько месяцев ушло на то, чтобы выдолбить из этого дерева лодку. Всё это время Робинзон отгонял от себя мысль: а как же спустить эту лодку на воду? Когда же лодка была готова – а получилась она такая большая и надежная, что на ней можно было пускаться в плавание через океан – отгонять этот вопрос было уже некуда. Попытки сдвинуть лодку с места оказались безуспешными. Робинзон попробовал сделать «наоборот» – подвести к лодке воду. Но прикинул объём работы и отказался от этой попытки [42, с. 46].² Как пишет В.В. Макаров, «деятельность позволила Робинзону Крузо выжить и сохранить психическое здоровье» [41, с. 98]. Именно трудовая деятельность является наиболее распространённым способом структурирования времени. Как отмечает И. Ялом, «испытывавшая влияние Кальвина пуританская традиция, от которой мы ещё не вполне освободились, ценила самопожертвование, тяжёлый труд, амбиции и социальный статус. Труд считался богоугодным делом: для праздных рук дьявол находит занятие» [98, с. 525-526]. Синдром тотальной вовлечённости в работу, к сожалению, далеко не всегда свидетельствует об удачном профессиональном самоопределении – его нередкой причиной выступает все та

же тревога перед «неукротённым» свободным временем. Нередко, однако, трудовая деятельность приобретает явно гипертрофированный характер. И. Ялом даёт следующую характеристику «трудоголику», то есть индивиду, целиком поглощённому работой: «Одна из самых поразительных черт трудоголика – его скрытая уверенность, что он «идёт впереди», прогрессирует, продвигается. Время является врагом не только потому, что оно сродно смертности, но и потому, что оно угрожает взорвать одну из опор иллюзии исключительности: веру в вечное восхождение. Трудоголик должен сделать себя глухим к посланию времени, в котором говорится, что прошлое расширяется за счёт сокращения будущего. Стиль жизни трудоголика компульсивен и дисфункционален: трудоголик работает, посвящает себя чему-то не потому, что хочет этого, а потому что *должен* (курсив – И. Ялома). Досуг сопряжён с тревогой и нередко ярко заполняется какой-либо деятельностью, дающей иллюзию достижения. Таким образом, процесс жизни отождествлён с процессом «становления», или «делания»; во время, не употреблённое на «становление», жизни нет, а есть ожидание её начала» [98, с. 138-139]. И. Ялом описывает случай пациента Филиппа, который «был закоренелым трудоголиком... Его удовлетворённость жизнью была невелика: работа давала ему стабильность, но не доставляла удовольствия. Он работал не потому, что хотел, а потому что должен был работать, чтобы ослабить тревогу... Филипп внезапно оказался безработным (из-за банкротства компании) и, в силу своего возраста и высокого служебного статуса, – без шансов найти работу. У него развилась тяжёлая тревога, и на этой стадии он обратился за психотерапевтической помощью» [98, с. 235-236]. Вот как описывает автор результаты терапии: «Он (пациент) достиг близости с

¹ Первое сообщение опубликовано в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии», том XIX, № 1.

² На этом примере мы видим, что хотя порой некая работа и не приводит к какой-либо цели, и в ней нет никакого смысла, структурировать время она, несомненно, помогает.

другими, какой никогда не знал прежде. Его отношение ко времени разительно изменилось: он уже не видел во времени врага, которого надо не замечать или убивать. Теперь, когда свободное время шло день за днём, Филипп начал смаковать его и наслаждаться им. Он также познакомился с иными, давно пребывавшими в спячке частями собственной личности и впервые за многие десятилетия позволил некоторым своим творческим импульсам выразиться в живописи и литературе. Проведя восемь месяцев без работы, Филипп получил новую и непростую должность в другом городе. На нашей последней сессии он сказал: «За последние несколько месяцев я побывал в преисподней. Но знаете, что я вам скажу: «Как бы это ни было ужасно, я рад, что не нашел работу сразу же. Я благодарен, что вынужден был пройти через всё это». Филипп осознал: жизнь, посвященная сокрытию реальности, отрицанию смерти, ограничивает себя и в конечном счете омертвляет сама себя» [98, с. 235-238].

«Чрезмерная увлечённость работой, – считает Р. Скиннер, – выполняет для нас и ряд других функций, в которых мы, может быть, и не хотим открыто признаться. Например, я думаю, она даёт людям чувство цели, не так ли? Я хочу сказать, что самые трудные вопросы в жизни: зачем мы здесь, что мы за люди, правильно ли мы строим свои отношения с теми, кого любим, – настолько пугают нас, что мы зачастую предпочитаем от них отворачиваться... Но работа помогает нам организовать своё время, разве нет? Она помогает нам преодолевать то ощущение беспокойства, которое порой охватывает нас в выходные, когда нам не нужно ничего делать... Утрата этой организованности является основной причиной затруднений, которые испытывают многие, выходя на пенсию, когда они не знают, что им делать со свалившимися на них свободой, простором и незанятым временем... Очень многие очень занятые люди являются такими потому, что не могут быть не занятыми. Они боятся покоя» [68, с. 126]. В основе безумной занятости людей в наше время часто лежит неплодотворная активность как реакция на тревогу, острую или хроническую, сознаваемую или бессознательную. В своей широко известной статье «Случай Эллен Вест» Людвиг Бинсвангер приводит отрывок из дневниковых записей этой пациентки, в которых она превозносит благость работы: «Чем мы были бы без работы, чем стали бы? Мне думается, вскоре пришлось бы расширять кладбища из-за добровольно избравших смерть. Работа – это опиум для страдающих и сражённых горем... О работа, ты – благословение нашей жизни!.. О, заглуши робчущие голоса работой!» [13, с. 364-365]. «Полнота профессиональной деятельности, – по мнению В. Франкла, – не

идентична смысловой полноте творческой жизни. Невротик пытается подчас спастись от большой жизни бегством в профессиональную деятельность. Однако подлинная бессодержательность и пустота его жизни обнаруживаются сразу же, как только его профессиональная активность на какое-то время прерывается: а именно в выходные дни!.. Но человек, который является только человеком-рабочим и ничем другим, крайне нуждается в суе выходные дни, чтобы чем-то заполнить внутреннюю пустоту, поскольку именно в выходные, когда останавливается темп рабочей недели, бедность содержания его жизни становится очевидной» [76, с. 128]. Стремясь избавиться от одиночества интенсивной работой (если она не творческая), некоторые пытаются заполнить пустоту, образовавшуюся из-за отсутствия осмысленной деятельности и лишений, вызванных уединением и отстранением от непосредственного живого общения с людьми. Бурная, лихорадочная деятельность как нельзя лучше помогает человеку подавить в себе невыносимое ощущение собственной беспомощности [80, с. 117]. «Поскольку, однако, пустоту бытия – тем более что её не удастся ощутить как таковую – никогда не заполнить полнотой сущего, – читаем мы в опубликованной в 1954 г. работе Мартина Хайдеггера «Преодоление метафизики», – то для бегства от пустоты остаётся только одно – непрестанная организация сущего ради постоянной возможности его упорядочения как формы обеспечения обесцеленной деятельности. В этом аспекте техника, стоящая без своего ведома перед пустотой бытия, есть упорядочение недостатка. Повсюду, где сущего нехватка, техника должна быть на подхвате для создания заменителей и для исчерпывающего израсходования сырья. По сути, однако, «заменители» и массовое производство эрзац-продуктов – не временный выход из положения, а единственная возможная форма, в которой воля к воле, «исчерпывающее» обеспечение порядка всеобщего упорядочения, держится на плаву и может таким образом «сама» оставаться «объектом» всего... Этот круговорот потребления ради полного израсходования есть уникальный процесс, отличающий историю мира, который превратился в не мир. «Руководящие натуры» суть те, которые в силу безошибочности своего чутья позволяют, чтобы этот процесс уполномочил их в качестве своих управляющих органов. Они – ведущие уполномоченные внутри деловой операции исчерпывающего потребления сущего на службе обеспечения пустоты бытийной оставленности» [82, с. 190].³ «В противоположность рабу, – подчёркивает Томас Сас, – свободный человек сам устанавливает сроки и объём работы (по крайней мере иногда) и трудится,

³ И все это, – писал Герман Гессе в ставшем в свое время культовым романе «Степной волк», – будет служить людям лишь для того, чтобы убежать от себя и от своей цели, спутываясь все более густой сетью развлечений и бесполезной занятости» [25, с. 126].

пока не достигнет удовлетворительных результатов. Тогда он может остановиться, не испытав утомления, и насладиться плодами своих трудов» [61, с. 250]. Сальвадор Дали приводит мнение каталонского философа Франсиско Пухольса: «Величайшая мечта человека в плане общественном есть священная свобода жить без необходимости работать». А вот как он сам формулирует эту же проблему: «Думаю, самая пленительная свобода, о какой может только мечтать человек на земле, в том, чтобы жить, если он того пожелает, не имея необходимости работать» [28, с. 139].

Э. Фромм показывает, что исторически, по мере того, как люди начинали чувствовать себя всё более и более изолированными и колеблющимися, они испытывали всё более сильно выраженные ощущения беспокойства и незащищенности. Это подготовило почву для укоренения некоторых черт характера, сопровождавших развитие капитализма: боязнь «потерять время зря» и связанное с ней лихорадочное заполнение свободного времени какими-то занятиями; возведение эффективности в ранг добродетели (при этом без единой остановки для вкушения его плодов) и всё пронизывающее стремление к соперничеству. Все эти черты... изначально произросли из чувства обеспокоенности и вследствие этого являются невротическими по своей сути [68, с. 192]. Первостепенным интересом такого человека являются деньги и успех; он не отдаёт себе отчета в том, что его самые важные человеческие возможности остаются нереализованными, и он утрачивает себя в процессе поиска того, что кажется ему наилучшим для него [81]. Характеризуя особенности трудовых отношений в эпоху постмодернизма, Жан Бодрийяр констатирует: «Теперь взаимозаменяемым сделался сам трудовой процесс: это подвижная, поливалентная, прерывистая структура интеграции, безразличная к какой бы то ни было цели, даже и к труду в его классическом операторном понимании, занятая лишь тем, чтобы поместить каждого в социальную сеть, где ничто не направлено ни к чему, кроме имманентности самой этой операциональной разметки, которая безразлично служит как парадигмой, склоняющей всех индивидов относительно одного общего корня, так и синтагмой, соединяющей их посредством бесконечной комбинаторики. Такой труд – даже и в форме досуга – заполняет всю нашу жизнь как фундаментальная репрессия и контроль, как необходимость постоянно чем-то заниматься во время и вместе, предписанных вездесущим кодом. Люди всюду должны быть *приставлены к делу* (курсив – Ж. Бодрийяра) – в школе, на заводе, на пляже, у телевизора или же при переобучении: режим постоянной всеобщей мобилизации. Но подобный труд не является производительным в исходном смысле слова: это не более чем зеркаль-

ное отражение общества, его воображаемое, его фантастический принцип реальности. А может, и влечение к смерти» [16, с. 62].⁴ По мнению М. Бубера, «машины, изобретённые для того, чтобы служить человеку-работнику, сделали его своим рабом. Они задуманы всего-навсего как инструмент и некий придаток человеческих рук, но человек сам стал их придатком и одной из снующих взад и вперёд мелких деталей» [19, с. 193].

Для многих людей, страдавших от недостатка любви и эмоциональной защищенности в детстве, деньги становятся их заменителем, источником ощущения безопасности и вознаграждением, над которым они обладают полной властью. Это одна из причин, почему многие люди не испытывают ощущения довольства; они никогда не могут удовлетворить свою потребность в деньгах, которая в основе своей является эмоциональной [168, с. 229].⁵ «Жадность, – пишет Л. Бинсвангер, – стремясь насытиться, не может заполнить экзистенциальную пустоту, но только на мгновение притупляет ее; это может означать лишь краткую отсрочку на этом пути, взлет прочь от смерти лишь на мгновение» [13, с. 456]. Ж.П. Сартр писал, что скупость – «это лекарство, которое врачует наши внутренние раны, но в итоге отравляет организм» [60, с. 341-342]. «Взгляните, – призывает нас А. Шопенгауэр, – как иные в безустанной работе с утра до вечера с трудолюбием муравьев хлопчут о приумножении уже накопленного богатства! Вне узкого кругозора потребных для этого средств они ничего не знают; дух их пуст, а потому ни к чему иному невосприимчив. Высшие наслаждения, духовные, для них недоступны, и тщетно они стараются заменить их, позволяя себе от поры до времени мимолетные наслаждения, требующие мало времени и много денег» [88, с. 21-22]. «Понятие денег, – подчеркивает О. Шпенглер, – становится полностью абстрактным. Они уже не *служат* пониманию экономического обмена, а подчиняют своему *собственному* развитию весь товарообмен. Они уже не сравнивают вещи друг с другом, а сопоставляют их с *собой* (курсив – О. Шпенглера) [90, с. 123].... В конце концов, деньги становятся формой духовной энергии, в которой концентрируется воля правителей, политические, социальные, технические формообразующие силы, тоска по жизни высокого полета» [90, с. 642]. Отметим также, что в Библии не говорится, что в деньгах корень всех зол. Он – в любви к ним.

«Когда люди удивляются, почему успех несколько не прибавил им чувства защищенности, – заметила К. Хорни, – они лишь показывают своё психологическое невежество, но сам факт, что они так думают, указывает, до какой степени успех и престиж общепризнанны в качестве мерила благопо-

⁴ Французский философ, социолог и культуролог Жан Бодрийяр скончался в Париже 6 марта 2007 г.

⁵ Рассмотрение концепции анального характера по З. Фрейду оставим за рамками данной статьи.

лучия» [83, с. 51]. «Причиной того, почему успех становится такой манящей мечтой, – указывает К. Хорни, – является его воздействие на наше чувство самоуважения. Другие нас оценивают не только по степени нашего успеха; волей-неволей наша собственная самооценка следует по тому же пути... Под давлением существующей идеологии даже абсолютно нормальный человек считает, что его значимость напрямую связана с успехом, сопутствующим ему. Нет надобности говорить о том, что это создает шаткую основу для самоуважения» [84, с. 202]. Современный человек, по мнению Э. Фромма, «может умиротворять свой ум утешительными и примирительными идеологиями. Он может пытаться бежать от своего внутреннего беспокойства, погружаясь без остатка в удовольствия или дела. Он может пытаться отменить свою свободу и превратить себя в инструмент внешних сил, топя в них своё Я. Но он остается неудовлетворенным, тревожным и беспокойным» [81, с. 50]. По мнению Эмми ван Дерцен, «существует много мужчин и женщин-профессионалов, живущих такой, сосредоточенной вовне, жизнью. Даже если они и могут регулярно находить время для себя, это время, как правило, проводится за чте-

нием газет или другими занятиями, позволяющими им оставаться всецело связанными с этим внешним существованием. И когда они внезапно сталкиваются лицом к лицу с болезнью или смертью тех, кого они любят, или же со своим собственным поражением, связанным со старением, или потерей работы, или болезнью, или несчастным случаем, они могут ощутить себя абсолютно потерянными в вакууме собственного одиночества» [29, с. 240]. И, видимо, справедливо замечает известный литературовед и переводчик, доктор филологических наук, ведущий научный сотрудник Института высших гуманитарных исследований Российского государственного гуманитарного университета (РГГУ) (Москва, Россия) С.Н. Зенкин во вступительной статье к книге Жана Бодрийяра «Символический обмен и смерть»: «Философия веками размышляла о бытии, а в последние два столетия – также (и всё больше) о небытии, но сегодня ей пришлось столкнуться с новым предметом, симулятивным псевдобытием. Каким может стать познающий субъект этой новой проблемы, способный осуществить себя во времени симулякров, – пока не совсем ясно» [33, с. 40].

* * *

В состоянии бодрствования у нас есть общий мир, но во время сна, как и в страсти, эмоциональных состояниях, чувственном вожделении и в опьянении, каждый из нас отворачивается от общего мира и поворачивается к своему собственному.

Гераклит (537-475 гг. до н.э). (цит. по [14, с. 314])

А вот и самый распространённый способ структурирования времени. «Состояние опьянения, – замечает И.С.Павлов, – рвёт жёсткую связь внутреннего мира человека с его реальностью, даёт внутреннему миру своеобразную автономию, и он может программировать свое внутреннее состояние по своему желанию, потребности...» [49]. «Изменение настроения, – по мнению З. Фрейда, – является самым ценным, что доставляет человеку алкоголь и в силу чего этот «яд» не для каждого является одинаково ненужным. Весёлое настроение, эндогенно возникшее или токсически вызванное, уменьшает задерживающие силы и скрытую за ними критику и делает, таким образом, вновь доступными источники удовольствия, над которыми тяготел запрет» [77, с. 129].

Приведем наблюдение поэта И. Бродского: «Мы надзираем за тем, что происходит у нас внутри; так

сказать, доносим нашей совести на наши инстинкты. А затем себя наказываем. Когда мы осознаём, что наказание несоразмерно свинству, обнаруженному в собственной душе, мы прибегаем к алкоголю и топим в нём мозги» [17, с. 23]. «Алкоголь побеждает депрессию, – констатирует Р. Мэй, – и, может быть, необходим в постиндустриальной цивилизации, однако, если кто-то употребляет его регулярно, чтобы освободиться от торможения, он, видимо, неясно понимает свою проблему» [46, с. 50]. «Вино, – писал А.И. Герцен, – оглушает человека, даёт возможность забыться, искусственно веселит, раздражает; это оглушение и раздражение тем больше нравятся, чем меньше человек развит и чем больше сведён на узкую, пустую жизнь» [24, с. 29].⁶

Что же касается наших пациентов, прекративших по тем или иным причинам употребление спиртного

⁶ Из в основном верного наблюдения А.И. Герцена бывают, однако, и исключения. Вот как описывает писательница Людмила Улицкая отношения с алкоголем академика медицины П.А. Кукоцкого: «Потом Павел Алексеевич уходил к себе, допивал в течение вечера бутылку, оставляя на два пальца от дна утреннюю дозу. Это была теперь его форма борьбы со временем, печальная попытка его уничтожения [73, с. 479]... Всякий раз, когда его круговая тревожная мысль подходила к этому месту, он открывал свой портфель и делал большой глоток из фляги, обтянутой брезентом... Гидроксильная группа (–ОН) около насыщенного атома углерода, голубушка, привычным образом защищала его от неприятностей внешних и внутренних...» [73, с. 622-623].

го, то многие так называемые «исцелённые» алкоголики часто представляют собой не слишком вдохновляющую компанию; они сами, скорее всего, понимают, что жизнь у них скучная, жалуются на пустоту и смутное недовольство, ощущают будничный ужас невнятной, пустой и безысходной повседневности [10, с. 39]. Для некоторых категорий наших сограждан представляется очень подходящим высказывание, приписываемое Б. Шоу: «Алкоголь – это анестезия, позволяющая перенести операцию под названием жизнь». Видоизменяя знаменитый афоризм Вольтера, можно было бы также сказать в применении к определённым людям: «Если бы алкоголя не было, его следовало бы выдумать». И, видимо, правильно поступают правительства многих стран, не запрещая производство и продажу этого универсального адаптогена, несмотря на все очевидные негативные последствия его применения. Если бы не алкоголь, то некоторые люди, возможно, занимались бы более деструктивной для себя и для окружающих деятельностью, в попытках избежать скуки.

«Одним из основных свойств алкоголя, возводящих проблему потребления спиртных напитков в ранг социальных, – подчеркивает Э.С. Бехтель, – является облегчение интерперсональных отношений... Эйфоризирующий эффект алкоголя, наслаиваясь на позитивный эмоциональный радикал, возникающий при удовлетворении личностной потребности, усиливает его и тем самым создает иллюзию более полного удовлетворения потребности» [12, с. 42-43]. «Многочисленное общество, к общему удовольствию, – заметил А. Шопенгауэр, – возбуждается к взаимному обмену мыслей и искреннему участию, коль скоро на всех, сразу и одинаково, подействует что-нибудь объективное, будет ли это опасность, или надежда, или какая-нибудь весть, или редкое зрелище, сценическое представление, музыка, или что-нибудь подобное. Ибо всё это, пересиливая все частные интересы, порождает всеобщее единство настроения. За недостатком такого объективного воздействия обыкновенно прибегают к субъективному, и потому-то бутылки – обычное средство для приведения общества в одинаковое настроение духа» [88, с. 144]. «Уход некоторых людей в «алкогольную субкультуру», – считают Ц.П. Короленко и В.Ю. Завьялов, – можно объяснить тем, что потребность сохранить социальное здоровье не реализуется у них в сложных и высокоспециализированных формах групповой активности в «высоких слоях» культуры, поэтому они пытаются реализовать её в алкогольных группах, к которым приспособиться гораздо проще, и где легко, хотя бы на короткое время и даже ценой здоровья, испытать иллюзорные чувство общения, «групповой сплоченности» [39, с. 117].

По мнению известного польского психиатра А. Кемпински, «боль существования» (*dolor existentialis*), которая, вероятно, является специфической человеческой чертой, человек всегда стремился ка-

ким-то способом уменьшить; и одним из старейших и простейших способов этого был и остается алкоголь» [37, с. 166]. Автор описывает различные стили «польского» (близкого к отечественному) пьянства, в том числе героический и самоубийственный. «Героический тип выпивок, – отмечает А. Кемпински, – требует больших количеств алкоголя. Лишь тогда достигается чувство своей силы и готовности к великим делам, которые обычно в наших условиях кончаются хулиганскими выходками» [37, с. 168]. «Одним из многих мотивов польского пьянства, – поясняет далее А. Кемпински, – является скука. Скука имеет много причин, но всегда в её основе находится негативная установка к тому, что нас окружает. В этом плане она подобна явлению, по-видимому, противоположному спешке. Скучающий человек хочет выпрыгнуть из того, что его актуально окружает – настоящее время становится для него помехой... Одним из способов снижения нервного напряжения и хотя бы временного освобождения от чувства скуки и спешки является алкоголь. Благодаря ему, можно на короткое время выпрыгнуть из настоящего времени, которое неприятно раздражает» [37, с. 172-173].

И.Н. Пятницкая отметила, что в состоянии опьянения «нарушается темп движения мысли. Отчасти это подтверждается темпом речевой продукции» [54, с. 61]. Очень важно сознавать, что определённые стороны человеческой жизни сохранились неизменными, какими они были многие тысячелетия назад, несмотря на совершившуюся за это время эволюцию. Они не поддались воздействиям природной среды и социального окружения [10, с. 332]. Стремление к опьянению в алкогольной группе возвращает человека к первобытному состоянию и является защитным механизмом, ибо при актуализации коллективного бессознательного как бы исчезает опасность. «Эгоизм секты, – замечает Пьер Жане, – явление очень интересное. Это – способ замаскировать личный эгоизм, говоря, что любишь группу, частью которой являешься и от которой получаешь выгоду. Этот вид эгоизма всегда имеет одну и ту же причину: психическое ослабление. А когда речь идёт о себе самом, объект деятельности наиболее ограничен» [31, с. 175]. По мнению Э. Фромма, «личность, чьё развитие было заблокировано, вынуждена обращаться к примитивным и иррациональным системам, которые в свою очередь продлевают и усиливают ее зависимость и иррациональность» [81, с. 54]. «У тех, кто использовал алкоголь и наркотики, – констатирует Дейл Р. Меерс, – к психологическому повреждению функции эго добавились фармакологические поражения, так как они биологически подрывали проверку реальности магическим мышлением, индуцированным наркотиками» [43, с. 165].

«Можно предположить, – считает Э.С. Бехтель, – что в состоянии опьянения активизируются прежние ассоциативные связи, сформированные лич-

ностью на основе прошлого алкогольного опыта, стереотипа поведения, выработанного в периоды предшествующих опьянений, которые не проецируются в сознание трезвого человека и в обычное время прочно угнетены. Это целая система связей, установок, ценностных ориентаций, свой особый мир, где уровень самоуважения высок, где существуют иные способы самовыражения и самоактуализации. Она актуализируется и проецируется в сознании (измененное алкоголем) только в состоянии опьянения [12, с. 177].... Отмечается так называемая символическая самоактуализация – удовлетворение с помощью алкоголя самых разнообразных потребностей человека. Нарушение стратегии социального взаимодействия вызвано тем, что в трезвом состоянии зависимый пациент не может приспособиться к реальности. В этом случае опьянение означает субъективную корректировку «хронически ошибочного действия».

Нарушенная личная и социальная идентичность проявляется в дефектах коммуникативных способностей индивида, становится существенным признаком начинающегося злоупотребления спиртными напитками. «Бегство в опьянение» позволяет индивиду, по крайней мере, в собственном воображении, представить себя более соответствующим своим ценностным представлениям, более адаптированным к требованиям и условиям социальной среды [12, с. 41].... Таким образом, психотропное действие алкоголя сводится к снятию эмоционального и физического напряжения, регулированию психосоматического состояния, моделированию зоны комфорта, эйфоризирующему эффекту; социально-психологическое действие – к облегчению общения, решению межличностных конфликтов.

Свойства алкоголя, определяющие его социально-психологическую роль и объясняющие столь широкое распространение спиртных напитков, не являются позитивными и несколько не умаляют негативных последствий пьянства» [12, с. 48].⁷

«Контраст, – по мнению Л. Бинсвангера, – существует уже в самом Дионисе и его грандиозных пирах. Дионис, с одной стороны, спаивающий поставщик вина, утешающего в скорби и печали, освобождающего и исцеляющего, восторгающего смертного, несущий радость, танцор, необузданный любовник, но, с другой стороны, он также принадлежит к сфере уничтожающего, безжалостного, вечной ночи» [13, с. 611]. «В хронических случаях интоксикации, – замечает Л. Бинсвангер, – дело заключается не в «компульсивном воображении», а в частично соматической, т.е. метаболически обусловленной, потребности, которая может более или менее быстро и более или менее постоянно находить своё временное удовлетворение. В случаях, где нет заверше-

ния, как у тех алкоголиков, которые, несмотря на то, что пьяны до бесчувствия, продолжают механически пить, представлена не компульсия, а гораздо более сильное изменение – как правило, по моему опыту, шизофреническое... У очень многих наркоманов это не только соматически обусловленная потребность, но в то же время потребность в заполнении экзистенциальной пустоты или вакуума» [13, с. 491].

Говоря о своей концепции экзистенциальной одержимости, этот автор ссылается на работы В.Е. фон Гебсаттеля: «В токсикомании он видит лишь крайний, клинически особенно поражающий случай универсальной экзистенциальной одержимости, жертвой которой становится «заторможенный в решениях» человек. Однако под термином «заторможенный в решениях» он понимает не «витальную заторможенность» и не инстинктивную заторможенность во фрейдовском смысле, а модификацию временной структуры *бытия – в – мире* в смысле определённого «расстройства становления», или, как говорим мы, экзистенциального созревания. Фактор повторения для него является контролирующим временную структуру экзистенциальной одержимости». И далее следует прямая цитата из В.Е. фон Гебсаттеля: «Человек с аддикцией, теряющий контекстуальную продолжительность его внутренней жизни-истории, поэтому существует только в прерывистой фрагментации, в моменте иллюзорного наполнения, т.е. он живет от одного момента к другому, но, в конце концов, не может удовлетвориться ни в одном моменте. Ему редко удастся скрыть пустоту настоящего с помощью наслаждения, ощущения интоксикации, выигрыша, успеха и т.д., когда он уже «схвачен» нереальностью своего переживания в форме неудовлетворения и похмелья, непреодолимо вынуждающих к немедленному повторению его действий. Человек в состоянии мании всегда делает одно и то же, переживает одно и то же и никуда не движется посредством пережитого на опыте имманентного времени» [13, с. 492].

Описывая наиболее привлекательные национальные черты русского «народного» характера писатель Г. Чхартишвили отмечает их оборотную сторону: «Решкой» душевной щедрости, размаха и немелочности, которыми у нас так любят гордиться, является склонность к анархии и ослабленный инстинкт самосохранения. Обратная сторона отзывчивости и активной сострадательности – непонимание смысла приватности, а стало быть, неуважение к личности, как чужой, так и своей. В сочетании (да ещё при передозировке) эти национальные черты могут трансформироваться в мощный саморазрушительный импульс, проявляющийся в стихийном «луддизме» и безудержном пьянстве, которое само по себе уже является типом суицидального

⁷ Что касается наркотических средств, то они не просто весьма «эффективно» структурируют время, а трагическим образом переструктурируют вообще всю жизнь наркомана и его окружения.

поведения и действительно во все времена несло ответственность за большинство российских самоубийств» [86, с. 203-204].

В последнее время активно изучаются формы и способы наркотизации и алкоголизации в зависимости от различных социальных и этнокультуральных факторов [2, 55, 65, 67]. Несмотря на действительно имеющиеся в связи с этим некоторые различия, мы полностью согласны с мнением академика П.И. Сидорова: «Алкоголизм – интернациональное заболевание, которое стирает этнические различия и традиции, на смену которым приходит болезнь» [66]. После многолетнего общения с зависимыми от алкоголя пациентами разных национальностей у нас сложилось впечатление, что советской власти все-таки удалось реализовать широко декларируемое обещание создать «новую историческую общность людей – «Советский народ», правда, в

строго ограниченном пространстве, а именно, среди алкоголиков. Особый интерес представляют в этом отношении не имеющие зарубежных аналогов группы собутыльников в кооперативных гаражах, где стирались не только национальные различия, но и не имели никакого значения также образовательный уровень и социальное положение. Если по существующей ранее у нас в стране классификации алкоголизма взаимоотношения членов этих групп с алкоголем могли оцениваться как донозологические формы зависимости, то по применяемой в Европе классификации по Jellinek это был уже б- и β-алкоголизм [159, с. 173]. Некоторые мужчины проводили в этих компаниях многие вечера, а нередко и большую часть выходных дней. Подобное времяпрепровождение пусть и в извращенной форме, но своеобразным образом, всё же, структурировало время.

* * *

В сущности даже развитой надежды есть что-то такое, что делает её самым детским из всех качеств эго, а её подтверждение в наибольшей мере зависит от милости судьбы, поэтому религиозное чувство побуждает взрослых к восстановлению надежды в периодической просительной и, в известной мере, ребяческой молитве, обращенной к невидимым всемогущим силам.

Эрик Эриксон «Трагедия личности» [92, с. 107]

Как один из вариантов структурирования времени можно, вероятно, рассматривать и отправленные религиозных обрядов, тем более, что многочасовые молитвы в некоторых конфессиях, несомненно, помогают «убить время». «Религия есть то, – определял Цицерон, – что предопределяет заботу и почтение по отношению к некоей высшей сущности, которую обычно называют божественной» (цит. по [95, с. 193]). «О «религиозном» человеке, – по мнению М. Бубера, – говорят как о таковом, которому нет нужды состоять в отношении к миру и существам, поскольку ступень социального, которое определяется извне, преодолена здесь благодаря силе, действующей единственно изнутри» [21, с. 76]. «Один тот факт, что этих определений [религии] так много и что они так отличны друг от друга, послужит пока достаточным доказательством того, что слово «*религия*» следует рассматривать скорее как собирательное имя, чем как обозначение однородного и цельного явления», – настаивает Уильям Джеймс [30, с. 31]. И продолжает: «Стремление быть, во что бы то ни стало, строго «научным» или «точным» в терминах обнаруживало бы только непонимание задачи. Вещи могут быть в большей или меньшей степени божественными, душевные состояния в большей или меньшей степени религиозными, реагирование – более или менее полным, но границы здесь неопределенны, и всё решается относительной интенсивно-

стью и значительностью явления» [30, с. 40]. «Под религиозным же в строгом его смысле, – пишет М. Бубер, – мы понимаем отношение человеческой личности к абсолютному, когда и поскольку личность вступает в это отношение и в нем пребывает как нечто целое» [20, с. 513]. По определению О. Шпенглера, «Бог – это прибежище человека, спасающегося от судьбы, которую можно почувствовать, испытать, но невозможно помыслить, представить и отыскать для нее название» [90, с. 343]...

«Спасение» и «избавление» являются основными понятиями любой религии и вечным желанием любого бодрствующего существа. В своём общем, почти дорелигиозном смысле, это желание означает стремление к освобождению от страхов и мук бодрствования, к *разрядке от напряжения* зарождающегося мышления и размышления, к избавлению от сознания собственного одиночества во Вселенной, от осознания костной обусловленности всего природного и от взгляда на неотвратимую границу бытия: старость и смерть» [90, с. 340].

Согласно наблюдениям П. Жане, «...многие ищут лишь подчинения, рабства: они ищут кого-то, кто будет ими руководить, командовать, ими заниматься. Это постоянная потребность и есть, если не ошибаюсь, истинное начало религий.

Религии вырастают из потребности в руководстве, вожде, который бы находился среди нас самих

незримо, даже когда мы одни; это потребность в свидетеле, социальном взгляде, в ком-то, кто нас вдохновляет, одобряет наши действия. Религии использовали и развивали это чувство во многих направлениях [31, с. 142]... Мы имеем дело с особо деликатным поведением, развивающимся в психике человека и играющим всё более важную роль: не с моторными реакциями, а с верованиями. Мы живём нашими верованиями, наши действия опосредованы ими. Верования наполняют нашу жизнь. Однако они хрупкие и не фиксированы в нас, имеют довольно размытые границы и существуют только через слова. В веровании есть обещание действия, которое будет выполнено позже; но многие верующие совершенно спокойны, они знают прекрасно, что платить по счетам придётся не скоро, что им не надо идти на костер инквизиции. Они называют себя верующими, ничего не боятся, и вера их поверхностна» [31, с. 230].

Пауль Тиллих обращает наше внимание на то, что «с точки зрения реалистичного самоутверждения религиозное рвение часто приходится воспринимать с некоторым подозрением. Ведь нередко мужество быть, создаваемое религией, есть не более чем желание человека ограничить собственное бытие и закрепить это ограничение властью религии. И даже если религия не подталкивает человека к патологическому самоограничению или не поддерживает такое самоограничение прямо, она способна ограничить открытость человека к реальности, прежде всего к реальности самого себя» [72, с. 54-55].

В.Д. Менделевич описывает так называемую «религиозную аддикцию»: «Религиозная зависимость, как и любая другая, становится одним из способов бегства от тревоги ответственности, необходимости решать свои личностные и духовные проблемы» [59, с. 506]. «Религией, – пишет О. Шпенглер, – мы называем бодрствование живого организма в те моменты, когда он преодолевает, побеждает, отрицает и даже уничтожает существование» [90, с. 339]. «В каждой стране и в каждую эпоху, – говорил Джефферсон, – священник был врагом свободы. Он всегда в союзе с деспотом, оправдывая его злоупотребления в обмен на защиту им своих собственных» (цит. по [62, с. 12]).⁸

«В план этой работы, – пишет З. Фрейд в статье «Будущее одной иллюзии», – не входит рассмотрение истинности религиозных учений. Нам представляется достаточным установить их психологическую природу как иллюзию» [78, с. 506]. И продолжает: «Если уж кто-нибудь довёл себя до того, что без критики принимает все абсурды, преподносимые ему религиозными учениями, и даже не замечает противоречий между ними, то нам уже нечего удив-

ляться слабости его мышления» [78, с. 518]. «По-вашему, русский народ самый религиозный в мире: ложь! – писал Н.В. Гоголю в 1847 г. В.Г. Белинский. – Основа религиозности есть пиетизм, благоговение, страх божий. А русский человек произносит имя божие, почесывая себе кое-где. Он говорит об образе: *годится – молиться, не годится – горишки покрывать* (курсив – В.Г. Белинского). Приглядитесь попристальней, и вы увидите, что это по натуре глубоко атеистический народ. В нём ещё много суеверия, но нет и следа религиозности» [6, с. 7].

По мнению Ф.В. Кондратьева, «у очень многих россиян, считающих себя верующими, сосуществует какая-то смесь суеверий и язычества, что делает их легко податливыми складно, «мистически» изложенным «учениям». Русский народ не привык к религиозному плюрализму, религиозно ищущий человек в недоумении: если такой разноречивой среди учителей веры, то где же истина?..» (цит. по [34, с. 502]). «Наличие массы проповедников различных религий, – утверждает Ф.В. Кондратьев, – не только разрушает атеистический менталитет «*homo soveticus*», но и не заполняет его ранее традиционным для этноса содержанием, что фактически усиливает его восприимчивость к псевдонаучным и квазирелигиозным верованиям, которые всё более смешиваются между собой» [38]. Более того, в России, по свидетельству экспертов и лиц, участвовавших в некоторых программах, они способны нанести вред психическому здоровью их участников, при этом нередко являются филиалами тоталитарных деструктивных культов зарубежного происхождения [4]. Следует заметить, что имеющие достаточно широкое распространение в нашей стране среди зависимых лиц группы так называемых Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН) и т.п. в значительной степени основаны на вере в неопределяемую конкретно «высшую силу». Описаны даже духовные поиски как вариант уже нехимической аддикции [53].

И всё же в некоторых случаях позитивная роль религии несомненна. «Речь идёт не о религиозных верованиях, а об опыте, – замечает К.Г. Юнг. – Религиозный опыт абсолютен. Он несомненен. Вы можете сказать, что его у вас никогда не было, но ваш оппонент скажет: «Извините, но у меня он был». И вся ваша дискуссия тем и закончится. Неважно, что мир думает о религиозном опыте; для того, кто им владеет, – это великое сокровище, источник жизни, смысла и красоты, придающий новый блеск миру и человечеству. У него есть вера и мир. Где тот критерий, по которому вы можете решить, что эта жизнь вне закона, что этот опыт не значим, а вера – просто иллюзия? Есть ли, на самом деле, какая-нибудь луч-

⁸Значительный прогресс религиозной мысли констатирует Томас Сас: «Безусловно, добро и зло, подобно красоте и безобразию, выглядят таковыми с определенной точки зрения. Так, Жанна д'Арк, сожженная у столба в качестве ведьмы в 1431 году, была канонизирована в качестве святой в 1920-м.» [62, с. 73].

шая истина о последних основаниях, чем та, что помогает вам жить?» [95, с. 192]. Религия позволяет индивиду сохранить внутреннее спокойствие, подавить страсти и аффекты. Стало быть, вопрос о том, есть ли Бог, замещается другим: оправдана ли религия прагматически. Поскольку не вызывает сомнений ни полезность набожных чувств, ни их воздействие на жизнь людей, судьба религии оказывается зависимой от постижения человеческой природы [27, с. 413]. «Было бы мудро воздержаться от вывода, что это механизм регрессии или инфантилизма, – считает Э. Эриксон. – На самом деле это – альтернативный, пусть и более примитивный, способ решения жизненных проблем, и, следовательно, в некоторых ситуациях он представляет известную ценность для приспособления и выживания» [92, с. 134].

Одним из высокоэффективных способов структурирования времени могут быть занятия различными медитативными техниками типа йоги, доступные в силу различных причин, естественно, далеко не всем. Согласно наблюдениям К.Г. Юнга, «теперь же, с распадом ритуала (религиозного), он (индивид) стал вынужден обходиться без божественного отклика на свои поступки мысли. Вот этой-то неудовлетворённостью индивида и объясняется спрос на системы, которые обещали бы хоть какой-то ответ, явную или хотя бы поданную знаком благосклонность к нему иной силы (вышей, духовной или божественной)» [93, с. 226]. Карл Роджерс обращает внимание на ситуацию в восточных культурах, когда какой-нибудь простой житель Востока всю свою жизнь стремился к уничтожению личных желаний и достижению наивысшего контроля над собой и на идею, «которая была великолепно выражена более 25 веков тому назад Лао-цзы, который сказал: «Делать – это быть» [58, с. 212-213].⁹

«Мы всегда находимся в состоянии неустойчивого равновесия, – пишет Сатпрем в книге «Шри Ауробиндо, или путешествие сознания». – Поэтому различные индийские учения стремятся к тому, чтобы восстановить равновесие и к тому, чтобы обрести это равновесие наверху – иными словами, вновь обрести божественное сознание (йога), которое является состоянием совершенного равновесия. Для достижения этой цели все эти учения пытаются вывести нас из состояния рассеянности и бесполезной траты энергии, в котором мы проводим день за днём всю нашу жизнь, и создать в нас концентрацию настолько мощную, чтобы она могла разрушить обычные ограничения и в положенное время перевести нас в другое состояние. Эта работа по

концентрации может быть проделана на любом уровне нашего существа – физическом, ментальном или витальном... Истина заключается в том, что это «равновесие наверху» не имеет, по-видимому, никакого отношения к жизни – прежде всего потому, что конечной их целью является состояние транса или йогического экстаза, *самадхи* – абсолютное равновесие, невыразимое блаженство, в котором полностью растворяется, поглощается восприятие этого мира» [63, с. 31]. «Поэтому, когда «религиозный» метод в то же время рекомендуется в качестве метода «научного», можно быть уверенным, – писал К.Г. Юнг ещё в 1936 году, – что он найдёт на Западе широкую публику. Йога вполне отвечает этим чаяниям. Помимо притягательности всего нового и очарования полупонятного, есть ещё немало причин того, что к йоге стекаются поклонники. Прежде всего, она не только предлагает долгожданный путь, но также обладает непревзойдённой по глубине философией. Кроме того, йога содержит в себе возможность получать контролируемый опыт, а тем самым удовлетворять страсть учёного к «фактам». Более того, глубокомысленность йоги, её почтенный возраст, широта доктрины и метода, покрывающих все сферы жизни, – всё это обещает неслыханные возможности, каковые не устают подчеркивать её миссионеры... Йога представляет собой не просто механику, но имеет философское содержание. Тренируя различные части тела, йога соединяет их в единое целое, подключает их к сознанию и духу... Если любое деяние индивида является одновременно событием космическим, то «лёгкое» состояние тела (иннервация) сочетается с подъёмом духа (всеобщая идея), и благодаря такому сочетанию рождается жизненное целое. Его никогда не произвести никакой «психотехники», будь она даже самой, что ни на есть, научной. Практика йоги немислима – да и неэффективна – без тех идей, на которых она базируется» [93, с. 227-228].

«Изыскиваются образцы и формы созерцания, способные действовать, способные успокоить сердце и утолить духовную жажду, – и сокровища найдутся на Востоке... Почему бы Западу действительно не ассимилировать восточные формы?» – спрашивает К.Г. Юнг. И отвечает: «Можем ли мы облечься, как в новое платье, в готовые символы, выросшие на азиатской экзотической почве, пропитанные чужой кровью, воспетые на чужих языках, вскормленные чужими культами, развивавшихся по ходу чужой истории?... Мне кажется, что лучше уж признаться в собственной *духовной нищете* и ут-

⁹ Лао-цзы – автор древнекитайского трактата «Лао-цзы» (IV-III вв. до н.э.) – канонического сочинения даосизма. Дао – путь, закон извечного, естественного и всеобщего закона возникновения, развития и исчезновения всей Вселенной. При соблюдении принципа следования Дао возможно *бездействие*, приводящее, однако, к полной свободе, счастью, успеху и процветанию. Всякое же *действие*, противоречащее Дао, означает пустую трату сил и приводит к неудаче и гибели, так как Вселенную нельзя привести в порядок искусственным образом, для его воцарения нужно дать свободу ее природным качествам [58, с. 212].

рате символов (курсив – К.Г. Юнга), чем претендовать на владение богатствами, законными наследниками которых мы ни в коем случае не являемся» [94, с. 105-106].

«Индия, – констатирует П. Тейяр де Шарден, – увлеклась метафизикой до того, что этим себя погубила. Индия по преимуществу район высоких философских и религиозных давлений... Трудно переоценить мистическое воздействие, оказанное в прошлом на каждого из нас этим антициклоном. Но как бы эффективно эти потоки, ни освежили и не прояснили человеческую атмосферу, следует признать, что вследствие чрезмерной пассивности и отрешённости они были не в состоянии устраивать Землю. Выступив в своё время как великое веяние, но лишь как великое веяние своего времени, первоначальная душа Индии сникла» [71, с. 169-170].

Ещё одним, хотя и несколько своеобразным, путём структурирования времени могут быть эротические отношения. «Сексуальный акт, – отмечает П. Жане, – обладает важной особенностью: он требует довольно мощной мобилизации и заканчивается резко, вдруг, что приводит к значительному высвобождению сил. Сексуальный акт – один из видов триумфа с резкой остановкой и тратой сил, разливающихся по всему организму. Если люди замечают, что секс даёт им ощущение триумфа и тонуса, они будут к нему стремиться, чтобы испытать снова то же ощущение, – как пьяница, который стремится к выпивке, приводящей к мобилизации сил и временному возбуждению» [31, с. 144].

«В нашем обществе, – считает Р. Мэй, – легче обнажиться физически, чем психически или духовно, – легче делиться телом, чем мечтами, надеждами, страхами и стремлениями, поскольку они считаются более личностными, чем тело, а значит, поделившись ими, мы становимся беззащитными. По каким-то непонятным причинам мы стыдимся делиться самым для себя важным. Поэтому люди стремятся к более «безопасной» связи, сразу переходя к сексу: ведь тело – это только предмет, и его можно рассматривать механически. Однако близость, которая начинается на физическом уровне и им ограничивается, оказывается искусственной, и мы пытаемся спастись бегством от пустоты» [46, с. 15-16].

«Секс, – отмечает И. Ялом, – мощный бастион против осознания и тревоги свободы, так как мы, находясь под действием очарования секса, никак не ощущаем, что конституируем собственный мир... Компulsive сексуальность является распространенным ответом на чувство изоляции. Беспорядочное сексуальное «спаривание» предлагает одинокому индивиду сильную, но временную передышку. Она временна потому, что это не близость, а лишь

кариатура на отношения... Индивид использует другого как средство. Он или она используют только часть другого и вступают в отношения только с той частью, которая служит для удовлетворения потребностей» [98, с. 432-433].¹⁰ «Низок же тот пошлый поклонник, – утверждал Платон, – который любит тело больше, чем душу; он к тому же и непостоянен, поскольку непостоянно то, что он любит. Стоит лишь отцвести телу, а тело-то он и любил, как он «упорхнет, улетаая», посрамив все свои многословные обещания» [50, с. 92].

Вот как описывает эротические отношения Мартин Бубер: «Ты ведешь диалог и ощущаешь его в этой покоящейся одновременности. Каждый из двух людей, верных диалогу Эроса, любящих друг друга, ощущает общее событие и со стороны другого, следовательно, с обеих сторон, и только тогда они постигают это событие телесно... Вот влюбленный потерянно блуждает вокруг, а между тем он влюблен только в свою страсть. Вот кто-то носит в себе свои различные чувства, как ленты орденов. Вот наслаждается приключением, созданным его способностью очаровывать. Вот восторженно смотрит спектакль собственной мнимой готовности отдаться. Вот собирает возбуждения. Вот позволяет играть «власти». Вот пыжится жизненностью чужого. Вот испытывает удовольствие, ощущая себя одновременно самим собой и непохожим на себя идиолом. Вот греется в лучах случайно доставшихся ему. Вот экспериментирует... Мне известны «водители», которые своей хваткой не только вносят беспорядок в плазму становящегося человеческого существа, но и разлагают её полностью, лишают её пластичности, наслаждаются силой своего воздействия, но при этом внушают себе и окружающим, что они воспитывают юные души и вызывают к Эросу как к своему божественному защитнику, недоступному *profanum vulgus* (*неповященной толпе*). Все они ловят пустоту. Лишь тот, кто имеет в виду действительно другого человека и отдаётся ему, обретает в нём мир. Лишь существо, чья инакость, принятая моим существом, живёт рядом во всей своей экзистенции, приносит мне сияние вечности. Только если два человека всем своим существом говорят друг другу: «Это – ты!» – между ними пребывает сущее» [18, с. 116-117]. Приведём и замечательное, с нашей точки зрения, определение М. Бубера: «Многие прославленные восторги любви есть не что иное, как наслаждение от неожиданной полноты актуализированных возможностей своей собственной персоны» [18, с. 97]. «Любовь, – замечает Н.А. Бердяев, – есть выход из обыденности, для многих людей, может быть, единственный» [9, с. 326].

¹⁰ Описание сексуальных отношений с женщинами, которые использовались лишь для обслуживания потребностей мужчин, замечательно описаны И. Яломом в случае пациента Эдда [96, с. 59] и пациента Брюса [96, с. 215-219, с. 317-319]. Явление compulsивной сексуальности детально рассмотрено им в книге «Шопенгауэр как лекарство» [97].

Анализируя феномен Дон Жуана, Л. Бинсвангер считает, что «этот персонаж становится не символом жизни, но смерти; жадность к любви также враждебна жизни» [13, с. 460]. А вот характеристика эротической ситуации Ралфа Эмерсона: «В угоду чувственности мы отделяем, например, материальное наслаждение от потребностей сердца и ума, и наша наивность всё тшится разрешить задачу, как бы похитить чувственную усладу, чувственное могущество, чувственный блеск, помимо нравственного наслаждения, нравственной твердости и нравственной красоты» [91, с. 138].

Детально рассмотрен феномен сексуальности в русской философии конца XIX начала XX века. «В области половой любви, – отмечал Владимир Соловьев, – противоестественно для человека... *всякое* беспорядочное, лишённое высшего, духовного освящения удовлетворение чувственных потребностей наподобие животных...» [154, с. 38].

«Карамазовская похоть, – писал Лев Карсавин, – отталкивает потому, что остаётся в низинах животности, там, где для *духа* болото, усеянное польдековскими цветочками. Она низменна для духа в её отъединённости, допускаемой косою леностью духа; гнусна, как отрицающая всё, кроме себя самой. Извращённость же, изысканность, расчленение и многообразие похоти – признаки попыток достичь полноты собиранием жалких крох и создать единство отрывочно-порывистыми усилиями. Они возможны потому, что дух не находит в себе сил или не хочет объединить всё, сам разлагаясь. Разврат – распадение духа, утрата им своего единства в отрыве от того духа, который его дополняет, и от связующей их любви» [36, с. 359].

По мнению Н. Бердяева, царство карамазовщины есть царство сладострастия. Когда сладострастие становится целью, оно приводит к разврату, а тот в свою очередь – к разрушению личности [87, с. 12]. «Любовь исключительно плотская, физиологическая, столь распространённая в нашем мире, – писал Н. Бердяев, – есть фетишизм, так как в ней нет ощущения полной личности, всецелой индивидуальности... Весь смысл любви (не родовой любви) в мистическом ощущении личности, в таинственном слиянии с другим как своей родной полярной и вместе с тем тождественной индивидуальностью» [8, с. 243]. «Грязно и греховно, – пишет он далее, – делать человека или часть человека простым орудием своего естественного наслаждения, а не путём к слиянию с высшей природой. Демонизм сладострастия, связан-

ный с потерей личности и сомнением личности, давит современное поколение» [8, с. 258]. «Настоящая любовь, – читаем мы в другой работе Н. Бердяева, – есть всегда любовь к другому, разврат же есть любовь к себе. Разврат есть самоутверждение. И самоутверждение это ведёт к самоистреблению. Ибо укрепляет человеческую личность выход к другому, соединение с другим. Разврат же есть глубокое одиночество человека, смертельный холод одиночества [7, с. 278]... Разврат не есть первичное начало, гибельное для личности. Он уже есть выражение распада личности» [7, с. 280].

Бесплодные попытки занять свободное время и избавиться от скуки с помощью секса, блестяще описаны в романе Альберто Моравиа «Скука». Герой романа художник Дино томится от скуки, она гложет его, заставляет страдать. Дино надеется одолеть скуку с помощью секса, но оказывается проигравшим [45].

По нашим наблюдениям, многие мужчины, утратившие в силу своего возраста привычную сексуальную активность и болезненно воспринимающие это положение, при подведении итогов приближающейся к финишу жизни, не имея существенных поводов для гордости или не давая адекватную оценку своим действительным достижениям, оценивают свой жизненный успех количеством представительниц прекрасного пола, с которыми случались пусть даже и однократные соития.

Одним из самых распространенных способов «убивания времени» среди современной молодежи являются посещения дискотек.¹¹ Люди старшего поколения помнят, возможно, культурные мероприятия, т. наз. «танцы», где можно было не только потанцевать, но и послушать живую музыку, пообщаться с друзьями, познакомиться с новыми людьми. А вот сегодняшние «танцы»: ночные дискотеки, где можно танцевать до утра.¹² Аккомпанементом для таких «танцев» служит новая специфическая музыка под названием «рэйв»¹³ – оглушительная, пульсирующая, непрерывная, нескончаемая.¹⁴ На дискотеках громкость такой музыки достигает уровня 100-110 децибел (громкость работающих на полную мощность двигателей реактивного самолета при взлете в непосредственной близости от него составляет 120 децибел). Танцы под такую музыку сопровождаются яркими световыми вспышками лазеров с различной длиной волны, следующие друг за другом с большой частотой. Партнёр для таких танцев не требуется. Многочасовые непрерывные

¹¹ По мнению И. Ялома, «танцы – организованное собрание чужаков, аттракцион, вся прелесть которого основана на мимолетных, поверхностных впечатлениях – представляют собой искусственную ситуацию» [96, с. 434].

¹² Детальное описание ситуаций на такого рода дискотеках встретилось нам в эпатажной книге С. Минаева «Dуxless», получившей широкую известность в молодежной среде [44].

¹³ Rave (англ.) – рев, шум; бредить, говорить бессвязно, неистовствовать, выть, бушевать.

¹⁴ «Шла новая эпоха, – с горечью констатирует известный литературный критик Лев Аннинский, – рок, тяжелый рок, роковой для ценностей прежней эпохи» [3, с. 61].

танцы требуют необычайной выносливости. Часто для этой цели используется «экстази» (МДМА) или другие синтетические амфетамины – весьма простые в употреблении наркотики, которые можно практически купить, естественно подпольно, на любой дискотеке. Одна таблетка «экстази» способна заставить человека двигаться без перерыва в течение 8-10 часов. Детальное описание последствий проведения времени подобным образом сделано нами ранее [51].

В условиях несформированных эстетических потребностей у человека, имеющего проблемы со структурированием времени, среди немногочисленных имеющихся в его распоряжении возможностей проведения свободного времени наиболее часто реализуются две: просмотр многочисленных телевизионных программ и игра в домино или в карты.^{15, 16} Гиперактивность входит на сегодняшний день и в наши дома, напичканные телевизорами с их отупляющими программами. Многие обращаются к телевизору, постепенно устранив из практической реальной жизни и отдавая предпочтение этому его заменителю, посреднику [64]. По наблюдению С.М. Зубарева, «кино остаётся достаточно отстранённым от зрителя, «кастовым» явлением. В дома оно проникло только благодаря тому же телевидению (ТВ). Только ТВ удваивает, бесконечно умножает образы в реальном времени, и люди с готовностью пустили свои души в зеркальный коридор... Вакуум ламп и кинескопов вполне символичен. Сама пустота становится инструментом человеческого увеселения... Сердцевина, душа телевидения – нарциссична. Нарциссы, собирающиеся в студии, глядя в зеркала мониторов, как в поверхность воды. Но оттуда, из-под поверхности, из глубины глазят на них население, лишённое голоса... Социум замирает у зеркал нарцисса и разглядывает в них правильную жизнь. Грандиозность сотни-другой телеэкспонатов обеспечивается жизненной энергией миллионов, которые, нырнув под поверхность, перестают жить. То есть обесценивают свою жизнь до предела...

Дальнейший шаг закономерен: жизнью вообще объявляется только то, что подлежит трансляции.

Парадокс в том, что наиболее транслируемым материалом, а значит, самой наиреальнейшей ре-

альностью следует признать не поппу, не ментов, не проституток, не бандитов, не вампиров, не президентов даже, а рекламные ролики. Реклама же строится частично по законам сновидений. То есть как фантазии об исполнении желаний. «Мы этого достойны!» Но есть у рекламы ещё одна задача: привить чужие желания так, чтобы зритель принял их за свои. Чтобы, возвращаясь из суперреальности очередной рекламной паузы в обыденность, зритель ощущал, что живёт неправильно, что его бытие не настоящее... Вся Земля окутана сферой ядовитой зеркальной пыли. Это и есть телеэфир... Поэтому телевизионный мир, при всех своих претензиях, ещё дурнее реальной жизни» [35]. «Современное индустриальное общество, – отмечал Э. Фромм, – ориентировано почти исключительно на «простые стимулы»: секс, накопительство, садизм, нарциссизм и деструктивность. Эти стимулы воспроизводят средства массовой информации (СМИ) (радио и телевидение, кино и пресса).¹⁷ Их поставляет также потребительский рынок. По сути дела, вся реклама построена на стимулировании у потребителя желаний и потребностей» [79, с. 302]. «Реклама вызывает не к человеческому разуму, – заметил писатель Милан Кундера, – а к восприятию; как и любое гипнотическое внушение, она проникает в мозг человека через его органы чувств, эмоционально воздействуя на них, чтобы заставить потенциального клиента подчиниться интеллектуально» [40, с. 164]. «Современная массовая псевдокультура, – считают Е.В. Безносук и М.Л. Князева (курс психотерапии и клинической психологии Московской медицинской Академии им. И.М. Сеченова), – развившаяся как уродливое проявление технократической цивилизации, основанной на культе потребления, создает систему ложных ценностей. Активно навязываясь в СМИ и рекламе, она болезненно искажает картину мировосприятия и мироощущения, патологически влияет на психику человека. Тиражируются ложные социально-психологические и культуральные модели и социальные мифы, т.е. системы, задающие, объясняющие и передающие способы понимания, переживания и действия» [5].¹⁸ Как считает В.А. Галкин, «информация, поступающая через монитор компьютера, с экрана телевизора, даже через телефонную трубку, схематична, упрощенно формализована.

¹⁵ Естественно, речь здесь не идёт о высокоинтеллектуальных карточных играх, типа бридж, по которому даже проводятся чемпионаты мира.

¹⁶ «Мы нуждаемся, – отмечал Виктор Франкл, – в новых типах досуга, которые дадут нам возможность созерцания и размышления. Для этого человек должен иметь мужество остаться один» [75, с. 319].

¹⁷ «Эпоха масс-медиа, – замечает М.М. Решетников, – принесла не только информационную прозрачность нашего мира, она приоткрыла и темную бездну наших душ, дойдя до самых зловонных закоулков, где явно витает тошнотворный привкус крови» [57].

¹⁸ Характеризуя некоторые особенности современного массового искусства, известный психотерапевт и писатель М.И. Буянов отмечает: «В песнях мало поэзии или нежности, а в основном жажда совокуплений... Когда все стало дозволено, то любовные вопли подростков уже ничем не сдерживаются и представляют постыдное зрелище, максимально удаленное от настоящего искусства» [22, с. 103].

Она апеллирует преимущественно к формальной логике, а, следовательно, функционально связана преимущественно с левым полушарием. Как следствие минимизируются связанные с правым полушарием эмоциональность, духовность человека» [23]. Человек становится восприимчивым к упрощенным тоталитарным лозунгам и рекламному жаргону, облегчается формирование патологических связей по типу сверхценных идей. Культура и образ жизни, навязанные извне, не соответствующие архетипу, не могут соответствовать психофизиологическим паттернам, обеспечивающим соматическое и душевное здоровье [74].¹⁹ Последние два десятилетия технократическая цивилизация приобрела черты, какие и во сне не виделись предшествующим поколениям. Но на искусстве это отразилось негативно. Трижды безумный техногенный мир стремительно вытесняет искусство из жизни человека на периферию... Невиданное до этого расширение информационного поля способствует не установлению связи между людьми, а, напротив, к их разъединению... Вот поэтому сегодня в обществе востребован не художник, а телезвезда, телевизионный ведущий [70, с. 158]. «Я придерживаюсь, – писал известный международный обозреватель и дипломат Александр Бовин, – консервативных, «просвещенческих» взглядов, соответствующих моему возрасту. Телевидение, радио, газеты, книги должны, конечно, и развлекать, и информировать, но – и это общий знаменатель – должны делать людей умнее, добрее, словом, лучше. А сейчас вся эта махина работает на оглушение, принижение, озлобление человека. СМИ (средства массовой информации) превратились в СМО (средства массового оглушения)» [15, с. 748].

Заметим, однако, что телевизионные аппараты имеют свойство периодически выходить из строя; средств для их ремонта или замены у некоторых категорий граждан обычно нет. Игра в домино, костяшки которого, хотя и обладают по сравнению с телевизором завидной прочностью и надежностью, требует в связи с производимым ими шумом определенных условий для их применения. Поэтому нередко предпочтение отдается относительно простым играм, типа игр в карты. Представляется интересным, что хотя некоторые из них и предполагают денежный выигрыш, формирование зависимости в данном случае не описано. Что же это за люди, с которыми можно поиграть в привычное домино

или карты? Полное отсутствие каких-либо эстетических потребностей и интересов в жизни, ужасающая внутренняя пустота – вот их характерные черты. «Тяжёлый физический труд, – замечает (хотя и по другому поводу) Дж. Оруэлл, – заботы о доме и детях, мелкие свары с соседями, кино, футбол, пиво и, главное, азартные игры – вот и всё, что вмещается в их кругозор» [47, с. 73]. «Их внутренняя пустота, пошлость их сознания, бедность их духа, – считает А. Шопенгауэр, – стоняют их в общество, которое опять-таки состоит из им подобных: *similis simili gaudet* (лат. – *подобный радуется подобному*). Тут и начинается общая гоньба за развлечением и забавою, которых они, прежде всего, ищут в чувственных наслаждениях, в удовольствиях всякого рода и, наконец, в распутстве» [88, с. 22]. «И что же даёт большинству людей свободный досуг?» – спрашивает А. Шопенгауэр. И отвечает: «Скуку и томление, коль скоро не представляется чувственных наслаждений и дурачества, чтобы его наполнить!.. Обыкновенные люди хлопочут только о том, чтобы с к о р о т а т ь время; а кто имеет какой-нибудь талант, – чтобы в о с п о л ь з о в а т ь с я временем. Если ограниченные головы так беспощадно обречены на скуку, то это происходит, оттого что их интеллект есть не более, как м е д и у м м о т и в о в для их воли. Пока им не приходится воспринимать мотивов, воля их спокойна и интеллект празден, ибо этот последний так же мало, как и первая, способен к самостоятельной деятельности: в результате – страшный застои всех сил в человеке – скука... Потому-то и таким образом картёжная игра во всех странах сделалась главным занятием всякого общества: она – масштаб его ценности и признанное банкротство всякой мысли. За неимением мыслей они перебрасываются картам и норовят сорвать друг с друга копейку. О, жалкий род!» (разрядка – в оригинале). [88, с. 32].²⁰

«Иногда человек «устремляется в другое «убежище» времяпрепровождения в выходные – в занятия спортом, – замечает В. Франкл. – Тут он может сделать, например, вид, как будто самым важным событием в мире является то, какой футбольный клуб – победит в матче: две команды по 11 человек играют миллионы людей смотрят. В поединке боксеров участвуют только двое, но здесь борьба гораздо интенсивнее и к пассивному наблюдению здесь добавляется изрядная доля садизма. Всё это не следует ни в коей мере понимать как протест против здорового спорта. Следовало бы лишь критически

¹⁹ Именно такие люди и нужны описанной Дж. Оруэллом в романе «1984» партии «Ангсоц» для быстрого усвоения «новояза – официального языка Океании» [47, с. 9], «который должен был не только обеспечить знаковыми средствами мировоззрение и мыслительную деятельность приверженцев ангсоца, но и сделать невозможными любые иные течения мысли» [47, с. 239].

²⁰ «Но где особенно проявилась эта потребность возбуждения воли, так это в изобретении и распространении карточной игры, которая поистине служит выражением плачевной стороны человечества», заметил А. Шопенгауэр [89, с. 299–300]. Карты – игра, принципиально построенная на случайности, – по существу, вызов пониманию, согласно которому победа не должна одерживаться благодаря случайности [26].

спросить, какая внутренняя ценность существует у такого спорта» [76, с. 128-129].²¹ «Спортивный фанатизм, не имеющий отношения к настоящему спортивному азарту» – отмечал и В.А. Галкин [23].

«Человеку нового времени, – писал Мартин Бубер, – который, как мы видим, утратил чувство своей обустроенности в мире, т.е. чувство космологической безопасности, органические формы общественного бытия, сулят одомашнивание жизни, безмятежное существование в прямых связях с себе подобными и ту социологическую уверенность, которая защитит его от чувства полной заброшенности. Но теперь и эта возможность, чем дальше, тем более ускользает от него... Новые общественные формы и рожденные ими человеческие взаимосвязи – клуб, профсоюз, партия – могут, конечно, не без успеха разжигать коллективные страсти, «заполняющие» человеческую жизнь, но они не дают былого ощущения стабильности. Обострившееся чувство одиночества заглушается и подавляется деловыми заботами, но стоит человеку, оторвавшись от суеты, войти в своеобычное лоно действительной жизни, он сразу узнает всю глубину этого одиночества, а, став лицом к лицу с коренными вопросами своего бытия, изведает и всю глубину человеческой проблематики» [19, с. 192-193].

Согласно наблюдению П. Тиллиха, «тревога различных форм, потенциально возможная в каждом индивиде, в том случае становится всеобщей, если рушатся привычные структуры смысла, власти, верования и порядка. Эти структуры, пока они прочны, сдерживают тревогу в рамках защищающей индивида системы мужества быть частью. Индивид, соучаствующий в институтах и образе жизни, характерных для этой системы, не освобождается окончательно от своих личных тревог, однако получает возможность преодолеть их с помощью общепринятых методов. Но в эпохи великих перемен эти методы становятся неэффективными. Конфликты между старым, которое стремится удержаться, иногда с помощью новых средств, и новым, которое лишает старое его внутреннего авторитета, постоянно и повсюду порождают тревогу. В этой ситуации небытие двулико, оно напоминает два типа ночного кошмара (возможно, сами эти кошмары выражают осознание этой двуликости). Первый тип кошмара – тревога губительной замкнутости, невозможности убежать и ужаса быть пойманным. Другой – тревога губительной открытости, тревога безграничного, бесформенного пространства, в которое человек бесконечно падает, не зная куда. Социальные ситуации, подобные описанной выше, напоминают одновременно ловушку без выхода и пустое, темное, неизведанное место. Эти два лика одной реальности будят латентную тревогу в каждом, кто на них смотрит. А сегодня на них смотрит большинство из нас» [72, с. 48].

«Счастливее всех тот человек, которому довлеет его внутреннее богатство и который мало или вовсе не нуждается в развлечениях извне», считает А. Шопенгауэр. [88, с. 32]. И продолжает: «Между тем как жизнь остальных людей тянется глухо и тупо, так как их помыслы и стремления вполне направлены на мелкие интересы личного благополучия, почему их и одолевает нестерпимая скука, коль скоро приостанавливается преследование их обычных целей, и они остаются предоставлены самим себе; одаренный преобладающими духовными силами человек несёт осмысленное, вполне оживлённое и значительное существование. Его занимают достойные и интересные предметы, коль скоро он может им отдаться, и он носит в самом себе источник благороднейших наслаждений. Возбуждение извне дают ему творения природы и лицемерие человеческих стремлений, затем разнородные произведения высоких талантов всех времен и народов, которые собственно лишь ему вполне доступны, ибо лишь ему одному вполне понятны и осязательны. Они для него только и жили, к нему собственно обращались, меж тем как остальные лишь кое-что поняли наполовину, как случайные слушатели» [39, с. 39]. «Вот почему великие умы всех времен придавали свободному досугу высочайшую ценность, – подчёркивает А. Шопенгауэр. – Ибо свободный досуг каждого человека стоит ровно столько, сколько и сам человек. «*Videtur beatitudo in otio esse sita*» (по-видимому, *блаженство связано с досугом* – лат.), – говорит Аристотель и считает жизнь философа самой счастливою... Но обладание свободным досугом чуждо не только обычному жребию, но и обыкновенной натуре человека... Свободный досуг вскоре становится для обыкновенного человека обузой, а наконец, и мукою, если он не в состоянии его заполнить посредством искусственных и воображаемых целей, игры, развлечений и всякого рода любимых коньков. На том же основании он грозит обыкновенному человеку опасностью» [88, с. 42-43]. Виктор Франкл, известный психолог-экзистенциалист, использовал понятие «невроза выходного дня», описывая переживания человека, испытывающего тревогу перед свободными от работы (и прочих обязанностей) днями, иначе говоря, перед своим свободным временем. То, к чему цивилизация настойчиво стремилась, оказалось ахиллесовой пятой человечества – время, свободное от труда, увеличилось настолько, что возникла проблема: а на что его, собственно, употребить? Характерным выражением, своего рода приметой современности служит словосочетание «убить время» – парадоксальная для человеческого существа (как существа смертного) интенция! Если время для нас – вопрос жизни, то такого рода акции выглядят практически самоубийственными. Идеи жизни на грани сна, за-

²¹ «Спорт есть трата времени на трату сил. Ниже спортсмена только его зритель», считала М. Цветаева.

торможенного существования, запустения жизни, замирания – характерные для комплекса переживаний «невроза выходного дня» – по сути, отражают реальность утраты собственной жизненности. Убить время, в таком случае, – это попытка тем или иным способом искусственно продлить ощущение собственного существования – до того момента, когда жизнь сама охватит нас с новой, убедительной силой. В ход идут незамысловатые развлечения, поиск компании, а то и невротические защиты. Центральной темой переживаний, связанных со свободным временем, нередко является – реальное или мнимое – одиночество [32].²² Свободное время – это сбывшаяся мечта человечества. Необходимость изо дня в день тяжёлым трудом зарабатывать хлеб насущный для многих безвозвратно отошла в прошлое. Свободное время, остающееся у человека от ежеминутной борьбы за выживание, как величайший результат технического и социального прогресса человечества, становится для части наших пациентов тяжелейшим бременем, заставляет их осознать, что нет ничего, что они хотели бы сделать.

По наблюдению В. Франкла, иногда «создаётся впечатление, что человек бежит со скоростью, на какую только способен, чтобы не заметить бесцельности собственной жизни. Он пытается убежать от себя самого – но напрасно, потому что в выходные дни перед ним наиболее ярко предстают бесцельность, бессодержательность и бессмысленность его существования» [76, с. 128-129] «Вам кажется, – замечает Ошо, – будто вы впадаете в страшную бездну, в бездонную пропасть. Вас охватывает страх, и вы начинаете искать какое-нибудь развлечение, ка-

кое-нибудь занятие – что-нибудь, за что можно зацепиться. И эти люди жаждут бессмертия – они даже не знают, что делать в выходной! Только подумайте: если им действительно позволено стать бессмертными, что они будут делать?» [48, с. 55].

«Очень немногие, – замечает Честерфилд в своих знаменитых «Письмах к сыну», – умеют распорядиться с толком своим состоянием; ещё меньше тех, кто умеет распределить своё время, а из этих двух вещей последнее – самое важное [85, с. 141].... Человек обычно узнаёт как ему лучше всего использовать свое время только тогда, когда это время на исходе. Но если бы в самом начале жизни, люди только подумали о том, насколько оно ценно, и каждую минуту свою отдали в рост, невозможно даже представить себе, какие сокровища знаний и наслаждений скопила бы им эта бережливость. С сожалением оглядываюсь я на крупную сумму времени, которую я промотал в мои молодые годы, ничего не узнав и ничем не насладившись» [85, с. 217].

«Если, хотя бы однажды, – заключает Н. Рерих, – человек осознает всю ответственность свою для разумного использования времени, то это качество уже обоснуется в нём. Оно сделается той сердечною радостью, которая осветит и осенит все закоулки его жизни. Время есть делание. Время есть мысль. Во всем своём условно-земном значении время является синонимом множества полезнейших и необходимых для усовершенствования понятий. Если обсуждаются истинные ценности человечества, то, прежде всего, для обращения с ними нужно будет время прекрасно наполненное. Итак, пишу вам о времени, об использовании его, и неминуемо должен окончить словом “Прекрасное”» [56].

Литература:

1. А.Ч. Бхактиведанта Свами Прабхупада. Бхагавад-Гита как она есть. Полное издание. – М.; Л.; Калькутта; Бомбей; Нью-Дели: Изд-во «Бхактиведанта Бук Траст», 1986. – 862 с.
2. Айзберг О.Р. Транскультуральное исследование пациентов с алкогольной зависимостью в Республике Беларусь и Германии: Автореф. дисс... на соискание ученой степени к.м.н.: 14.00.45. – Минск, 2005. – 19 с.
3. Аннинский Л. Барды. – 2-е изд., доп. – Иркутск: Издатель Сапронов, 2005. – 384 с.
4. Батищев В.В., Батищева Н.В. Осторожно: новые зарубежные технологии работы с наркологическими больными // *Вопр. наркологии*. – 2005. – № 6. – С. 54–67.
5. Безносюк Е.В., Князева М.Л. Психологический анализ и психопатологические феномены современной культуры // *Рос. психiatr. журн.* – 2003. – № 5. – С. 4–14.
6. Белинский В.Г. Письмо к Гоголю. – М.: Гос. изд-во Худож. л-ры, 1956. – 30 с.
7. Бердяев Н.А. Любовь у Достоевского // *Русский Эрос, или философия любви в России: сб. ст.* – М.: Прогресс, 1991. – С. 273–283.
8. Бердяев Н.А. Метафизика пола и любви // *Русский Эрос, или философия любви в России: сб. ст.* – М.: Прогресс, 1991. – С. 232–265.
9. Бердяев Н.А. Самопознание / Самопознание: Сочинения. – М: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс; Харьков: Изд-во Фолио. 1998. – С. 249-566. Серия «Антология мысли».
10. Берн Э. Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры: Психология человеческой судьбы: пер. с англ. – Л.: Лениздат, 1992. – 382 с.
11. Берн Э. Исцеление души. Трансакционный анализ в психотерапии. – Екатеринбург: Изд-во «Литур», 2004. – 272 с.

²² Различные аспекты проблемы одиночества детально рассмотрены нами ранее [52].

-
-
12. Бехтель Э.С. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
 13. Бинсвангер Л. Случай Эллен Вест. Антропологически-клиническое исследование // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст.: пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 361–511.
 14. Бинсвангер Л. Экзистенциально-аналитическая школа мысли // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст.: пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – С. 308–332.
 15. Бовин А.Е. Записки ненастоящего посла. – М.: Захаров, 2001. – 815 с.
 16. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть / Пер. с франц. – 3-е изд. – М.: «Добросвет», «Издательство «КДУ», 2009. – 387 с.
 17. Бродский И. Меньше единицы: Избранные эссе / Пер. с англ. – М.: Издательство Независимая Газета, 1999. – 472 с. – (Серия «Эстетика»).
 18. Бубер М. Диалог // Два образа веры: сб. / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», изд-во АСТ, 1999. – С. 93–124.
 19. Бубер М. Проблема человека // Два образа веры: сб. / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», изд-во АСТ, 1999. – С. 157–232.
 20. Бубер М. Религия и этика // Два образа веры: сб. / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1999. – С. 512–526.
 21. Бубер М. Я и Ты // Два образа веры: сб. / Пер. с нем. – М.: ООО «Фирма», изд-во АСТ, 1999. – С. 15–92.
 22. Буянов М.И. Эгоисты. – М.: Российское общество медиков-литераторов, 2001. – 156 с.
 23. Галкин В.А. Поколение маргиналов // Психотерапия. – 2006. – № 4. – С. 42–46.
 24. Герцен А.И. Былое и думы. – Минск: Юнацтва, 1987. – 559 с.
 25. Гессе Г. Степной волк: Роман / Пер. с нем. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2004. – 269 с. – (Классическая и современная проза).
 26. Горелик М. Шахматы, а не карты // Разговоры с раввином Адином Штейнзальцем. – М.: Институт изучения иудаизма в СНГ, 2006. – 224 с.
 27. Гуревич П.С. Роптания души и мистический опыт (Феноменология религии У. Джеймса) // У. Джеймс. Многообразие религиозного опыта / Рос. АН, Ин-т философии. – М.: Наука, 1993. – 432 с. – (Мыслители XX века).
 28. Дали С. Дневник одного гения. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с. (Серия «Антология мудрости»).
 29. Дерцен Э. Экзистенциальное консультирование и психотерапия на практике / Пер. с англ. И. Глухой. – [б.м.и.], 2008. – 302 с.
 30. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта / Пер. с англ. – М.: «Наука», 1993. – 432 с. – (Мыслители XX века)
 31. Жане П. Психологическая эволюция личности / Пер. с фр. – М.: Академический Проект, 2010. – 399 с. – (Психологические технологии).
 32. Зверьков В. [Электронный документ]. – Режим доступа: <http://ushttp://uspeh.psynavigator.ru/articles.php?code=88>. – Дата доступа: 06.08.2011.
 33. Зенкин С.Н. Жан Бодрийяр: время симулякров. Вст. статья к книге Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть / Пер. с франц. – 3-е изд. – М.: «Добросвет», «Издательство «КДУ», 2009. – 387 с.
 34. Золотухин О.Н., Кондаков В.С. Художественная психопатология. – Ижевск.: Изд. дом «Удмуртский университет», 2000. – 636 с.
 35. Зубарев С.М. Сфера Велиала // Психотерапия – 2010. – № 5. – С. 67–73.
 36. Карсавин Л. Федор Павлович Карамазов как идеолог любви // Русский Эрос, или философия любви в России: сб. ст. – М.: Прогресс, 1991. – С. 350–363.
 37. Кемпинский А. Алкоголь // Экзистенциальная психиатрия, сб.ст. / Пер с пол. – М.: Изд-во «Совершенство», 1998. – С. 166–174. – (Серия «Библиотека зарубежной психологии»).
 38. Кондратьев Ф.В. Социо-культуральный фон в России конца XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // Соц. и клинич. психиатрия. – 1994. – № 2. – С. 135–139.
 39. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь. – Новосибирск: Наука, 1987. – 168 с.
 40. Кундера М. Подлинность // Неспешность. Подлинность: Романы / Пер. с фр. – СПб: Азбука-классика, 2002. – С. 137–281.
 41. Макаров В.В., Макарова Г.А. Сценарии персонального будущего. – М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2008. – 383 с. – (Психотерапевтические технологии под ред. проф. В.В. Макарова).
 42. Меерович М.И., Шрагина Л.И. Технология творческого мышления: Практическое пособие. – Минск: Харвест, М.: АСТ, 2000. – 432 с. – (Библиотека практической психологии).
 43. Меерс Д.Р. Аддиктивное поведение глазами детского аналитика // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – С. 165–182.
 44. Минаев С. DUXLESS: Повесть о ненастоящем человеке. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. – 346 с.
-
-

-
-
45. Моравиа А. Чочара. Скука: Романы / Пер. с итал. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 544 с. – (Серия «Двадцатый век»).
46. Мэй Р. Мужество творить / Пер. с англ. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 160 с.
47. Оруэлл Дж. 1984: Роман, сказка, эссе / Пер. с англ. – М.: Изд-во Эксмо, 2002. – 448 с. – (Серия «Двадцатый век»).
48. Ошо. Игра жизни. Таро в духе Дзен. – М.: АСТ, 2009. – 218 с.
49. Павлов И.С. Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику // Наркология. – 2005. – № 8. – С. 64–68.
50. Платон. Пир // Платон. Собр. соч. в 4-х томах. Т. 2. – М.: Мысль, 1993. – С. 81–134.
51. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 85–92.
52. Плоткин Ф.Б. Парадоксы одиночества: от аффективных расстройств до конфронтации с экзистенциальными дилеммами // Психотерапия. – 2010. – № 2. – С. 10–21; № 3. – С. 17–27; № 4. – С. 33–48.
53. Постнов В.В., Дереча В.А. Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии / Сб. матер. междунар. конф. / Под общ. ред. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004. – С. 287–291.
54. Пятницкая И.Н. Наркомании: рук. для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
55. Разводовский Ю.Э. Кросс-культуральные аспекты формирования алкогольной зависимости // Соц. и клинич. психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 111–114.
56. Рерих Н. Время // Врата в будущее. – Рига: Виеда, 1991. – С. 149–153.
57. Решетников М.М. Неочевидный привкус будущего: социальные процессы и терроризм // Психотерапия. – 2010. – № 6. – С. 68–77.
58. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
59. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
60. Сартр Ж.П. Слова. // Что такое литература. Слова, сб. / Пер. с фр. – Мн.: ООО «Попурри», 1999. – С. 261–446.
61. Сас Т. Миф душевной болезни / Пер. с англ. – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2010. – 421 с. – (Психологические технологии).
62. Сас Т. Фабрика безумия: [сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье] / Пер. с англ. – Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008. – 512 с. – (Philosophi).
63. Сатпрем. Шри Ауробиндо, или путешествие сознания. – Бишкек: Кыргызский филиал Инкоцентра РИА Новости, МП «Глобус», 1992. – 272 с.
64. Сейденберг Р. Одинокий брак в корпоративной Америке // Лабиринты одиночества: сб. ст.; пер. с англ. – М.: Прогресс, 1989. – С. 411–432.
65. Семке В.Я. Реалии и перспективы транскультуральной наркологии // Наркология. – 2003. – № 1. – С. 44–48.
66. Сидоров П.И. Наркологическая превентология. – М.: Генцус, 2005. – 796 с.
67. Сидоров П.И. Этнонаркологическая превентология // Наркология. – 2003. – № 6. – С. 21–31.
68. Скиннер Р., Клииз Дж. Жизнь и как в ней выжить. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 353 с. – (Золотой фонд психотерапии).
69. Соловьев Вл. Смысл любви. – Киев: Лыбидь-АСКИ, 1991. – 64 с.
70. Таранович А. Модернизм вчера, сегодня... завтра? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.andersval.nl. – Дата доступа: 04.06.2011.
71. Тейяр де Шарден П. Феномен человека. – М.: Устойчивый мир, 2001. – 232 с.
72. Тиллих П. Мужество быть // Избранное: Теология культуры / Пер. с англ. – М.: Юрист, 1995. – С. 7–131. – (Лики культуры).
73. Улицкая Л. Казус Кукоцкого: Роман. – М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 736 с.
74. Фетисова О.Г. Возможности профилактики алкоголизма и других аддикций с помощью правильной темпоритмоинтонационной организации речи // Человек и алкоголь 2007: материалы 1-го междисциплинар. науч. конгр. – СПб.: Реноме, 2007. – 127 с.
75. Франкл В. Основы логотерапии // Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
76. Франкл В. Психотерапия на практике / Пер. с нем. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
77. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному. – СПб.; М.: Университетская книга; АСТ, 1997. – 129 с.
78. Фрейд З. Будущее одной иллюзии / Психоаналитические этюды. – Мн.: 1991. С. 481–525.
79. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Пер. с англ. – Мн.: ООО «Попурри», 1999. – 624 с.
80. Фромм Э. Бегство от свободы. – Мн.: Харвест, 2003. – 384 с. – (Философия. Психология).
81. Фромм Э. Человек для себя / пер. с англ. и послесл. Л.А. Чернышевой. – Мн.: «Коллегиум», 1992. – 253 с.
-
-

-
-
82. Хайдеггер М. Преодоление метафизики // *Время и бытие: Статьи и выступления: пер. с нем.* – М.: Республика, 1993. – С. 177–192.
83. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / Пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2008. – 224 с.
84. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / Пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2008. – 208 с.
85. Честерфилд. Письма к сыну. Максимум. Характеры. – Л.: Издательство «Наука», 1971. – 351 с.
86. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство: в 2 кн. – 2-е изд., испр. – М.: «Захаров», 2010. – Кн. 1: Человек и самоубийство. – 464 с.
87. Шестаков В. Вст. статья к книге «Русский Эрос, или философия любви в России: сб. ст. – М.: Прогресс, 1991. – 448 с.
88. Шопенгауэр А. Афоризмы для усвоения житейской мудрости // *Афоризмы и максимы: сб.* – Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1990. – 288 с.
89. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление. Собрание сочинений в 5 т. – М.: Изд-во «Московский клуб», 1992. – Т. 1. – 395 с.
90. Шпенглер О. Закат Европы: Очерки морфологии мировой истории. Т. 2. Всемирно-исторические перспективы / Пер. с нем. – Мн.: ООО «Попурри», 1999. – 720 с.
91. Эмерсон Р. Нравственная философия. – Мн.: Харвест; М.: АСТ, 2000. – 384 с.
92. Эриксон Э. Трагедия личности. – М.: Алгоритм, Эксмо, 2008. – 256 с. – (Философский бестселлер).
93. Юнг К.Г. Йога и Запад // *Архетип и символ: сб.* – М.: Ренессанс, 1991. – С. 223–232.
94. Юнг К.Г. Об архетипах коллективного бессознательного // *Архетип и символ: сб.* – М.: Ренессанс, 1991. – С. 95–128.
95. Юнг К.Г. Психология и религия // *Архетип и символ: сб.* – М.: Ренессанс, 1991. – С. 129–202.
96. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 640 с.
97. Ялом И. Шопенгауэр как лекарство / Пер. с англ. – М.: Эксмо, 2008. – 544 с. – (Практическая психотерапия).
98. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 576 с.

К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ «ТЕАТР АРХЕТИПОВ / АРХЕТИПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР»

А.Ф. Филатова

профессор кафедры практической психологии Омского государственного педагогического университета, доктор психологических наук, г. Омск (РФ)

Полимодальная методика «Театр архетипов/архетипический анализатор» разработана Ириной Алексеевной Чегловой. Описание методики можно найти в различных Интернет-источниках, а также в её учебном пособии [1], а прочувствовать на практике поможет участие в семинарах, проводимых автором и её последователями.

Работу автора с применением данной методики я наблюдала во время декадника, проходившего 3-7 ноября 2011 г. в г. Омске. Впечатления и размышления по этому поводу и явились содержанием данной статьи.

Прежде всего, следует отметить, что целевая направленность методики очень широка. Так, на декаднике в Омске, группа участников семинара-тренинга «Театр Архетипов» была разнородной по возрасту, полу, социальному статусу, образованию, профессиональной деятельности, наличию психологических проблем и конфликтов, мотивации уча-

стия и т.д., но каждый участник в ходе тренинга получил больше, чем ожидал. И в «Театре Архетипов» участники были то замороженными зрителями, то увлечёнными актёрами, «словившими» инсайт, озарение, открытие, «момент истины» для себя. Таким образом, методику «Театр архетипов/архетипический анализатор», можно применять не только в медицинской модели психотерапии, но и в качестве личностно-развивающей практики – она позволяет получить новые знания о себе и расширить поведенческий репертуар за счёт открытий при освоении новых ролей и навыков в ходе её проведения. Показания, противопоказания и границы применения методики чётко представлены И.А.Чегловой при её описании. К перечисленным показаниям можно добавить: трудности поло-ролевой идентичности клиентов, «путаница ролей» (Э. Эриксон). Методика И.А. Чегловой позволит клиенту прочувствовать и осознать своё поло-ролевое поведение как в груп-

повом применении (как это было в Омске), так и в индивидуальном консультировании. Также возможно применять данную методику в супружеском консультировании, например, для осознания ожиданий и притязаний мужа и жены и ролевой адекватности супругов.

Обращает на себя внимание то, что рабочее пространство разделяется на «Дома» архетипов (базовых психосоциальных ролей) – Принца/Принцессы, Воина/Воительницы, Короля/Королевы, Мага/Магини, Шута/Шутихи с учётом того, что в социуме есть два пола – мужской и женский. (И.С. Кон критиковал нашу отечественную психологию за то, что она долгое время была «бесполой»). Таким образом, актуальность и своевременность разработки и реализации данной методики обусловлена также современной социальной ситуацией: в современном обществе нивелируется мужественность и женственность, что приводит к утрате истинных эталонов мужчины и женщины, формированию неадекватной поло-ролевой идентичности, распространению различных девиаций. Подрастающее поколение, развиваясь в таких условиях, усваивает противостественные и противоречивые модели поведения, когда многие мужчины проявляют слабость и зависимость, а женщины – твёрдость и напористость. В методике И.А. Чегловой рабочее пространство задано в соответствии с естественной, природной, биогенетической основой: оно определено «Домами» архетипов с учётом наличия в мире обоих полов, с учётом половых (гендерных) различий, и, видимо, с возможной диагностикой у себя наличия маскулинности/фемининности на данный момент. И каждый участник, будь то мужчина или женщина, имеет возможность побыть и в том, и в другом «Доме», чтобы прочувствовать свои особенности маскулинности/фемининности быть аутентичным и честным, осознавая, – что же тебе «впору», а что придётся менять; и можно здесь же и поэкспериментировать. Так, одна из участниц тренинга, Л., находясь в «Доме» Короля/Королевы, призналась, что опять в ней доминирует власть и любовь Короля, но не Королевы. (Одной из задач Л. на этом декаднике была её работа над гармоничной сбалансированностью своей маскулинности / фемининности).

Сразу же после декадника, под впечатлением «Театра Архетипов», у себя на психологическом факультете мы со студентами этого факультета решили проработать на практике некоторые фрагменты методики, организовав для этого соответствующее пространство. И одна из студенток, настроенная вначале явно скептически, «пропутешествовав» по «домам» архетипов, искренне восхищалась: «Получилось!». Она призналась, что не верила, что «это работает», но как только садилась на тот или иной стул (т.е. попадала в тот или иной архетипический «Дом»), то чувствовала себя Принцессой, Воительницей и т.д., в соответствии с «Домом». Таким об-

разом, на этом занятии студентам удалось «поймать» реальность существования коллективного бессознательного, поделиться своими новыми открытиями, найденными скрытыми ресурсами, которые могут теперь стать их «палочками-выручалочками» в будущем. В заключительной части занятия студенты поделились своими идеями. В частности, согласились с тем, что методика и её результаты легко применимы, а приверженцы НЛП нашли аналогии якорению. «Можно сесть, например, на стул, который – «Дом» Воительницы, и сумею достичь своей цели», – заметила участница Н. Таким образом, даже фрагментарное применение методики И.А. Чегловой может приносить, и в г. Омске уже приносит, реальную пользу, помогая людям в разрешении их психологических проблем, а также способствует самопознанию и саморазвитию.

Специфика методики, её отличие от сходных приёмов и методик хорошо описаны И.А. Чегловой. Кроме перечисленных ею отличий можно добавить упомянутый выше момент о том, что она не является «бесполой», а учитывает половые (гендерные) аспекты, работает на осознание особенностей поло-ролевой идентичности и формирование (развитие) женственности у женщин и мужественности (точнее было бы сказать – мужичности) у мужчин.

Кроме этого, данная методика объединяет, интегрирует достоинства психотерапевтических подходов, ориентированных как на инсайт, так и на действие, доказательством чего являются вышеописанные примеры из наблюдений и впечатлений практического применения методики.

В частности, если учитывать, что методика ориентирована на действие, то её основные достоинства можно сформулировать следующим образом:

- достижение изменений в короткие сроки;
- достигнутые изменения уже находятся на уровне поведения;
- возможность для клиента обучиться стратегиям постановки и достижения конкретных целей;
- минимальное время погружения в негативный опыт;
- высокая предсказуемость характера изменений.

Данная методика ориентирована также и на инсайт. И плюсы здесь следующие:

- а) самопознание и личностный рост клиента;
- б) возможность для клиента обучаться эффективной коммуникации в психотерапевтических отношениях;
- в) системность изменений;
- г) устойчивость получаемого результата.

Явных недостатков методики, наверное, нет. Хотя некоторые размышления появились по этому поводу. Методика является интегративной, комплексной, решающей как краткосрочные задачи, так и работающая на дальнейшую перспективу, затрагивающая мировоззренческие и ценностные аспекты, которые

могут очень резко поменяться у клиента в результате ее проведения. И, несмотря на её изящество и кажущуюся простоту применения, – методика является достаточно глубинной и мощной. И «обновлённому» клиенту, не сложно ли будет вписаться в свою привычную семью, окружение и пр.?

Как уже отмечалось выше, затруднительно отнести представленную методику к той или иной группе психотерапевтических подходов, и в частности, в классификации подходов инсайт/действие.

Если всмотреться в название методики – «Театр архетипов/архетипический анализатор», то первое слово в ней – «театр», а в театре всё же больше действий, и рассматривая тогда методику как ориентированную больше на действие, недостатками её могут быть те же, что и у всех методик, ориентированных на действие. В таком случае возможна и неустойчивость результата, и значительная вероятность возвращения или замены симптома. Можно предположить, что возможным «минусом» методики может стать локальный характер изменений (над каждым симптомом необходимо будет работать отдельно; изменение внешних условий может сделать полученные изменения неадаптивными). Хотя данный «минус», видимо, можно исключить, учитывая специфику интегративности методики. Осознание, инсайт при её проведении, как показал опыт, – присутствуют. Но всё же, есть и «налёт магии» – изменения происходят слишком быстро для того, чтобы клиент мог понять, *что и как* произошло (как было с одной из моих студенток). Возможно, не всем клиентам удастся осмыслить значение и перспективы нового состояния.

Если же всмотреться в слова второго названия методики – «архетипический анализатор», то семантически и интуитивно данная методика, при встраи-

вании её в классификацию инсайт/действие, отправляется в группу подходов, ориентированных на инсайт. И тогда возникает проблема сложности преобразования достигнутых на когнитивно-эмоциональном уровне изменений – в новое поведение. Также «всплывает» проблема трудноприменимости научных *критериев исследования эффективности работы* по данной методике. Особенно в случаях немедицинской модели психотерапии, где решаются задачи, которые метафорично можно представить как переход не только «от плохого – к хорошему», но и «от *хорошего* – к *лучшему*». Уровни личностного роста, например, измерить сложно.

Хотя если рассматривать «осознание» от слова «знание», а знания (а также умения и навыки) и даже развитие можно изучать, и найти соответствующие критерии...

К данной методике автором разработан опросник для определения архетипов. Хотя, на мой взгляд, тестирование из любопытства и получение готовых ответов перед участием, например, в подобном тренинге, может и помешать. Ведь лучше без всякой установки на то или иное соотношение архетипов приступить к исследованию своего бессознательного...

Таким образом, на основании наблюдения работы с применением методики «Театр архетипов/архетипический анализатор», считаю представленную И.А.Чегловой методику – оригинальной, интересной, актуальной и своевременной, притягательной и эффективной для большого числа клиентов.

Список использованной литературы:

1. Чеглова И.А. *Театр архетипов в психотерапии, тренингах и системном консультировании (учебное пособие)*. – М.: Изд-во ГУУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН, 2011. – 92 с.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОССИЙСКОГО ЧЕЛОВЕКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СПЕЦИФИКУ ОКАЗАНИЯ ЕМУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Ф. Филатова

доктор психологических наук, профессор кафедры практической психологии
Омского государственного педагогического университета, г. Омск (РФ)

На жизненном пути любого человека есть встречи с трудностями. Для одного это болезнь – своя или родного человека, для другого – уход из жизни близких людей, развод, несправедливое отношение, профессиональные или личные неудачи и т.д. Так было всегда. Но одни люди справляются с трудными и экстремальными ситуациями самостоятельно, другие не в силах этого сделать и нуждаются в помощи психологов или психотерапевтов.

И здесь важно отметить, что в психологической помощи нуждается не абстрактная личность, а конкретный, живой и смертный человек. Как правило, он является нашим земляком, сородичем, с такой же историей и великой биографией своего народа в душе. Так случилось, что ему потребовалась психологическая помощь, и психотерапевт призван оказать её, то есть найти вместе с ним максимально приемлемый выход из эмоциональной травмы.

Основываясь на теории и практике современного психолога Александра Фёдоровича Бондаренко [2, 3, 4], а также на собственном опыте, отметим, что оказание русскому (российскому) человеку психологической помощи является сложным и специфичным. Работу А.Ф.Бондаренко с применением авторского подхода «Этический персонализм» я наблюдала во время декадника, проходившего 3-7 ноября 2011 г. в г. Омске. Впечатления и размышления по этому поводу и явились содержанием данной статьи.

Итак, отметим вслед за А.Ф.Бондаренко, что для российского человека, во-первых, важно понять причины и суть данной трудной ситуации («во всём мне хочется дойти до самой сути / в работе, в поисках пути, в сердечной смуте...» – Б. Пастернак) и уяснить – «от бога или от чёрта» его поступок. Во-вторых, ему нужен анализ поступка. При этом ему нужно *сочувствие* психолога, его *поддержка*. И поняв и проанализировав свои промахи и сложившуюся трудную ситуацию, *важно нахождение значимой ресурсной фигуры для благословения* (это может быть отец, мать, другие родственники, друг, учитель, бог и т.д.). Если нет живущего, то есть он уже ушёл из жизни, то выяснить, – был ли у него такой человек. Человеку важно, чтобы его поступок получил одобрение, благословление. И нужен *другой* человек. Не всегда сам себе поможешь. Даже у русского разведчика Исаева (Штирлица) был другой (ресурсный) человек. Итак, важно выяснить с клиентом, от кого бы он хотел получить благословление на своё решение, свой поступок. Можно даже не озвучивать – кто это, если так хочет клиент, лишь бы он знал, определил его для себя. (На семинаре в Омске А.Ф. Бондаренко наглядно продемонстрировал это в практических упражнениях с реальными клиентами). Благословление никаким другим словом заменить нельзя. И хоть общество в целом сейчас не религиозно, но Бог – это принадлежность нашей культуры, как и Россия (Русь – святая). А «родительский дом – начало начал. / Ты в жизни моей надёжный причал...». Выходя замуж, важно было просить благословления отца и матери и получить его. (Не потому ли так называемые «гражданские» браки в России осуждаются, да и самих «супругов» некий «червячок» внутри гложет – «что-то мы неправильное делаем...»). Таким образом, русский человек всегда понимает, хорошо он поступает или плохо. Даже если это уже в прошлом; этичность – черта русского человека.

Итак, русский человек приходит к психологу за помощью, сочувствием, благословлением, чтобы восстановить чувство собственного достоинства. Однако на практике бывает так, что психолог начинает заморачивать ему голову всякими западными «техниками» и «приёмами» [3, с. 3], забывая о том, что он не на Западе живёт, а в России, он русский человек, и что, прежде всего, нужно учитывать жи-

вительный источник родной культуры и традиций. Наша культура очень добра и милосердна. Добро, Истина, Красота – вот основные её ценности. «Русь святая» – такая семантика является не случайной.

Наверное, каждый практикующий психолог задумывался над вопросом: почему так сложны и порой неприемлемы для наших клиентов техники, пришедшие в Россию с Запада? Почему так и не приживаются у нас, по большому счёту, гештальт-терапия, психоанализ, транзактный анализ, нейролингвистическое программирование (НЛП), и вряд ли пойдёт на психодраму наша простая русская женщина (если она не психолог)...

Русскому человеку, как правило, свойственен *поиск высокого мотива*, поиск и нахождение психологической ошибки, например, где мы, как мужчина и женщина, перепутали любовь и жертвенность. Наш клиент не наслаждается процессом психотерапии или психологического консультирования, он не привык ходить годами к психоаналитику; он хочет разобраться в себе и в проблеме и получить результат. И российский клиент не удовлетворён, если не затронуты струны его души. В психологической помощи русские люди, прежде всего, ищут сожаление, сопереживание, понимание, благословление, духовность.

Следует также отметить, и это подчёркивал А.Ф. Бондаренко, что психотерапия пришла к нам из сытой страны – из Америки, и об этом важно помнить. Ведь психотерапия в обществе бедном и психотерапия в обществе богатом – не одно и то же. Российский человек не привык платить деньги за консультирование или психотерапию. Культура контракта, как брачного, так и психотерапевтического, у нас также не приживается. И даже если таковые заключаются, – обычно они не соблюдаются.

Таким образом, подходы к оказанию психологической помощи должны быть в России другие. Западные языки и наш – русский – не очень близки. И даже часто применяемые слова имеют различный смысл в разных социокультурных традициях – успешность, свобода, любовь (их словосочетание «заниматься любовью» вообще поначалу резало слух и казалось абсурдным для нас). Или, например, фраза «Есенин – успешный поэт» – как-то непривычно будет звучать в России.

Почему слово «свобода» для нашего клиента не актуально? Потому что в России – просторы бескрайние, плюс то обстоятельство, что никаких кредитов не было у русских людей до недавнего времени. В Англии же, например, по рассказам А.Ф. Бондаренко, 90% её площади существует в чьей-либо частной собственности. И как можно быть свободным на земле, которая тебе не принадлежит? Или – как трудно быть свободным человеку, который живёт в кредит (для России это только начинается, а на Западе так было практически всегда). Поэтому для западного человека данное слово – «свобода» име-

ет *своё* значение, для русского – своё. Например, у нас высказывание «ты свободен» – часто означает – «уходи», то есть «ты – не нужен». В частности, в известной нашей песне на слова Георгия Васильева «Приходи ко мне, Глафира» изящно и с юмором доказывается данный факт: «Лучше быть сытым, чем голодным, / лучше жить в мире, чем в злобе, / *лучше быть нужным, чем свободным, – это я знаю по себе*» (курсив А.Ф.). Кстати, и вся песня великолепно подчёркивает особенности российского менталитета с его «попьем чайку», – гостеприимством, юмором, открытостью [1].

Феминистскому движению на Западе почти 200 лет, у нас же яркого феминизма не было, и видимо, не будет, так как женщина в России всегда была зависима от мужа. Она привыкла опираться на него, ценить его. И, несмотря на некоторые изменения в последнее время, всё равно муж для жены является обычно лучшим другом, опорой, защитником; жена в России ценит мужа за надёжность, прежде всего.

Эдипов комплекс в России так же не наблюдается. Изучая классический психоанализ З. Фрейда, можно увидеть, что исходит он из католических традиций. Например, имущество наследуется после смерти главы семейства не его вдовой, как в православной семье, а первенцем мужского пола, из чего, собственно, и вырастает Эдипов комплекс. По российским же законам, не сын, а жена умершего имеет главные права наследования.

У нас есть поговорка: «Мужчина должен построить дом, вырастить сына и посадить дерево». В статье «О духовном отцовстве» Г.А. Макарова называет данную поговорку инструкцией, в которой заложены основные социальные мужские роли, в том числе и отцовские. Дом и сын – это наследство и наследники, которые останутся на земле. Это умение создавать и сохранять семью, быть гарантом стабильности и надёжности для женщины – матери детей. «Посадить дерево» – не только восстановление экологии планеты – нашего дома. Это инструкция к духовному отцовству. Физического отца отличает единокровие со своим ребёнком. Духовного отца – единение и созвучие духа и души. Духовный отец – наставник [6, с. 12].

И не потому ли мы «купились» на гуманистическую психологию, на идеи К. Роджерса; ведь это – западное христианство, и в отличие от католической культуры, она воспекает не деньги и пр., а духовность, безусловную любовь, самореализацию. Это нам более понятно – бытие как ценность. И ещё подкупает в гуманистической психологии вера в человека, что в нём рано или поздно что-то хорошее прорастет. Вместе с тем, по мнению А.Ф. Бондаренко, американцы смотрят на русских роджерианцев примерно так, как мы смотрим на их экранизации русских персонажей (шолоховский «Тихий Дон», например). Мы не верим им – это неправдоподобно, это не так, как у нас в России на

Дону. И наши роджерианцы никак не похожи на американских.

В связи с выше изложенным, возникает несколько принципиальных вопросов, а именно: каковы антропологические представления о человеке, вытекающие из той или иной психотерапевтической концепции? К какому состоянию человека и социума стремятся (и приводят в перспективе) эти концепции? В каком отношении к этим концепциям должны находиться и находимся мы – отечественные психологи, по рождению и образованию принадлежащие к определённому типу культуры, но зачастую не только не задумываясь об этом, а наоборот, перенимая и даже насаждая в собственной практике чуждые в своей культурологической, сомнительные в методологической и проблематичные в практической сути подходы. И существует ли и какова, если существует, отечественная, собственно русская традиция в психотерапии?..

А.Ф. Бондаренко подчёркивает, что современным отечественным психологам необходимо обратить внимание на проблему разработки психотерапевтической парадигмы, восходящей к отечественной философской традиции, к принципам фундаментальной науки и социокультурным нормам, относящимся именно к русской ментальности.

В настоящее время данная проблема актуальна, в том числе и потому, что последние 15-20 лет в России идёт хаотичный перебор различных подходов и методов, пришедших по большей части из западной психотерапии. Наблюдается прямо-таки засилье предложений о всевозможных обучающих семинарах. Интерес к ним падает, в том числе и потому, что результаты работы обученных западным подходам психотерапевтов часто не оправдывают ожиданий русских клиентов.

Безусловно, очень сложно передать многообразнейшие тонкости богатства ментальности русского этноса. Однако очевидным является факт, что ключевые семантические смыслы незнакомы многим нашим психологам.

А.Ф. Бондаренко и др. исследователи [2, 3, 4, 7] по методике Рокича, контент-анализу и другим методикам выявили, что высокие ранги у русского человека имеют такие понятия (ценности), как любовь, истина, красота, жизнь, смысл, подлинность, здоровье, вера (не обязательно религиозная).

Свобода, успех, контроль, ответственность – чаще обнаруживаются в высказываниях американцев.

Итак, попытаемся систематизировать некоторые социокультурные и психологические особенности русского (российского) человека.

1. Русский человек отличается *совестливостью, сознательностью, нравственностью*. В связи с этим, у него чувство *вины* возникает довольно часто. И он хочет искупить свою вину. В результате чувства вины он страдает, у него может появляться депрессия, желание выпить, чтобы «полечиться».

(«Выпьем, добрая подружка, сердце юности моей. / Выпьем с горя, / где же кружка? / Сердцу будет веселей» – А.С. Пушкин).

2. Также характерно для российского человека чувство *обиды*, потребность в *восстановлении справедливости*, потребность в защите, хотя зачастую это имеет и ситуативный характер – «Пускай не трещат дрова в ладонях огня. / Скажи мне, что я права, что ты за меня...» (Курсив А.Ф.).

3. Русские люди не привыкли чётко следовать каким-либо предписаниям, порядку; взрослые люди не любят выполнять домашние задания (в частности, домашние задания психолога). В психологической помощи они ищут сожалеание, сопереживание, понимание, благословение.

Западный же образ жизни дисциплинирует людей. Американцы живут буквально по инструкциям, в которых расписаны все сферы жизнедеятельности, поэтому соответствующие методы психотерапии там весьма эффективны. Например, НЛП, своеобразная энциклопедия так называемых «процессуальных инструкций» [5], в которых даётся точное описание какого-либо действия.

4. Для русского человека понятие *выгоды* не является *сущностным*. Следовательно, когнитивная американская психология и психотерапия в тех областях, которые исходят из чуждой нам индивидуально-коммерциализированной логики, как правило, не работают. Они могут вызывать смех, недоумение и работать другим, неожиданным образом (например, тренинг «Деньги», фильм «Успех»).

Архетипической чертой русской ментальности является скорее *созерцательность*, а не практицизм («Несказанное, синее, раннее, / и мерцающих звёзд благодать. / Загадать бы какое желание, / да не знаю, чего загадать» – С. Есенин). Русский человек ценит красоту; она – многообразна, и себя он видит в этой красоте.

5. Русский человек – часть Природы, он укоренён в Природе, он эмпатичен к ней, он обращается к ней, как к живительной силе. Это можно найти в русской классической прозе и поэзии, и в русских песнях – «Синий лён». «Ой, цветёт калина в поле у ручья...», «... Ой, рябина кудрявая, белые цветы, ой, рябина-рябинушка, сердцу подскажи...» и т.д. *Природа является своеобразным слушателем и психотерапевтом для русского человека*. Чеглова И.А. отмечает, что родная земля является источником жизненной силы и вдохновения, приводя строки известной песни на слова И. Шаферана – «Гляжу в озёра синие, / в полях ромашки рву...» [8].

6. Для нас *любовь*, а не свобода представляет абсолютную и высшую нравственную ценность. При этом сущностью человека в нашем понимании является *долг*. Кроме этого, любовь русского человека, особенно женщины – часто *жертвенна* и синонимична с *жалостью*. («В сёлах рязанщины, в сёлах смоленщины / слово «люблю» непривычно для жен-

щины. / Там бесконечно и верно любя / женщина скажет: «Жалею тебя»; «Ты за любовь прости меня, / я не могу иначе...»; «Ах, зачем ты сказал среди ясного дня, / Что её ты жалеешь, а любишь меня...», и в конце этой песни – просьба-мольба: «Об одном я прошу, – «ты меня пожалей...», т.е., жалость, в данном случае, даже ценнее, чем любовь...»).

7. Российскому человеку в большей степени присущ не индивидуализм, не конформизм, а всё же – *коллективизм, взаимопомощь, сотрудничество, дружба, открытость* (отсюда эта милая российская реальность – призыв «Давайте дружить семьями»). Ценность дружбы воспитывается с детства посредством детской литературы, искусства и т.д. Это сказки, например, «Гуси-лебеди», песни – «Если с другом вышел в путь, – веселей дорога. / Без друзей меня чуть-чуть, а с друзьями – много...», поговорки, пословицы, притчи; помню, в детстве дедушка показал мне прутики по отдельности и попросил разломать их, а потом таких же вместе сложил несколько штук, и их сломать уже было невозможно... В студенческие годы восхищались песнями Б.Окуджавы – «... и друзей созову, – на любовь своё сердце настрою, / а иначе зачем на земле этой вечной живу», В.С.Высоцкого – «И всегда хорошо, если честь спасена, / если другом надёжно прикрыта спина».

В разговоре русский человек обычно говорит не в пространство, а в лицо другому человеку, и ему очень важно, – внимают или нет ему люди – «говорите мне прямо в лицо – кем пред вами слышу...» (Б. Окуджава).

Единение, сопричастность, гордость и радость от выполненных сложных задач – это переживание известно и ценно для большинства россиян. В.В. Маяковский выразил это состояние так: «Радуюсь я, – это и мой труд вливается в труд моей республики». Коллектив, команда, очень важны для нашего человека, и поэтому, кризис ухода на пенсию (или из спорта) переживается обычно тяжело. С благодарностью и гордостью вспоминается «команда молодости нашей, / команда без которой нам не жить...» (Н. Добронравов).

8. *Вера*, причём не обязательно религиозная, является важнейшей чертой русского человека, *вера – во что-то, в кого-то* – в царя, в бога, в светлое будущее, в психотерапевта. («Так за царя, за Родину, за веру / мы грянем громкое «Ура!»; «Вот придет барин, барин нас рассудит» и т.д.).

9. Следует особо выделить *веру в чудо* и вечную надежду на чудесное преобразование с помощью мистического волшебного механизма. При этом, – принципиальная непутёвость, отсутствие видимых рациональных путей и способов. Особая черта исконно русского характера – вечное ожидание чуда в любом возрасте и при любых обстоятельствах (сказки «О рыбаке и рыбке», «По щучьему велению», образ «скатерти-самобранки» и т.п.).

10. Несмотря на веру в чудо, русский человек стремится *разобраться в сущности явлений и событий* («Во всём мне хочется дойти до самой сути / в работе, в поисках пути, в сердечной смуте, / до сущности прошедших дней, до их причины, / до оснований, до корней, до сердцевины» – Б. Пастернак; «Думать надо о смысле / бытия, его свойстве, / кем себя мы ни числим, / кто мы в этом устройстве? / кто мы по отношению / к саду, к морю, к зениту, / что является целью, / что относится к быту? / Что относится к веку, к назначению, к дороге, / и шагая по свету, / кто мы всё же в итоге?» – Д. Самойлов).

Как замечает В.Ю. Завьялов, русский менталитет – это такая «радикальность» [5], то есть первый вопрос, который обычно возникает у русского человека: «Ради чего?». Однако если на то нет большого смысла, то ничего и не делается.

11. Наша национальная особенность – *сложность «русского ума», полифоничность* – то есть много смыслов одновременно присутствует; это выражено и в особенностях русской речи. Русский человек, когда о чём-либо говорит, имеет привычку примысливать, думать «задним умом». Часто русский человек думает одно, говорит второе, делает третье. Это можно проследить по привычным с детства народным сказкам, присказкам, пословицам, поговоркам вроде «три пишем, а два в уме». Более поэтично полифоничность и даже парадоксальность российского мышления отражают строки Б. Ахмадуллиной. «А напоследок я скажу: «Прощай, любить не обязуйся...» / С ума схожу, / иль восхожу / к высокой степени безумства».

В то же время, для русского человека характерна принципиальная незаконченность смыслов, то есть

часто до конца ничего *не доводится*. («Я мечтала о морях и кораллах, / я поесть хотела суп черепаший, / я шагнула на корабль, – а кораблик / оказался из газеты вчерашней...» – Р. Рождественский; « – А может, чёрт возьми, нам снова... / Выходишь здесь? Ну, будь здорова... Привет...» – М. Леонидов).

Ввиду стихийности русского человека – контракт с ним сложно заключить. Кроме этого, в русском человеке где-то «сидит» *базисное недоверие к себе*. Даже имена «импортные» его чаруют, как магия чужого звучания.

12. Русское мышление отличается антиномичностью, оно *противоречивое* и непонятное. Например, русский человек может заключить: «Да, мне этого не хватает, но если у меня этого нет, ну и ладно, мне это и не надо». Американец, например, такого не понимает: если ему что-то надо, то он производит соответствующие действия, усердно добивается успеха, особенно материального.

Русский человек *не озабочен своим имиджем*. В русской литературе много удивительных, милых персонажей, например, чеховских или шукшинских «чудиков», которых мы понимаем и любим. Но русский человек «просекает» главное, – *любовь, надёжность, справедливость*.

Эти нередуцированные социокультурные свойства русского человека и являются подлинным содержанием и предметом отечественных традиций и перспектив во внемедицинской психотерапии и психологическом консультировании. В настоящее время приходит понимание, что при разработке отечественных подходов к психологической помощи необходимо учитывать русские социокультурные традиции.

Литература:

1. Антология бардовской песни. Автор-составитель Р. Шиянов. – М.: Изд-во Эксмо, 2006.
2. Бондаренко А.Ф. Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 1. – С. 63-77.
3. Бондаренко А.Ф. Понятийный тезаурус этического персонализма как русской традиции психотерапии // Журнал практикующего психолога. – 2005. – Вып. 11. – С. 39-48.
4. Бондаренко А.Ф. Этический персонализм: учебно-методическое пособие. – Киев, 2011. – 26 с.
5. Завьялов В.Ю. Русский стиль психотерапии // Контакт. – 2006. – № 4. – С. 12-15.
6. Макарова Г.А. О духовном отцовстве // Психотерапия. – 2006. – № 5. – С. 11-12.
7. Филатов В.И. Социально-онтологические основания целостности человека: Монография. – М.: Изд-во МГУК; Омск: Омский гос. ун-т, 2001. – 311 с.
8. Чеглова И.А. Песни нашей судьбы. Электронный ресурс.

РЕЗЮМЕ

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.А. Кусаинов, В.П. Павленко, Е.Б. Байкенов

В статье изложены теоретические основы возникновения и развития наркомании, описаны основные их проявления. Особое внимание уделено освещению практических вопросов, связанных с проведением первичной профилактики.

ПСИХОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ И ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ Ю.В. ВАЛЕНТИКА В ПСИХОТЕРАПИИ

И.К. Чобану

Статья посвящена психогенетической модели и теории личности, разработанной Ю.В. Валентиком. Рассматриваются возможности применения этой теории в широкой психотерапевтической практике в качестве фундамента для интеграции различных подходов, в том числе для лечения аддитивных больных и суицидентов, в формате континуальной и дифференцированной континуальной психотерапии. Приводятся данные о тесте личностных статусов, разработанном на основе данной теории, и результатах обследования суицидентов при помощи этого теста. Обсуждаются особенности психотерапевтической кинезиологии. Предлагается разработка индивидуальных психотерапевтических и реабилитационных программ для больных с различной психической и наркологической патологией.

Ключевые слова: психогенетическая теория личности, психотерапевтическая кинезиология, континуальная психотерапия, тест личностных статусов, психотерапевтические и реабилитационные программы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ «ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ АДДИКЦИИ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ КЛИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

Д.Е. Аяганова, М.В. Прилуцкая-Сущенко

В статье дано описание клинического опыта применения методики полуструктурированного интервью «Индекс тяжести аддикции» (ИТА) для диагностики проблем клиента в условиях амбулаторной службы. Впервые на практике целостная оценка «зон неудовлетворённости» была соотнесена с потребностями клиента. Обращено внимание на частое несоответствие между степенью беспокойности той или иной проблемой и потребностью в её решении.

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБАХ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

В статье «Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных службах Украины» автора А.Л. Каткова рассматриваются основные характеристики сектора наркологической помощи, оказываемой в государственных учреждениях системы образования и социальных службах Украины. В частности, приводятся сведения об: основных охватываемых группах; этапах наркологической помощи, реализуемых в рассматриваемом секторе; нормативной базе; структуре профильной службы; кадровой обеспеченности, спецификации и квалификации; реализуемых технологиях; ресурсной обеспеченности; особенностях внутрисистемного и межсекторального взаимодействия; основных дефицитах и препятствиях, имеющих в данном секторе. Делаются

выводы относительно эффективности и качества наркологической помощи в системе образования и социальных службах Украины.

Ключевые слова: наркологическая помощь, образование, социальная служба.

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НЕГОСУДАРСТВЕННЫМИ И НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (НПО) УКРАИНЫ

А.Л. Катков

В статье «Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой негосударственными и некоммерческими организациями (НПО) Украины» автора А.Л. Каткова рассматриваются основные характеристики сектора наркологической помощи, оказываемой в секторе НПО Украины. В частности приводятся сведения об: основных охватываемых группах, этапах НП, реализуемых в рассматриваемом секторе; нормативной базе; структуре профильной службы; кадровой обеспеченности, спецификации и квалификации; реализуемых технологиях; ресурсной обеспеченности, особенностях внутрисистемного и межсекторального взаимодействия; основных дефицитах и препятствиях, имеющихся в данном секторе. Делаются выводы относительно эффективности и качества НП, оказываемой негосударственными и некоммерческими организациями Украины.

Ключевые слова: наркологическая помощь, негосударственные и некоммерческие организации, анализ.

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

В статье «Комплексная характеристика сектора наркологической помощи, оказываемой в системе Государственной пенитенциарной службы Украины» автора А.Л. Каткова рассматриваются основные характеристики сектора наркологической помощи, оказываемой в системе Государственной пенитенциарной службы Украины, приводятся в том числе сведения об: основных охватываемых группах; этапах наркологической помощи, реализуемых в системе ГПС; нормативной базе; структуре профильной службы; кадровой обеспеченности, спецификации и квалификации сотрудников, действующих в данном секторе наркологической помощи; реализуемых технологиях; ресурсной обеспеченности; особенностях внутрисистемного и межсекторального взаимодействия; основных дефицитах и препятствиях, имеющихся в данном секторе. Делаются выводы относительно эффективности и качества наркологической помощи в системе ГПС Украины.

Ключевые слова: наркологическая помощь, пенитенциарная служба, анализ.

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКТОРА ЧАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

В статье «Комплексная характеристика сектора частной наркологической помощи, оказываемой в системе здравоохранения Украины» автора А.Л. Каткова рассматриваются основные характеристики сектора частной наркологической помощи, оказываемой в системе Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины. В частности, приводятся сведения: об основных охватываемых группах населения; этапах наркологической помощи; нормативной базе, регулирующей деятельность данного сектора; структуре; кадровой обеспеченности, спецификации и квалификационных характеристиках кадрового состава рассматриваемого сектора наркологической помощи; реализуемых технологиях; ресурсной обеспеченности; особенностях внутрисистемного и межсекторального воздействия; основных дефицитах и препятствиях, имеющихся в данном секторе; оценке эффективности и качества наркологической помощи. Делается вывод о необходимости безадресного учета и равноправной конкуренции с государственным сектором наркологической помощи.

Ключевые слова: наркологическая помощь, частный сектор, анализ.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА СЕКТОРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МИНИСТЕРСТВА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

В статье «Некоторые характеристики эффективности и качества сектора государственной наркологической помощи Министерства охраны здоровья (МОЗ) Украины» автора А.Л. Каткова рассматриваются такие характеристики государственной наркологической помощи, как ресурсная обеспеченность; оценка внутрисистемного и межсекторального взаимодействия; основные препятствия и дефициты, идентифицируемые на каждом этапе наркологической помощи; общая оценка эффективности и качества рассматриваемого сектора наркологической помощи, выводимая в том числе и с учетом всех вышеприведенных параметров. Делается вывод об ограниченной в целом эффективности и невысоком качестве государственной наркологической помощи, оказываемой в системе МОЗ Украины.

Ключевые слова: наркологическая помощь, макроструктура, этапы.

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УКРАИНЫ

А.Л. Катков

В статье «О результатах комплексной оценки национальной системы наркологической помощи Украины» автора А.Л. Каткова описываются результаты комплексного исследования по оценке национальной системы наркологической помощи Украины. При этом анализируются такие параметры, как: охват и удовлетворение потребностей в наркологической помощи общих и специальных групп населения; ассортимент используемых услуг; система факторов, противодействующих повышению эффективности и качества оказываемой наркологической помощи; потенциал развития национальной системы наркологической помощи. Делается вывод о необходимости разработки специальной стратегии, направленной на преодоление системного кризиса в рассматриваемой сфере.

Ключевые слова: наркологическая помощь, национальная система, комплексная оценка.

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТОВ

Л.Н. Дахова

В статье рассмотрены пубертатный этап возрастного кризиса у подростков – подростковый психологический комплекс, особенности амбулаторного и стационарного обследования лиц допризывного и призывного возрастов.

АДАПТАЦИОННЫЙ КРИЗИС КАК ЭЛЕМЕНТ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА. ЭКОФАСИЛИТАТИВНЫЙ ПОДХОД

С.А. Олифира

В статье рассматриваются подходы к определению понятий «адаптация», «кризис», рассматривается адаптационный кризис как элемент развития, а также преодоление кризисных состояний личности. Описывается экопсихологическая фасилитация как направление психологической помощи. Раскрывается собственная теоретическая модель преодоления кризиса посредством фасилитативного влияния.

Ключевые слова: кризис, адаптация, экопсихологическая фасилитация, развитие личности, преодоление кризисных ситуаций.

К ВОПРОСУ О МЕТОДИКЕ «ТЕАТР АРХЕТИПОВ/АРХЕТИПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗАТОР»

А.Ф. Филатова

Обсуждаются теоретико-методические основы методики «театр архетипов/архетипический анализатор», область применения, соответствие целевой направленности и технологического аппарата методики актуальным социально-психологическим проблемам. Приводятся примеры из практики.

Ключевые слова: театр архетипов, архетипический анализатор, архетипы, биосоциальные роли, функциональные ролевые модели.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОССИЙСКОГО ЧЕЛОВЕКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СПЕЦИФИКУ ОКАЗАНИЯ ЕМУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Ф. Филатова

В статье обсуждаются ключевые идеи «Этического персонализма» А.Ф. Бондаренко. Представлена попытка систематизировать некоторые социокультурные и психологические особенности русского (российского) человека. Показана необходимость учёта выделенных характеристик при оказании психологической помощи.

Ключевые слова: Этический персонализм, социокультурные и психологические особенности российского человека.

SUMMARY

PRIMARY PREVENTION OF DRUG DEPENDENCE AMONG CHILDREN AND TEENAGERS

A.A. Kusainov, V.P. Pavlenko, E.B. Baykenov

In article theoretical bases of emergence and development of drug dependence are stated, their main implications are described. The special attention is paid to illumination of the practical questions bound to carrying out of primary prevention.

PSYCHOGENETIC MODEL AND THEORY OF PERSONALITY BY Y.V. VALENTIK IN PSYCHOTHERAPY

I.K. Chobanu

The article is devoted to psychogenetic model and theory of personality, created by Y.V. Valentik. Possibilities to apply this theory into wide psychotherapeutic practice as a basis for integration of different approaches including treatment of addicted and suicidal patients, in continual and differentiated continual psychotherapy are considered. There is information about personality statuses test, made using this theory, and the results of diagnostic of suicidal patients with this test. Psychotherapeutic kinesiology based on this theory is discussed. In this article we suggest to create individual psychotherapeutic and rehabilitation programs for patients with different psychiatric and addictive disorders.

Key words: psychogenetic theory of personality, psychotherapeutic kinesiology, continual psychotherapy, test of personality statuses, psychotherapeutic and rehabilitation programs.

USE OF TECHNOLOGY OF THE SEMI-STRUCTURED INTERVIEW «AN INDEX OF GRAVITY OF ADDICTION» FOR DIAGNOSTICS OF SOCIAL AND MEDICAL PROBLEMS OF CLIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE IN THE CONDITIONS OF AN AMBULATORY CARE

D.E. Ayaganova, M.V. Prilutskaya-Sushenko

In article is given the description of clinical experience of application of a technique of the semi-structured interview «Index of gravity of an addiction» (IGA) for diagnostics of problems of the client in the conditions of out-patient service. For the first time in practice the integrated assessment of «dissatisfaction zones» was correlated to needs of the client. The attention to frequent disharmony between degree of concern about this or that problem and need for its decision is paid.

THE COMPLEX CHARACTERISTIC OF SECTOR OF THE NARCOLOGICAL HELP RENDERED IN PUBLIC INSTITUTIONS OF AN EDUCATION SYSTEM AND SOCIAL SERVICES OF UKRAINE

A.L. Katkov

In the article «The Complex Characteristic of Sector of the Narcological Help Rendered in Public Institutions of an Education System and Social Services of Ukraine» by the author A.L. Katkov the main characteristics of sector of the narcological help rendered in public institutions of an education system and social services of Ukraine are surveyed. In particular, data are provided about: the main covered groups; the stages of the narcological help realized in surveyed sector; to regulatory base; to structure of profile service; personnel security, specification and qualification; realized technologies; resource security; features of intrasystem and intersectoral interaction; main deficiencies and obstacles which are available in this sector. Conclusions concerning efficiency and quality of the narcological help in an education system and social services of Ukraine are drawn.

Keywords: narcological help, education, social service.

THE COMPLEX CHARACTERISTIC OF SECTOR OF THE NARCOLOGICAL HELP RENDERED BY NON-STATE AND NON-PROFIT ORGANIZATIONS OF UKRAINE

A.L. Katkov

In article «Complex characteristic of sector of the narcological help rendered by non-state and non-profit organizations of Ukraine» by the author A.L. Katkov the main characteristics of sector of the narcological help rendered in sector of non-state and non-profit organizations of Ukraine are surveyed. In particular data are provided about: the main covered groups, the stages of scientific program realized in surveyed sector; to regulatory base; to structure of profile service; personnel security, specification and qualification; realized technologies; resource security, features of intrasystem and intersectoral interaction; main deficiencies and obstacles which are available in this sector. Conclusions concerning efficiency and quality of NP rendered by non-state and non-profit organizations of Ukraine are drawn.

Keywords: narcological help, non-state and non-profit organizations, analysis.

THE COMPLEX CHARACTERISTIC OF SECTOR OF THE NARCOLOGICAL HELP RENDERED IN SYSTEM OF THE PUBLIC PENITENTIARY SERVICE OF UKRAINE

A.L. Katkov

In the article «The Complex Characteristic of Sector of the Narcological Help Rendered in System of the Public Penitentiary Service of Ukraine» by the author A.L. Katkov the main characteristics of sector of the narcological help rendered in system of the Public penitentiary service of Ukraine are surveyed, brought including data about: the main covered groups; the stages of the narcological help realized in system of the Public Penitentiary Service; to regulatory base; to structure of profile service; personnel security, the specification and qualification of the employees acting in this sector of the narcological help; realized technologies; resource security; features of intrasystem and intersectoral interaction; main deficiencies and obstacles which are available in this sector. Conclusions concerning efficiency and quality of the narcological help in system of the Public Penitentiary Service of Ukraine are drawn.

Keywords: narcological help, penitentiary service, analysis.

THE COMPLEX CHARACTERISTIC OF SECTOR OF THE PRIVATE NARCOLOGICAL HELP RENDERED IN HEALTH SYSTEM OF UKRAINE

A.L. Katkov

In the article «The Complex Characteristic of Sector of the Private Narcological Help Rendered in Health System of Ukraine» by the author A.L. Katkov the main characteristics of sector of the private narcological help rendered in system of the Health Protection Ministry (HPM) of Ukraine are surveyed. In particular, data are provided: about the main covered groups of the population; stages of the narcological help; to the regulatory base regulating activity of this sector; to structure; personnel security, the specification and qualification characteristics of personnel structure of surveyed sector of the narcological help; realized technologies; resource security; features of intrasystem and intersectoral influence; main deficiencies and obstacles which are available in this sector; to assessment of efficiency and quality of the narcological help. The conclusion about need of the addressless account and the equal competition to public sector of the narcological help is drawn.

Keywords: narcological help, private sector, analysis.

SOME CHARACTERISTICS OF EFFICIENCY AND QUALITY OF SECTOR OF THE STATE NARCOLOGICAL HELP OF THE MINISTRY OF HEALTH PROTECTION OF UKRAINE

A.L. Katkov

In the article «Some Characteristics of Efficiency and Quality of Sector of the State Narcological Help of the Health Protection Ministry (HPM) of Ukraine» by the author A.L. Katkov such characteristics of the state narcological help, as resource security are surveyed; assessment of intrasystem and intersectoral interaction; the main obstacles and the deficiencies identified at each stage of the narcological help; the general assessment of efficiency and

quality of surveyed sector of the narcological help, removed including taking into account all above-stated parameters. The conclusion about the efficiency limited as a whole and low quality of the state narcological help rendered in system of MOZ of Ukraine is drawn.

Keywords: narcological help, macrostructure, stages.

ABOUT RESULTS OF A COMPLEX ASSESSMENT OF NATIONAL SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP OF UKRAINE

A.L. Katkov

In the article «About Results of a Complex Assessment of National System of the Narcological Help of Ukraine» by the author A.L. Katkov the results of complex research on an assessment of national system of the narcological help of Ukraine are described. Parameters analyzed: coverage and satisfaction of requirements for the narcological help of the general and special groups of the population; the range of used services; system of the factors counteracting rising of efficiency and quality of the rendered narcological help; potential of development of national system of the narcological help. The conclusion about need of development of the special strategy referred on overcoming of systemic crisis in the surveyed sphere is drawn.

Keywords: narcological help, national system, complex assessment.

FEATURES OF OUT-PATIENT AND STATIONARY INSPECTION OF MENTAL HEALTH OF PERSONS OF PRE-CONSCRIPTION AND MILITARY AGE

L.N. Dahova

In article are surveyed a pubertal stage of age crisis at teenagers – a teenage psychological complex, features of out-patient and stationary inspection of persons of pre-conscription and military age.

THE CRISIS OF ADAPTATION AS AN ELEMENT OF PERSONAL DEVELOPMENT OF A STUDENT. ECOFACILITATIVE APPROACH

S.A. Olifira

The article deals with modern approaches to the concepts of «adaptation», «crisis», understanding the ways of overcoming crisis of personality. It includes a description of crisis of adaptation as an element of personal development. Ecopsychological facilitation as a kind of psychological help is described. Also our own theoretical model of overcoming the crisis by means of facilitative influence revealed.

Key words: crisis, adaptation, ecopsychological facilitation, development of personality, overcoming of crisis states.

QUESTION ABOUT THE METHOD OF ARCHETYPE'S THEATRE/THE ARCHETYPICAL ANALYSER

A.F. Filatova

The article has presented authors impression of Cheglova's method «The archetype's theatre / the archetypical analyser». It has denoted basic merit and region of using. Also You can find some practical examples here.

Key words: the archetype's theatre, the archetypical analyzer.

SOCIOCULTURAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF RUSSIANS, WHICH DETERMINED SPECIFICITY OF PSYCHOLOGICAL HELP FOR THIS POPULATION

A.F. Filatova

The article shows the most significant ideas «The ethic personalizm» by Bondarenko A.F. The attempt of systematizing some sociocultural and psychological features of Russians has been offered. It shows necessity of marked out this features under psychological help.

Key words: The ethic personalizm, sociocultural and psychological features of Russians.
