

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том VIII**

**№ 4**

**2002**

**Москва-Павлодар**

---

---

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков** (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров (главный редактор); Е.В. Денисова (ответственный секретарь); А.Н. Рамм (редактор); кандидат медицинских наук С.А. Алтынбеков; профессор Ж.А. Алимханов; профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; кандидат медицинских наук Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф. Трубецкой (Москва); профессор А.А. Чуркин

## **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); доктор медицинских наук, профессор Ж.А. Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р.Г. Илешева (Алматы); 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 Х.А. Сагын (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.В. Соложенкин (Бишкек); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); М.З. Таргакова (Алматы); профессор, доктор медицинских наук Н.К. Хамзина (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано  
Министерством печати и массовой информации  
Республики Казахстан**

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

**Журнал основан в 1995 году  
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.  
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-40  
E-mail: neovitae@pisem.net**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

<i>Макаров В.В., Кириллов И.О., Чобану И.К.</i>	9-20
III Всемирный конгресс по психотерапии	
<i>Правила оформления статей</i>	20-21

### ПСИХОТЕРАПИЯ

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

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

**Том VIII  
№ 4  
2002 год**

**выходит  
4 раза в год**

<i>Александрович А.В.</i>	22-24
Бодиарттерапия в творческой мастерской	
<i>Быков С.И., Давидович Д.Н.</i>	
Путешествие в реальность мифа (экскурс в практическое мифотворчество)	24-34
<i>Гингер С.</i>	
Психология женщины - психология мужчины (отличия женского мозга от мужского)	35-38
<i>Дюсметова Р.В., Дюсметов Б.Р.</i>	
Психотерапия фобий высоты как профилактика суицидального риска	38-41
<i>Ермошин А.Ф.</i>	
Конструктивный рисунок человека как соматопсихотерапевтическая карта	41-42
<i>Ермошин А.Ф.</i>	
Синдром энергетического голодаия мозга и его отражение в конструктивном рисунке человека	42-43
<i>Ермошин А.Ф.</i>	
Специфический релаксационно-рекреативный психокатализ	44-45
<i>Куцан М.</i>	45-54
Психотерапия в Китае	
<i>Летуновский В.В.</i>	54
Методы экзистенциальной терапии	
<i>Макаров В.В.</i>	55-66
Психотерапия в Российской Федерации	
<i>Поветкина О.А.</i>	66-68
Опыт психоаналитического образования в Москве	
<i>Россинский Ю.А., Валивач М.Н.</i>	
Клинический подход и применение интегративно- развивающего психотерапевтического процесса в ле- чении пограничных состояний, психосоматических	
и наркологических расстройств	68-73
<i>Россинский Ю.А., Валивач М.Н.</i>	
Клинический подход и применение интегративно- развивающего психотерапевтического процесса в ле- чении пограничных состояний, психосоматических	
и наркологических расстройств	
(диагностическая мишень, биологический уровень)	73-79

---

---

## **ПСИХИАТРИЯ**

*Дахова Л.И., Ахунджанова И.Ю.*

Сложный случай нижней параплегии с контрактурой суставов у больного с кататонической пропф-шизофренией с вторичной нейролептической энцефалопатией 80-81

*Дюсембеков В.Н., Фонарева Н.Н., Джапаридзе Л.Ф., Бабенко М.В., Ковтун В.Г., Джапаридзе И.Л.*

Особенности клиники сердечно-сосудистой патологии в психиатрической практике 81-82

*Дюсембеков В.Н., Фонарева Н.Н., Бабенко М.В., Трушкова О.Г., Джапаридзе Л.Ф., Ковтун В.Г.*

Опыт применения кетамина в отделении неврозов и пограничных состояний 83-84

*Катков А.Л., Россинский Ю.А.*

Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан 84-97

## **НАРКОЛОГИЯ**

*Абакумов Е.Г.*

Комплексное немедикаментозное лечение психоорганического синдрома у больных с зависимостью от этанола 98-101

*Алтынбеков С.А., Денисова Е.В., Сембинова А.С.*

Особенности распространения наркозависимости среди населения Республики Казахстан 101-103

*Зяягин А.В.*

Факторы риска злокачественного прогрессирования психоорганических расстройств у лиц с зависимостью от этанола 103-106

## **ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

*Рычков Н.Н.*

Возрастной аспект формирования мотивационной сферы личности у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями 107-108

## **ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

*Кудеринов Т.К.*

Пограничная психическая патология среди населения Ультауского района  
(по данным эпидемиологического обследования) 109-111

---

---

## **ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ**

<i>Богомолова Л.В.</i>	
Необходимость преобразования «виртуального воздействия» здоровье сберегающими технологиями обучения	112-114
<i>Шахмедин Н.Б.</i>	
Суфийские практики в оздоровительных и терапевтических программах	114-115

## **ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА**

<i>Савченко О.Ф.</i>	
Связующее звено в цепи развития цивилизации	116-121

## **ОБЗОР, ИНФОРМАЦИЯ**

<i>Мусинов С.Р.</i>	
Распространение зависимости от психоактивных веществ и меры противодействия в общемировой практике	122-155

## **РЕЦЕНЗИИ**

<i>Катков А.Л., Макаров В.В.</i>	
Предварительная Рецензия на проект МЗ Российской Федерации «Об организации психотерапевтической помощи населению»	156-157

<i>Резюме</i>	158-168
---------------	---------

<i>Системный указатель и библиография, опубликованных статей в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии» в 2002 году</i>	169-172
---	---------

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## TABLE OF CONTENTS

### EDITORIAL ARTICLES

#### FOUNDERS:

<i>Makarov V.V., Kirillov I.O., Chobanu I.K.</i>	9-20
III World congress of psychotherapy	
<i>Rules of registration of articles</i>	20-21

### PSYCHOTHERAPY

#### Professional Psychotherapeutic League

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

Volume VIII  
№ 4  
2002  
Published 4 times  
in a year

<i>Aleksandrovich A.V.</i>	
Body art therapy in creative workshop	22-24
<i>Bykov S.I., Davidovich D.N.</i>	
Travel to a reality of a myth	24-34
<i>S.Ginger</i>	
Female psychology - male psychology	35-38
<i>Dyusmetova R.V., Dyusmetov B.R.</i>	
Psychotherapy of phobias of height as prevention of suicide risk	38-41
<i>Ermoshin A.F.</i>	
Constructive figure of man as somatopsychotherapeutic map	41-42
<i>Ermoshin A.F.</i>	
Energy brain starvation syndrome and its reflection in constructive figure of man	42-43
<i>Ermoshin A.F.</i>	
Specific relaxation-recreative psychocatalysis	44-45
<i>Mingyi Qian</i>	
Psychotherapy in China	45-54
<i>Letunovsky V.V.</i>	
Methods of existential therapy	54
<i>Makarov V.V.</i>	
Psychotherapy in the Russian Federation	55-66
<i>Povetkina O.A.</i>	
Experience of psychoanalytic education in Moscow	66-68
<i>Rossinsky J.A., Valivach M.N.</i>	
The clinical approach and application of integrative-developing psychotherapeutic process in treatment of borderline state, psychosomatic and narcological disease	68-73
<i>Rossinsky J.A., Valivach M.N.</i>	
The clinical approach and application of integrative-developing psychotherapeutic process in treatment of borderline state, psychosomatic and narcological disease	73-79
( a diagnostic target, a biological level)	

---

---

## PSYCHIATRY

<i>Dahova L.I., Ahundzhanova I.Y.</i>	
Complex case of paraplegia with joint contracture at the patient with catatonic prof-schizophrenia with secondary neuroleptic encephalopathy	80-81
<i>Dyusembekov V.N., Fonareva N.N., Dzhamparidze L.F., Babenko M.V., Kovtun V.G., Dzhamparidze I.L.</i>	
Features of clinic of a cardiovascular pathology in psychiatric practice	81-82
<i>Dyusembekov V.N., Fonareva N.N., Babenko M.V., Trushkova O.G., Dzhamparidze L.F., Kovtun V.G.</i>	
Experience of ketamine application in neuroses and borderline state department	83-84
<i>Katkov A.L., Rossinsky J.A.</i>	
Complex research of a condition, level and the basic tendencies in formation of mental health of the population of Republic of Kazakhstan	84-97

## NARCOLOGY

<i>Abakumov E.G.</i>	
Complex not medicamentous treatment of psychoorganic syndrome at patients with ethanol dependence	98-101
<i>Altynbekov S.A., Denisova E.V., Sembinova A.S.</i>	
Features of distribution of drug dependence among the population of Republic of Kazakhstan	101-103
<i>Zvyagin A.V.</i>	
Risk factors of malignant progressing of psychoorganic disorders at persons with ethanol dependence	103-106

## BORDER-LINE PATHOLOGY

<i>Rychkov N.N.</i>	
Age aspect of formation of motivational sphere of personality at patients with chronic nonspecific diseases	107-108

## BORDER-LINE DISORDERS

<i>Kuderinov T.K..</i>	
Boundary mental pathology among the population of Ulytau region	109-111

## PEDAGOGICS OF HEALTH. VALEOLOGY

<i>Bogomolova L.V.</i>	
Necessity of transformation of «virtual influence» health keeping training technologies	112-114

---

---

---

---

*Shahmed N.B.*  
Sufism practice in improving and therapeutic programs 114-115

## **DISCUSSION TRIBUNE**

*Savchenko O.F.*  
Link in a circuit of development of a civilization 116-121

## **REVIEW, INFORMATION**

*Musinov S.R.*  
Distribution of substances dependence and a measure of counteraction in universal practice 122-155

## **REVIEWS**

*Katkov A.L., Makarov V.V.*  
The preliminary review of the project of Ministry of Health of the Russian Federation «About the organization of a psychotherapeutic service to the population» 156-157

*Summary* 158-168

*The system index and the bibliography of published articles in journal «Voprosy mental'noy medetsiny i ecologii» in 2002* 169-172

---

---

## РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

### III ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХОТЕРАПИИ

В.В.Макаров, И.О.Кириллов, И.К.Чобану

г. Москва

III Всемирный конгресс под девизом «Душа мира – путь к глобализации» состоялся. В нем участвовали более пяти тысяч психотерапевтов из 80 стран, со всех континентов нашей планеты. Конгресс констатировал завершение первого этапа объединения психотерапевтов – формирование Всемирного Совета психотерапии. Разрабатывается всемирная хартия работы психотерапевтов. Осуществляются трансконтинентальные образовательные проекты в области психотерапии. Внедрены образовательные стандарты Европейского сертификата психотерапевта, которые приняты также в Японии и Китае. Открыт диалог израильскими и палестинскими психотерапевтами, направленной на нормализацию ситуации в регионе. Избрано правление Всемирного Совета психотерапии в составе 24 человек. Президентом ВСП вновь избран профессор Альфред Притц (Австрия), одним из вице-президентов профессор Виктор Викторович Макаров (Россия). В декларации, принятой на Конгрессе, сказано: профессия психотерапевта призвана улучшать качество жизни всех жителей земли. Современные психотерапевты призваны работать на трех уровнях: персональном, интерперсональном и культуральном. Деятельность на стыке культур – новая задача психотерапии. Главная особенность современной психотерапии – взаимное признание и уважение представителей всех ее вариантов и школ, открытое общение и взаимодействие между людьми и между культурами. На одном полюсе психотерапии сосредоточены научно-обоснованные методы. Их в переделах двадцати. На другом полюсе с психотерапией граничат традиционные народные практики. Развитие психотерапии во всем мире – важная часть пути ко всемирному согласию, миру и солидарности. Перейдем к изложению материалов конгресса.

#### 1. Обзор конгресса

Конгрессу предшествовало 30 преконгрессов. В программе конгресса было прочитано 237 пленарных лекций; состоялись секционные заседания, мастерские, круглые столы, презентации – всего 792 мероприятия. На них освещались темы психотерапии, организация психотерапии, образование в области психотерапии, модальности, формы патологии и группы клиентов, симптомы расстройств,

прочие разделы психотерапии. Перечислим названия разделов.

#### Теория психотерапии:

- Базовые вопросы бытия и роль духовности;
- Биологическая обратная связь;
- Сравнение различных школ психотерапии;
- Компьютерные технологии и психотерапия;
- Диалог школ психотерапии;
- Оценка/ сравнение эффективности;
- Психотерапия «доказательств» и психотерапия «модальности переживания»;
- Области деятельности психотерапевта;
- Фокусирование;
- Генные технологии и эмоции;
- Личность и идентификация психотерапевта;
- Образы мужчины и женщины – их влияние на психотерапию;
- Взаимодействие психофармакологии и психотерапии, психотерапевтов и врачей;
- Интернет-коммуникация;
- Новые методы в психотерапии;
- Психотерапевтическая периодика – диалог издателей;
- Психотерапия и управление;
- Психотерапия и медицина;
- Психотерапия и политика;
- Психотерапия и психиатрия;
- Психотерапия и школа;
- Психотерапия и духовность;
- Психотерапия и университеты;
- Психотерапевтические школы в межконтинентальном взаимодействии;
- Психотерапия в экономике – программа помощи служащим;
- Психотерапия в образовании и школах;
- Психотерапия в кинематографе;
- Психотерапия в новейших технологиях;
- Психотерапия в Интернете;
- Методы психотерапии в сотрудничестве;
- Качественный контроль в психотерапии;
- Новые области работы;
- Исследование результатов;
- Методы релаксации;
- Краткосрочная и долговременная психотерапия;
- Духовность;

- 
- Традиционное целительство/ шаманизм.
- 

### **Организация психотерапии**

- Смена терапевтов;
- Сотрудничество с другими профессиями;
- Глобальная психотерапия;
- Психотерапия в Африке;
- Психотерапия в Азии;
- Психотерапия в Австралии/ Новой Зеландии/ странах Тихого океана;
- Психотерапия в Латинской Америке;
- Психотерапия в Северной Америке;
- Психотерапия в Западной Европе;
- Психотерапия в Восточной Европе;
- Миграции и межкультурные конфликты;
- Национальные и международные этические правила;
- Типы профессиональных организаций психотерапии и психотерапевтов;
- Сравнение законов о психотерапии;
- Медицинское страхование и другие модели финансирования.

### **Образование в области психотерапии**

- Сертификация в обучении психотерапии;
- Критерии тренинговой терапии;
- Сравнение критериев приема на обучение психотерапии в разных странах;
- Сравнение обучающих программ разных стран;
- Супervизия;
- Как стать кандидатом для обучения;
- Психотерапевтическое обучение в программах «дистантного» образования;
- Психотерапевтическое обучение в различных культурах и языках;
- Психотерапевтические школы в межконцептуальном взаимодействии.

### **Модальности**

- Аналитическая психотерапия К.Г.Юнга;
- Аутогенная тренировка;
- Бихевиоральная терапия;
- Телесная психотерапия;
- Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса;
- Дизайн анализ;
- Экзистенциальный анализ;
- Групповой психоанализ;
- Групповая психотерапия;
- Гипноз;
- Психотерапия направляемой визуализации;
- Индивидуальная психология А. Адлера;
- Интегративная гештальт-терапия;
- Интегративная психотерапия;
- Логотерапия;
- Психодиагностика;
- Психоаналитическая психотерапия;

- Психодрама;
- Транзактный анализ;
- Трансперсональная психотерапия;
- Системная семейная психотерапия;
- Нейролингвистическое программирование (НЛП);
- Позитивная психотерапия.

### **Формы патологии и группы клиентов**

- Алкоголизм, Аутизм, Пограничные расстройства;
- Наркотическая и другие зависимости;
- Пищевые зависимости/ нервная анорексия/ булимия;
- Маниакально-депрессивный синдром;
- Неврозы навязчивости;
- Расстройства личности;
- Посттравматические расстройства;
- Психосоматика;
- Жертвы фундаментализма и фанатизма;
- Жертвы пыток;
- Секты и жертвы сект;
- Психотерапия с безработными;
- Психотерапия с жертвами войны;
- Психотерапия за городом;
- Психотерапия на телевидении/ «ток-шоу»;
- Психотерапия с преступниками;
- Психотерапия с инвалидами;
- Психотерапия с людьми пожилого возраста;
- Психо-онкология;
- Болезнь Альцгеймера и другие эмоциональные нарушения людей преклонного возраста;
- Депрессии;
- Нарушения детского и подросткового возраста;
- Трансплантационная медицина;
- Шизофrenия;
- Новые заболевания;

### **Симптомы:**

- Агрессия/ управление агрессией;
- Хронические боли;
- Экстремизм;
- Страх полетов;
- Страхи/ панические атаки/ фобии;
- Самоубийство и попытки самоубийства;
- Отсроченные последствия геноцида;
- Одиночество/ совместимость/ проблемы партнерства;
- Потеря детей;
- Расстройства сна;
- Ощущения и потеря чувствительности;
- Нарушения сексуальной идентификации;
- Сексуальные расстройства;
- Соматические эмоциональные расстройства;
- Переживание горя;
- Множественные личности;
- Нарциссизм.

<p>Другие разделы психотерапии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Биоэнергетика;</li> <li>➤ Последствия нацизма и расстройства личности;</li> <li>➤ Медитация;</li> <li>➤ Негативные терапевтические реакции;</li> <li>➤ Новые способы коммуникации между поколениями;</li> <li>➤ Новая семья;</li> <li>➤ Партнерство и брак – межкультуральное сравнение.</li> </ul>	<p>ассоциации психотерапии запланирован в России в мае 2007 года.</p> <p>За три года, истекшие после II Всемирного конгресса, во всех странах Латинской Америки сформировались национальные ассоциации психотерапии. Все они объединились в континентальную Латино-Американскую Ассоциацию психотерапии. Именно в столице Аргентины, Буэнос-Айресе в 2005 году будет проводиться IV Всемирный конгресс по психотерапии. На Северо-Американском континенте, как в США, так и в Канаде, происходит процесс изучения и осознания новых инициатив, исходящих из ВСП.</p>
---	--

## **2.Anima Mundi. Глобализация. Психотерапия**

Летом 2002 года австрийская столица, город Вена, вновь принимала Всемирный конгресс по психотерапии, уже третий по счету. И это не случайно, ведь современная мировая психотерапия во многом происходит из этой европейской столицы. Первый и второй Всемирные конгрессы уже освещались в нашей профессиональной прессе (1-10). В данной статье авторы поделятся своими впечатлениями и впечатлениями коллег, не претендуя охватить и тем более обобщить весь Всемирный конгресс.

*Генеральная ассамблея Всемирного Совета по психотерапии (ВСП).* Данная организация не собирает членские взносы, а работает на средства, поступающие от проведения Всемирных конгрессов. Организация проводит и планирует проводить много континентальных и межконтинентальных конференций и конгрессов. В Европе их проводят организации, входящие в Европейскую Ассоциацию психотерапии, объединяющую психотерапевтов 42 стран этого континента.

Азиатская Ассоциация психотерапии развернула в Индии дискуссию о взаимоотношениях психотерапии западного мира и традиционных практик Индии. В январе 2003 года в Индии состоится континентальная конференция на эту тему. Интенсивно развивается психотерапия Японии. В настоящее время в стране уже более 20 ассоциаций по различным модальностям психотерапии. Континентальная конференция в Японии состоится в 2006 году. Не менее интенсивно современная психотерапия развивается и в Китае. Большая статья на эту тему опубликована в специальном выпуске Профессиональной психотерапевтической газеты. Здесь ограничимся сообщением, о том, что развитие психотерапии в Китае и России имеет много общего. И изучение китайского опыта поможет нам осознать дополнительные грани нашей национальной ситуации. V Всемирный конгресс по психотерапии будет проходить в Пекине в 2008 году. Кстати, Европейский сертификат психотерапевта шагнул за пределы континента и получил признание в Японии и Китае. Наша страна с текущего года также получила прописку в Азиатской ассоциации психотерапии. И континентальный конгресс Азиатской

Интенсивно развивается и психотерапия Африканского континента. Здесь в ряде стран складываются национальные ассоциации. То же можно сказать об Австралии и Океании. Важно отметить, что объединения профессионалов в области психотерапии складываются не только по принадлежности к странам и континентам. Единые культурные и языковые корни повели к консолидации в единую ассоциацию стран Арабского мира. Наша Профессиональная психотерапевтическая Лига фактически стала объединением профессиональных психотерапевтов и консультантов не только России, но и всех бывших республик Советского Союза. Нас объединяют общий язык, общие культурные корни, менталитет наших клиентов, полученное образование, возможности создания общего пространства для практики и развития. Нам еще предстоит рассмотреть русскоязычную психотерапию и консультирование в контексте мировых тенденций развития наших специальностей.

И тех, кто уже был на предыдущих Конгрессах, и тех, кто приехал впервые, не переставало удивлять, в самом лучшем смысле этого слова, разнообразие участников – их теоретических взглядов, практических подходов и поднимаемых тем. Все важнейшие модальности были представлены на Всемирном прогрессе. Ощущение единения, присущие любому собранию людей, стремящихся понять друг друга, наглядно демонстрировало движение нашего профессионального сообщества от периода разбрасывания камней, которые часто превращался забрасывание камнями друг друга, ко времени сортирования камней и профессионального конструктивного диалога. На наших глазах, с нашим участием рождается обновленная профессиональная идентификация. У нас появляется шанс стать по-настоящему научными и искать истину везде, подобно Мехдженуну, ищущему свою возлюбленную даже во прахе.

Так, например, вместо того, чтобы наклеивать на все, что непонятно, ярлык шарлатанства, быть может, мы сможем увидеть за непонятной формой крупицы бесценного опыта, выраженного не научнообразным языком, но сотканным из тонкой материи фольклора и метафор. Важно перевести язык

---

традиционных целителей на язык, понятный современному человеку. Если разобраться, мы работаем в области, которая ещё только развивается и зачастую параллельна традиционному целительству. А во многом является его прямой родственницей и наследницей.

А.Притц говорил в одном из своих выступлений, что именно сотрудничество – это то, что всегда обеспечивает будущее и развитие, и что когда мы теряем способность меняться, исчезает наша способность к психотерапии.

### 3. Всемирный калейдоскоп

Конгресс- это всегда возможность взглянуть на развитие различных методов психотерапии в различных странах и научиться чему-то для себя совершенно новому.

Erving Polster в пленарной лекции «Путь к единению: терапевтическая карта». Говорил о том, что рассказывать правильные психотерапевтические истории трудно. Люди рассказывают неправильные истории и неправильным способом. С его точки зрения не обязательно быть в контакте с конкретными людьми, важно иметь контакт с культурой. К такому выводу пришел автор, обсуждая границы контакта психотерапевта и пациента. Автор задался вопросом. Какой бы была мировая психотерапия, если бы не было религии?

Erving Polster в пленарной лекции “Четыре пути к взаимосвязанности: терапевтическая карта” говорил о том, что человеку важно чувствовать взаимосвязанность различных аспектов его жизни, чтобы уметь выбирать, куда двигаться дальше. Он выделил четыре пути, ведущих к этой взаимосвязанности и проходящих через разные измерения.

Первое измерение – момент за моментом – это временная связанность. Она не ограничена осознанием или определенностью, а представлена последовательностью во времени. Ее можно сравнить со стрелами, исходящими из одного пункта. Человек принимает решение и выбирает одну стрелу, которая определит следующий набор стрел, идущих из нового места в разных направлениях, где процесс выбора должен повториться. Каждый последующий шаг связан с предыдущим и определяет будущий.

Второе измерение – это событие за событием. Эта связанность представлена историями. Хорошо рассказанная история интегрирует жизненный опыт, особенно противоречия и боль, тем самым, обеспечивая здоровую последовательность событий. Более того, люди запоминают свою жизнь в соответствии со своими историями. Если вы уважаете историю своей жизни, то вы будете уважать и свою жизнь. Люди рассказывают неправильные истории и неправильным способом. Поэтому очень важно помочь пациенту рассказать историю своей жизни. Тема историй была затронута также и в отдельной лекции, которую мы рассмотрим ниже.

---

Третье измерение можно определить как человек с человеком. Взаимосвязанность между людьми представлена концепцией границы контакта и выражается в чувстве принадлежности и идентичности.

Четвертое измерение – это измерение самой личности, характеризующейся наличием разнообразных качеств, субличностей и других частей. Способность выделить и дать имя каждой части личности помогает улучшить их функционирование и усилить идентичность. Этот процесс дает человеку силы перед лицом бесконечности личного опыта.

Психотерапия способна восстановить взаимосвязанность в любом из этих измерений.

В лекции о важности историй в жизни человека Polster остановился на том, что крайне важно рассказывать истории и обучать этому своих пациентов. Психотерапевт подобен писателю, он выбирает терапевтически правильную историю из огромного разнообразия возможностей. Здесь можно руководствоваться лишь собственным ощущением правильности. Никаких рецептов и рекомендаций по выбору истории нет. Чаще всего те истории, которые представляют наибольшую важность для рассказчика, послужат основным целям психотерапии.

Polster отметил, насколько важно преодолеть фактор риска при изложении истории. Уровень боли и драмы, содержащихся в истории, может быть крайне высок. Боль становится переживанием, ведущим к сужению внимания. Драма выстраивает перспективу и определяет соответствующее место для боли.

Для пациента очень важен вопрос, насколько он может доверять психотерапевту, опускаясь по опасному пути воспоминаний. Насколько компетентным окажется специалист, когда появится опасность. Психотерапия, как и роман, должна стимулировать человека двигаться вперед, давать столько, сколько он может переварить.

Автор выделил основные цели изложения истории. Самой важной целью он считает создание условного моста между рассказчиком и теми людьми, кто ему важен. Ведь окружающие люди могут узнать о пережитом другим человеком лишь из его собственных рассказов. Ничто не может заменить их.

Следующей целью будет регистрация жизни, жизненного опыта человека.

Еще одной целью изложения историй станет упомянутая взаимосвязанность. Человек, выстраивая историю, отмечает, где он был, что думает о тех людях, с которыми он тогда общался. Она может поведать, из чего составлена жизнь человека и как эти события связаны друг с другом. История обеспечивает последовательность движения человека по жизни. Например, сказка про Ганса и Гретель, которые шли по лесу и бросали крошки на

землю, чтобы найти путь, похожа на ситуацию изложения историй. Крошки – истории – отмечают путь, которым шел человек. Однако, как только крошки съедены, путь теряется. То же происходит и в жизни человека, истории высвечивают основные жизненные события и маркируют движение по жизни. Чаще всего эти крошки съедаем мы сами, а потом не понимаем, куда же мы идем.

Еще одной целью создания историй следует назвать повторное проживание жизни. Каждый раз, когда человек рассказывает какую-либо историю, он вновь переживает ее, те события, свою жизнь.

Итак, истории выполняют разные функции и посредством координации этих функций они обогащают жизнь, дают ей направленность и подтверждают, что человек действительно испытал эти события. Истории можно назвать транспортом для движения по жизни.

В пленарной лекции сообщалось о стратегиях стратегических и интимных групп. Иерархия и власть важны для стратегических групп и не важны для интимных. Когда группа от стратегической движется к интимной, то отношения между ее членами могут становиться все более теплыми и даже близкими. Тогда как, работа, ради которой и создана эта группа, может делаться все хуже.

Лекция Nancy Amendt – Lion посвящена теории и креативности в гештальт-терапии. Автор считает, что для удерживания высокого уровня творчества в гештальт-терапии важно избегать развития скуки, а для этого использовать новые интервенции, работать с клиентами, отличными от привычных для вас пациентов. Очень важен игровой опыт. Создание атмосферы возможности игры, определение рамок игры. Артистизм и игры дают больше чем диалог. Важно употребление метафор, юмора, парадоксов, маленьких катастроф, стимуляция воображения и интуиции. Новые подходы складываются из явлений культуры, психологии и других наук. Гештальт-терапию автор понимает широко, как науку, искусство и образование. Опасно застыть в устоявшихся формах. Ведь психотерапия всегда в движении.

Лекция основоположника позитивной психотерапии Носрада Пезешкиана была посвящена позитивной транскультуральной психотерапии. Книги этого известного психотерапевта уже переведены на 22 языка, что больше, чем у кого-либо из ныне действующих психотерапевтов. Его лекция как всегда была насыщена метафорами и цитатами. Так, автор цитировал В.Гюго, который сказал, что важно узнать, чье время теперь пришло. В первый половине жизни люди разрушают свое здоровье для достижения успеха и денег; для того, чтобы во второй половине использовать достигнутое положение и тратить свои деньги на восстановление здоровья. А здоровым является не тот, кто не имеет проблем, а тот, кто умеет их разрешать. Позитивность, по

мнению автора, это не значит смотреть на мир через розовые очки, а значит видеть все в этом мире. Ведь поражение человека, это еще не катастрофа. Любой кризис – это новый шанс. Когда человек умеет переносить кризисы, то это кризисы развития. Пессимист в каждом шансе видит проблему, оптимист в каждой проблеме видит шанс. Если хочешь привести в порядок страну – приведи свой город. Если хочешь привести в порядок свой город – приведи свой микрорайон. Если хочешь привести в порядок свой микрорайон – приведи свой дом. Если хочешь привести в порядок свой дом – приведи свою семью. Если же ты хочешь привести в порядок свою семью, – то в начале приведи в порядок себя.

Врач видит человеческую слабость. Адвокат имеет дело с подлостью человека. Священник встречается с низостью и глупостью. Тогда как мы – психотерапевты – призваны работать с сущностью человека. У каждого человека есть способности. Так, ленивому мы сообщаем, что у него развита способность отдыхать еще до того, как он почувствует себя уставшим. И каждый человек осуществляет вклад в мировой процесс.

Позитивная психотерапия была широко представлена на конгрессе: предконгрессная мастерская Н.Пезешкиана «Потеря, смерть и горе в различных культурах - пять стадий работы с горем в позитивной психотерапии», ключевая лекция «Соберите позитивные моменты своей жизни и сохраните их на черные времена. Личный опыт дорог. Чужой опыт полезен», 12 лекций, 3 мастерских и круглый стол. География секции впечатляла: Германия, Австрия, Россия (буквально от Москвы до Владивостока), Румыния, Болгария, Чехословакия, Украина, Индия, Боливия, ЮАР.

О том, что школа Н.Пезешкиана, завершив этап становления и формирования уверенно шагнула в пору зрелости, ясно свидетельствовали доклады о работе его учеников: исследование эффективности метода при различных нозологиях, эксперименты в сочетании позитивной психотерапии с арттерапией и психодрамой, смелые инновационные техники и теоретические исследования, оптимизация процесса подготовки специалистов, связь психотерапии с религией – вот далеко не полный перечень тем, представленных в секции. Только в России за последние два года было защищено 3 кандидатских и одна докторская диссертации, в т. ч. одно из первых в мире исследований влияния супervизии на терапевтическую практику.

И, как всегда, работа этой секции была не просто обменом опытом. Это феерическое, веселое общение большой семьи, открытой и хлебосольной. Носрат Пезешкиан говорит и в шутку и всерьез, что, если вы не смеетесь с пациентом во время сессии хотя бы несколько раз, то терапия будет не качественной. О качестве работы секции можно было судить по регулярно раздававшимся из аудитории взрывом смеха.

На предшествовавшей конгрессу международной встрече по позитивной психотерапии были обсуждены инновационные методы в рамках применения метода в терапии, консультировании, педагогике, бизнес – тренингах. Завершено формирование унифицированных программ по подготовке специалистов (врачей, психотерапевтов, психологов, социальных работников и педагогов) для получения диплома позитивного психотерапевта и европейского сертификата. Сегодня систематическое обучение позитивной психотерапии ведется в Германии, Болгарии, Чехии, Словакии, Украине, Румынии и России (Владивосток, Хабаровск, а с осени 2002 г. – и Москва), а фрагментарное – в Китае, Индии, Боливии, ФАР США, и Австрии.

Лекция Gunthard Weber касалась семейной психотерапии по Б.Хеленгеру. Этот метод привлекателен тем, что история семьи становится наглядно видимой. Многие трудности в семье вызваны излишней лояльностью к своим родителям. Лектор сообщил, что расстановка семьи, например, в Китае дает сходные результаты с тем, что происходит в Европе. Очень много чувств и те же проблемы. Этот метод пока имеет много противников. Так, некоторые участники обращались с жалобами к церкви, сообщая о возникновении новой секты. Журнал «Шпигель» опубликовал острую статью, обвинив Б.Хеленгера в психологическом насилии. Группа создает эмоционально – резонансный фон, когда все настроены друг на друга. Для такой работы необходима позитивная установка участников, и не должно быть никакой оппозиции с их стороны. Важно признать ту реальность, которая есть. Стабилизировать чувства. Скорее проявляя сдерживание, чем вмешательство. Участников группы задействовать, а не отбрасывать. Расстановка – это ритуал перехода и интенсивные проявления чувств как на крестинах и свадьбах.

Использованию семейной психотерапии по Хеллингеру была посвящена и лекция Franz Ruppert «Когда душа в замешательстве: как секреты могут превратиться в психоз». Он считает, что можно подойти ближе к раскрытию тайны внезапного возникновения психоза, используя теорию связей, теорию травмы и идею Хеллингера о системных чувствах, передающихся через поколения. Автор предполагает наличие семейного бессознательного, отличающегося от индивидуального или коллективного бессознательного, так называемой, «общей семейной души». Он считает, что именно через нее опосредуется передача и влияние сильных чувств и эмоций через поколения. Этот процесс можно представить следующим образом: в семье происходят какие-то травматические события, разъединяющие ее членов. Они остаются в замешательстве, ощущая тревогу, стыд и вину, до тех пор, пока длятся эти разрушительные взаимоотношения. Попытки подавить эти чувства приводят лишь к их прочной

фиксации. В дальнейшем эти чувства способны проявиться у следующих поколений в виде психозов. В своей работе автор использует семейные расстановки для прояснения происходящего в семье и для определения чувств ее членов. Вскрытие семейных секретов освобождает человека от внутреннего замешательства и выводит из тягостной ситуации.

Maria Ammon также посвятила свою лекцию «Психотерапия шизофрении с точки зрения динамической психиатрии» теме психотерапии психозов. Автор описывает шизофрению как симбиотическое нарушение развития личности, превратившееся в длительный симбиоз, или «симбиотический комплекс», обычно складывающийся с матерью.

В таких семьях нередко наблюдаются следующие особенности: отрицание телесного контакта, нежелание разговаривать с ребенком и уделять ему время, жестокая и напряженная внутрисемейная атмосфера, перекладывание ответственности за негативные родительские чувства на ребенка, ребенка воспитывают, используя угрозу бросить его или чувство вины, превращая его в «козла отпущения», наблюдается двойственное, противоречивое отношение к ребенку, нежелание поддерживать конструктивные шаги ребенка в жизни.

При психотерапии шизофрении важно войти в симбиоз с пациентом, принять психотический трансферт, взять на себя вторичные функции Эго за пациента и гибко ограничивать симбиотические потребности пациента. Основой этого метода является формирование альянса с конструктивными и частично здоровыми частями. Это пациента. Если же такие отсутствуют, то психотерапевт будет работать с деструктивными аспектами Эго и личности пациента.

Тема психотерапии психозов прозвучала и в докладе Zoran Duyigic «Психодрама в группе женщин с психозами». Он использует психодраму в работе с больными шизофренией, когда больные пробуют вести группу, выполняя роль психотерапевта, или меняются собственными ролями. Автор считает, что смена ролей в психодраме помогает пациентам в психозе почувствовать границы собственной личности, как бы «побывать в шкуре другого человека». Также важную роль в психодраме выполняет группа, она является материнским аналогом, воспринимающим сосудом, поэтому важно, чтобы группа приняла своего члена, это принятие станет действующим психотерапевтическим фактором.

Профессор Heinz Katschnig в своем докладе «Будущее психотерапии шизофрении» остановился на основных принципах помощи этим больным. Наилучший вариант, по его мнению, заключается в правильном сочетании фармакотерапии, психотерапии и социальной работы.

По этим принципам построена работа с больными шизофренией в университетской клинике,

которую возглавляет Heinz Katschnig. В ее состав входят психиатрическое отделение, реанимация, 2 психотерапевтических отделения, психотерапевтическая поликлиника, а также дневная клиника для больных шизофренией и отдельно для больных алкоголизмом. В психиатрическое отделение попадают только больные в остром состоянии на короткий срок -10-20 дней. Затем многие из них переводятся в дневную клинику для больных шизофренией. В этой клинике они проводят в общей сложности 8-10 недель, срок, оплачиваемый страховыми компаниями. В нашем понимании это более всего похоже на дневной стационар. Больные приезжают самостоятельно к 8 часам утра и сразу завтракают. Затем делают 15-минутную гимнастику и собираются вместе на 45-минутную групповую терапию. Это первое психотерапевтическое занятие за день. Больные рассказывают, как прошел предыдущий день, с каким самочувствием они приехали в клинику, что их беспокоит.

Следующей в распорядке дня находится трудотерапия, которая больше похожа на арттерапию. Больные располагаются в просторном зале, где у них есть возможность заняться ткачеством, рисованием, лепкой, шитьем, обработкой дерева и другими подобными видами деятельности. Вновь прибывающие сперва сами выбирают то, что им нравится делать, через пару дней трудотерапевт подбирает им наиболее подходящие виды деятельности. Трудотерапия длится 2 часа.

За ней следует физиотерапия или занятия по релаксации. На физиотерапии больные получают процедуры, способствующие восстановлению ощущений границы своего тела, что обосновано наличием нарушений восприятия собственных границ у больных шизофренией. Или они могут провести занятие в бассейне.

После этого наступает время обеда и отдыха. И вновь психотерапевтическое занятие, а затем трудотерапия, физиотерапия или спорт. Лечебный день заканчивается в 15.30 и больные разъезжаются по домам. Один раз в неделю проходит групповое занятие с родственниками больных.

Групповая психотерапия с больными шизофренией структурирована. На занятиях проводятся образовательные беседы. В основном используется когнитивно-поведенческий подход. Психотерапия начинается с разъяснения понятий "психоз", "шизофрения". Больным объясняют, что такое негативные и позитивные симптомы, как они проявляются, как с ними можно справляться. Большое внимание уделяется понятию "стресса", тактикам сопротивления со стрессом и избегания его. Больных обучают искать помощи при ухудшении самочувствия, помогают научиться структурировать свой день, обслуживать себя и т.д.

Очень важна работа со стигмой. Факт установления диагноза приводит к колossalному психологическому давлению как на самого больного, так

и на его ближайшее окружение. Обычная реакция в таком случае – это непонимание, страх, отвержение больного. Пациенты пугаются и не желают лечиться.

Окружающая среда считает, что больной непонятен, противоречив, опасен, неизлечим. Сам больной также негативно оценивает себя: «я болен, я инвалид, я ни на что не способен». Сочетание этих двух факторов приводит к формированию внутренней стигмы, следствием которой чаще всего будет форма поведения в виде самоизоляции, отказа от взаимоотношений и социальных контактов. Некоторые пациенты, однако, проявляют прямо противоположную стратегию поведения, то есть они подчеркивают наличие у себя этого заболевания. К сожалению, такой подход тоже не оправдывает себя. Позиция психотерапевта состоит в том, что надо объяснить механизм возникновения стигмы и стимулировать участие пациента в группах самопомощи, где он может встретить себе подобных и обсудить общие проблемы. Очень важно вовлечь и семью в работу группы самопомощи.

Вообще в работе с больными шизофренией большое внимание уделяется семейным проблемам, больных обучают общению с родственниками. Рассматривается тема «emotional expressions» - выраженных негативных эмоций. На групповых занятиях для родственников члены семей больных могут обсудить свои трудности, получить советы от тех, кто уже прошел подобные ситуации, поделиться опытом.

В традиционной психиатрии родственники больных шизофренией обычно выполняют четыре основные роли: они могут служить объектами генетических исследований, их используют в качестве источника информации о состоянии больного, их рассматривают как причину психического заболевания или к ним относятся как к жертвам психического заболевания. Возможность участия в группе спасает родственников от чувства одиночества и помогает получить советы от «братьев по несчастью».

После пребывания в дневной клинике пациенты могут перейти в реабилитационную программу, длившуюся 6-8 месяцев. Она предназначена для тех больных, кто способен работать. В течение этого времени они проходят обучение, направленное на увеличение способности к концентрации. С пациентами занимаются психологи и социальные работники, выясняя, чего те боятся перед выходом на работу и, соответственно обучая их преодолевать эти трудности. Пациентам помогают подобрать подходящую работу и устроиться на нее.

Те, кто не способны работать, могут посещать дневные центры, оплачиваемые социальной службой. Срок пребывания в этих центрах не ограничен. Больные могут приходить в любое время дня, чтобы попить вместе кофе, посетить группу поддержки, развлечься, например, поучаствовать в автобусной экскурсии. Кроме больных шизофренией в эти

---

центры обращаются и другие больные. Однако шизофрения отмечается у 50% этих больных.

Примерно 20 лет назад при участии профессора Katschnig были организованы первые дома для больных, которые не могли жить самостоятельно и регулярно попадали в острое отделение. Целью создания этих пансионов «школы жизни» было «обучение пациентов жить независимо от семьи, и обучение семьи жить независимо от врачей». Такой дом представляет из себя многокомнатную квартиру, где проживают больные. Обычно это десять человек пациентов, которые заселяются туда одновременно на полтора года и обучаются жить самостоятельно. Врачи обеспечивают формальный уход, проводят семейную психотерапию. Каждый день туда приходит кто-либо из родственников и помогает по хозяйству. При чем все дела этот родственник выполняет с чужим ребенком, что дает ему возможность понять, где в поведении пациента, страдающего той же болезнью, что и его собственный ребенок, проявляются симптомы болезни, а где семейные проблемы или дурной характер. Родственники убеждаются, что их собственное поведение и отношение к больному играет важную роль, и начинают менять свое поведение в желаемом направлении. Примерно один раз в месяц родственники несут ночное дежурство, то есть ночуют вместе с больными. Результаты подобной терапии более чем обнадеживающие: повторная госпитализация снизилась на 80% и 80% пациентов смогли жить отдельно от своих семей.

В работе с родственниками больных можно выделить три основных варианта: семейная психотерапия, где специалист является непрекаемым авторитетом и определяет семейные причины психопатологии, групповая работа с родственниками, как в дневной клинике, когда родственникам объясняют, как преодолевать различные трудности, и самопомощь, как в пансионе «школы жизни», где семьи самостоятельно учатся справляться с ежедневными проблемами. Профессор Katschnig считает, что в работе с семьями больных важно способствовать их растущей автономности и компетентности. Ни в коем случае не стоит обвинять семью в заболевании их ребенка. Лучше всего проводить групповую работу с семьями, так как они видят, что не одиноки в трудной ситуации. Родственники получают возможность поделиться опытом и достичь новых решений вместе с теми, кто противостоит тем же проблемам. В группе они получают большую эмоциональную поддержку, что крайне важно. Многие испытывают позитивные чувства от того, что могут помочь другим.

Лекция Stephan Hau под названием «Сновидений не существует» обобщает опыт работы института психоанализа во Фрауэрте-на-Майне. Автору сновидения представляются процессуальными событиями, которые постоянно изменяются. Две трети снов представляются банальными и имеют свои

корни в повседневной жизни. Сны больше забываются, чем реальные события. Сон продолжает обрабатываться и изменяться в течение дня. Во время сновидений происходит процесс обработки информации, и готовятся решения человека. Последние 50 лет исследований в этой области затрачены на уточнение ранее полученных результатов.

Теме сновидений также была посвящена лекция Maurizio Gasseau «групповая работа со снами: откуда приходят наши сны?» Автор выделил несколько категорий снов: символические сны, пророческие сны, священные сны, кошмары, просоочные сны, возвращающиеся сны и сны, имеющие социальное значение для группы. В древности групповая работа со снами проводилась в храме Асклепия. Люди, пришедшие с вопросами или болезнями, спали и видели сны. Поначалу они ничего не говорили о своих снах, позже они должны были рассказать сон жрецу и получить интерпретацию. Тогда было обнаружено, что в группе существуют повторяющиеся сны. Автор предполагает существование социальной матрицы снов. В групповой работе со снами автор использует психодраму для восстановления содержания сна и его осознания, а в случае кошмаров для позитивного завершения сна. Вся группа участвует в этом процессе. Автор считает, что сны работают как на персональном, так и на социальном уровне.

Лекция Sylvester Walch посвящена трансперсональному, спиритуальному и персональному подходам в измерениях человеческой души. Автор поставил вопросы. Откуда мы и куда идем? Какой смысл в катастрофах и кризисах? Можно ли быть довольным собой и своей жизнью на протяжении длительного времени? Психология и психотерапия избегают спиритуальных проявлений жизни, для избежания упреков в ненаучности.

Сильное «Я» - когда человек знает, что он хочет. Он терпим и толерантен. Это делает нас не-проницаемым для интуиции и несвободными. Это прикрывает внутреннюю восприимчивость. Голотропное же обращено к целостности. Открываются мистические аспекты психики. Феномены рождения тесно связаны с феноменами сексуальности, смерти и несуществования. Уже через несколько недель после зачатия, когда начинается сердцебиение человека осознает архетипические связи. Спиритуальные опыты переносят нас в область космического сознания, любви и признательности.

Известный семейный психотерапевт Mony Elkaim из Бельгии в своей пленарной лекции «Системный подход к чувствам психотерапевта» постарался дать почувствовать каждому из слушателей, что наш опыт в психотерапии не только связан с нашей личной историей, но и несет определенную функцию в целостной терапевтической системе. Используя чувства психотерапевта, автор продемонстрировал, как исследование функции и значения

этих «резонансов» на терапевтическую систему может открыть новые пути изменений.

Профессор Jerzy Aleksandrovicz из Польши продолжил дискуссию о разделении функций и ответственности врача-психотерапевта и психолога, говоря о том, что, несмотря на то, что порой мероприятия, проводимые психологами, приводят к излечению определенных современной психопатологией заболеваний, лечение должно оставаться прерогативой врачей, т.к. медицинские знания необходимы для адекватной оценки и понимания состояния, динамики, прогноза и лечения патологических состояний. Одновременно подчеркивается роль психолога в работе с практически здоровыми людьми в области образования, развития, оптимизации общения и «субъективного качества жизни», в реабилитации соматических пациентов и адаптации пациентов с психическими расстройствами и их семей.

Участником конгресса было важно узнать о развитии созданной в 1996 г. Европейской Федерации организаций обучающих психодраме (FEPTO), идея, которой зародилась среди психодраматистов в Монреале еще в 1992 г. Сегодня в эту Федерацию входят более 40 Институтов психодрамы из 19 стран. Сегодня психодрама включена в университетские программы в Италии, Швейцарии, Турции, Югославии, Аргентине, России и др. стран.

Сегодня в Европе существует несколько теорий психодраматических техник: классическая психодрама Морено, триадная психодрама, аналитическая психодрама, юнгианская психодрама, системная психодрама. Представители этих школ во время специально организованного форума пытались найти точки соприкосновения, чтобы обогатить свое понимание метода и усовершенствовать процесс подготовки психодраматистов.

Из лекции Yuli Sasaki мы узнали, что психотерапия в Японии развивается столь бурно, что если в 1993 году было 400 направлений психотерапии, то теперь их уже более 500. Автор выделил 8 моделей понимания человека: биосоциальную; психосоматическую, биopsихосоциальную, системную, экзистенциальную, гуманистическую, религиозную, трансперсональную и интегративную. Обобщая сказанное, автор сообщил, что важно работать во всех моделях одновременно.

Автор привел старую максиму: «В медитации мы общаемся с самим собой, а в молитве – с Богом». Во время медитации «Я» говорит с бессознательным. Психотерапевтический смысл молитвы состоит в выражении благодарности религиозному объекту, разговоре ребенка с отцом, преклонении перед мастером...

Лекция David Schnarch «Исследование терапии пар» была посвящена новому подходу в лечении сексуальных нарушений в семье, основанному не на поиске патологии, а рассматривающему интимные отношения как подсистему в системе семьи.

Семейные отношения целостны. Партнеры создают системные проблемы, которые нельзя свести только к недостатку опыта общения, старым ранам или бессознательным процессам. Есть нечто большее, ведущий механизм семьи. На каком-то этапе развития пары часто наталкивается на эмоциональный тупик, который неизбежен в ее развитии. Большинство пар не получают помощи в это время и разводятся. Этот тупик может проявляться постоянно спорами и скандалами, невозможностью прийти к соглашению по каким-то вопросам, отсутствием компромиссов, не желанием пойти на уступки и извинения, частым гневом и враждебностью. Это состояние бывает связано с зависимостью от получения позитивной оценки, понимания и принятия со стороны партнера. Выход из тупика автор видит в дифференциации, или установлении различий, разграничении со своим партнером. Дифференциация – это не то же самое, что индивидуация. Автор называет дифференциацией способность сохранять ясное ощущение самого себя при близком контакте с важным партнером, требующим приспособления; умение регулировать уровень собственной тревоги; умение «не заводиться» вместе с партнером и желание выдержать боль, необходимую для роста.

Лекция Yurg Willi «Личностное развитие через бессознательно затрудненные жизненные обстоятельства» пользовалась огромной популярностью. Автор развил идеи экологической системной психиатрии. Он считает, что в жизни каждого человека важную роль играет окружающая среда. И в этом влиянии, как и в любом событии, есть и позитивные и негативные аспекты. К примеру, в природе все страдают, так как не всегда могут реализовать себя. Все зависит от окружающей среды: например, в лесу дерево хочет больше пространства, чтобы расти. В жизни человека происходит тоже самое. С точки зрения лектора, осознавание – не самое важное. Гораздо важнее понять, чего хочет человек. Надо освободить пространство – друзья, работа и прочее – чтобы было, где расти. В то же время, чтобы развиваться, надо получить позитивную реакцию от окружающей среды. А она не всегда дает позитивный ответ, тогда появляется напряжение. Мы постоянно испытываем фрустрацию. Часто нам страшно проявлять себя, так мы боимся, что нас не примут. Поэтому мы выбираем себе таких же тревожных людей и создаем нездоровые отношения. Это происходит в жизни многих людей, особенно вначале. Вопрос состоит в том, как долго будут длиться эти отношения? Будут ли эти люди думать только о тревоге? Они начинают дружить и развиваются новую личность, что становится негативным аспектом. Однако через некоторое время появляются проблемы, так как все равно хочется реализовать себя. Тогда начинается личностное развитие. Оно происходит благодаря тому, что люди делают, а не осознают.

---

Лекция Judy Kuriansky “Секс, любовь и терроризм» была связана с последствиями событий 11 сентября 2001 года. Лектор отметила, что после террористического акта в Нью-Йорке резко возросли продажи психотропных препаратов и сотовых телефонов, так как люди хотели активнее поддерживать связь друг с другом. Американцы стали активнее беспокоиться о своем микрокосмосе. Они значительно острее стали воспринимать насилие в своей семье и конфронттировать с терроризмом дома. Возросло количество разводов и новых браков, так как многие решили, что перед лицом бренности существование не хотят до конца жизни оставаться с тем, с кем были.

Трудно в рамках одного образа передать всю калейдоскопичность события. Продолжи мы в таком духе и попытайся охватить хоть 10% происходившего, получилась бы объемная книга. И все же мы надеемся, что читатель, не доехавший в этом году до Вены, включив в свое воображение, почувствовал радостное возбуждение переполненных залов и шумных коридоров, где в кулуарах, происходило самое важное – таинство человеческого общения. Встречались люди, сплетались судьбы, рождались идеи.

Чувство причастности, обращение к корням, поиск своей роли в процессе, осознание миссии как собственной, так и профессионального сообщества – важнейшее приобретение, которое каждый из нас черпает на конференциях, расширяя свое поле идентичности. Прошедший конгресс по представительности и глобальности звучания переоценить сложно. Вот лишь несколько звуков этого профессионального камертона. Прислушайтесь к нему и к себе...

#### **4. Взгляд в прошлое**

Paul Roazen исследователь из США уже в течение 40 лет занимается историей психотерапии. Его пленарная лекция касалась победителей и проигравших в истории психотерапии. Автор ставит вопрос: кто выигрывает и занимает доминирующее место в истории психотерапии, кто остается, а кто предается забвению? Может быть, выигрывает сильнейший? Увы, ответ автора неутешителен. Он утверждает, что в интеллектуальной истории это заранее знать нельзя? В пример приводит дискуссию на I Интернационале К.Маркса с нашим соотечественником Бакуниным. История показала, что именно Бакунин был прав по кардинальным вопросам революционного движения. И вместе с тем, проигравший К. Маркс считается одним из выдающихся мировых интеллектуалов. Тогда как о Бакунине, даже на его родине, сегодня знают в основном узкие специалисты – историки. Автор считает, что в истории психотерапии является самые умные и правдивые профессионалы. Это совсем другая история, чем, например, у естественных наук.

---

Большое влияние здесь оказывает этика и социум. Когда создается история одного выдающегося деятеля, обязательно разрушаются другие истории. Согласно З.Фрейду, важнее то, кем человек является, чем то, что он делает. Автор считает, что сам З.Фрейд через 100 лет, возможно, будет занимать один абзац в учебнике психотерапии. А сегодня он – ключевая фигура в интеллектуальном развитии человечества. Иное дело К.Юнг, подробная биография которого начала публиковаться только в последние годы. Методология психоанализа складывается из легенд о Фрейде. Юнгианцы читают Фрейда, тогда как сторонники Фрейда не читают К.Юнга. Это как история с К.Маркса и Бакуниным считает автор.

История изменяет представления о выдающихся фигурах психотерапии. Так, Ференци длительное время считали сумасшедшим психоаналитиком. Теперь основное внимание обращают на его выдающуюся интуицию и силу клинического подхода. Локан в начале 50 годов прошлого столетия был изгнан из международного общества психоаналитиков. Он стал известен как психоаналитик во Франции и во многом определил развитие психоанализа в своей стране. Известная жесткая polemika Мелани Кляйн и Анны Фрейд завершилась победой М.Кляйн. Она выдвинула идею о необходимости проведения психоанализа всем детям. Тогда как, по мнению автора А.Фрейд, была слишком альтруистичной и не знала пути прихода к власти.

Многие основоположники весьма популярных сегодня идей просто забыты.

Автор приходит к выводам, что того, кто не создает школу, забывают. Даже фанатизм автора и его сторонников оправдывает себя в будущем. С другой стороны и конформизм может привести к успеху. Ведь он нравится бюрократии. А бюрократия будет вечно.

София Фрейд в своей лекции затронула тему поклонения фальшивым пророкам. Она отметила, что важно стимулировать критическое мышление и внимательно рассматривать тех, кого пытаются поднять на пьедестал. Существуют знаменитые личности, которых не обязательно считать пророками. Например, Фрейд, Юнг, Э.Эриксон не начинали как пророки. Просто позже они не смогли противостоять соблазну, так как восхищение легко портит характер. В их теориях отразилась их личная жизнь. Фрейд и Юнг считали женщин неполноценными, однако, они испытывали сильнейшую привязанность к своим матерям. В их жизни постоянно участвовали женщины. Э.Эрикソン разработал теорию личности, основанную на его жизненной личной истории. Автор считает, что лучше защищаться от пророков. Или как говорил Ницше: «если на улице встретишь Будду – убей его».

## **5. Неуловимое настоящее и обнадеживающее будущее**

Доктор из Соединенных Штатов Susanne Maria Jensen в пленарной лекции утверждает, что психотерапия является базовой необходимостью для человека, ссылаясь при этом на саму этимологию слова «психотерапия» (лечение души - греч.). она говорит: «человеческие существа на протяжении жизни переживают психологические травмы. Это так же относится к «кризисам» развития, как и к внешним и внутренним событиям. Поэтому целительный опыт и переживания необходимы для продолжающегося здорового развития и поддержания общего благополучия». Далее в своем выступлении автор обращается к анализу социокультурных изменений в современном американском обществе и их влиянию на развитие личности и психосоциальное функционирование, формулирует соответствующие цели психотерапии (завершение прошлого, углубление самопонимания, развитие новых возможностей на будущее). И, наконец, сопоставив потребности общества и возможности психотерапии, фокусируется на целительных факторах психотерапевтического процесса.

Еще большее расширение в социо-историческом видении миссии психотерапии было представлено в выступлении Nicole Aknin, психотерапевта из Франции. В своей лекции «Единство в разнообразии» она говорит о естественных страхах, рождаемых неотвратимостью глобализации и объясняемых незавершенностью индивидуализации. Автор предлагает увидеть в глобализации замечательную возможность прожить свою собственную уникальность вместе с глобальной тенденцией к уникальности «...процесс индивидуализации, который мы предлагаем нашим клиентам имеет уникальную цель привести планету к глобализации». Предполагается, что после того как мы сможем воссоединить противоречия в себе, нам легко будут уладить внешние противоречия. Так мы откроем путь к разнообразию. Иными словами она предлагает: «вместо того, чтобы видеть в ситуации дуальность выбора ЭТО или ИНОЕ, ...расширить соучастие (взаимодействие, взаимодополнение) ЭТОГО и ИНОГО».

«Страх рождает осуждение – продолжает автор – Наш профессиональный вызов состоит в достижении открытости, в том, чтобы помочь людям обрести веру в себя через уважение и подмечание индивидуальных особенностей, и, в тоже время, двигаться к глобальному единству».

В завершении хочется поделиться с Вами мечтой, а быть может и пророчеством бывшего президента Новозеландской ассоциации психотерапевтов Roy A.Bowden. В своей лекции «Есть ли фундаментальная психотерапия для нового мира?» он говорит, что настало время оставить в стороне определения и оценки и поощрять развитие любопытства и интереса, время открытый, которые заставят

нас пересмотреть такие понятия как «диагноз», «лечебие» и «анализ» и т.д., время, в которое психотерапевт сможет жить с вопросами, а не с ответами, когда уверенность в себе будет возможна на основе того, что мы о себе знаем и не потребует сужения взглядов, достигаемого смотрением через линзу любимой теории или модальности.

Таковы некоторые субъективные впечатления авторов данной статьи о Всемирном конгрессе. Мы вовсе не настаиваем, что это самое важное и самое главное из того, что происходило на конгрессе. Это то, что мы услышали и запомнили. А еще была большая культурная программа. В том числе коктейль в музее З.Фрейда, бал в Венской ратуше и т.д.

Фундаментальном, вышедшем к III Всемирному конгрессу, издании «Глобализация психотерапии».

Принято решение печатать Журнал Европейской Ассоциации Психотерапии на 4 языках, включая родной язык автора статьи. Издания Профессиональной психотерапевтической Лиги: электронные и на бумажных носителях: «Профессиональная психотерапевтическая газета»; журнал «Ментальная медицина и экология»; выходящий в свет с начала 2003 года журнал «Психотерапия».

Всемирный конгресс все больше походит на огромный декадник по психотерапии. Теперь Всемирные конгрессы покинут старый свет. IV Всемирный конгресс по психотерапии планируется в 2005 году в Буэнос-Айрес, Аргентина. V Всемирный конгресс – в 2008 году в Пекине, Китай. Когда-нибудь Всемирный конгресс по психотерапии пройдет и в нашей стране!

### *Литература:*

1. Обухов Я.Л., Пезешкиан Х. Психотерапевты встречаются в Вене // Сообщение о Первом Всемирно конгрессе по психотерапии (30 июня – 4 июля 1996 г., Вена) // Московский психотерапевтический журнал, № 3 (13), 1996 г., с. 188-191
2. Сосланд А.И., Конгресс – муравейник // Московский психотерапевтический журнал, № 3 (13), 1996, с. 193-199
3. Макаров В.В., Обухов Я.Л. Состояние и перспективы современной психотерапии (материалы II Всемирного конгресса по психотерапии) // Независимый психиатрический журнал № 3, 1999, 26-33
4. Макаров В.В., Обухов Я.Л. Психотерапия – важная часть культуры и новейшая гуманитарная профессия (Материалы II Всемирного конгресса по психотерапии) // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии», Т 5, № 4, 1999, стр. 4-10
5. Макаров В.В., Обухов Я.Л. II Всемирный конгресс по психотерапии // Все об Общероссийской

- 
- 
- профессиональной психотерапевтической лиге в 2000 году, М.: г. Стр. 137-153*
6. Мельников А.В. Впечатления русского психотерапевта или «Мне в Вену, по делу срочно...» // Все об Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге в 2000 году, М.: 2000 г. Стр. 153-160
7. Бурно М.Е. Краткие записи о II Всемирном конгрессе по психотерапии в Вене. «Миф, сон, реальность» (4-8 июля 1999 г.) личные впечатления // Независимый психиатрический журнал № 3, 1999, 83-84
8. Бурно М.Е. Краткие записи о II Всемирном конгрессе по психотерапии в Вене. (Миф, сон, реальность) Личные впечатления // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии», Т 5, № 4, 1999, стр.10-12
9. Бурно М.Е. Краткие записи о II Всемирном конгрессе по психотерапии в Вене // Все об Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге в 2000 году, М.: 2000 г. Стр. 151-153
10. Макаров В.В. Психотерапия Нового Века, М.: 2001, Академический проект – ППЛ, 496 с., Стр. 40-51
11. Притц А. Информация о III Всемирном конгрессе по психиатрии // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии», Т 6, № 4, 2001, стр. 94-97
12. Лесков С.Л. Фрейдисты протягивают руку целителям // Психотерапевты решили идти в народ // Известия, 2 августа 2002, с. 11
13. III Всемирный конгресс по психотерапии. Профессиональная психиатрическая газета, М.: № 3 (4), август 2002 г., стр. 1
14. Alfred Pritz (Ed.) Globalized Psychotherapy. Fakultas. 2002. 852 p.

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

### **К публикации принимаются**

Теоретические и обзорные статьи, результаты завершенных оригинальных исследований, краткие сообщения, информация о съездах и конференциях, рецензии на книги и письма к редактору и другие материалы. **Присланные материалы рецензируются.**

Не допускается направление статей, которые уже напечатаны в других изданиях или посланы для напечатания в другие издательства

### **Требования к оформлению статей**

Статьи должны быть написаны на русском языке и представлены в двух печатных экземплярах в формате любой версии текстового редактора Microsoft Word for Windows и на диске. В конце статьи должны быть подписи всех авторов и полностью указаны фамилия, имя, отчество, полный почтовый адрес, телефон, адрес электронной почты автора, осуществляющего связь с редакцией.

Печатать следует на одной стороне листа формата А4 через 2 интервала шрифтом Times New Roman, 12 пунктов без переносов и выравнивания по правому краю. Все поля страницы должны быть не менее 3 см, нумерация приводится внизу по центру. Общий объем рукописи, включая аннотацию, список литературы, таблицы, рисунки и подписи под рисунками, не должен превышать для оригинальных статей 16 страниц, для обзорных и теоретических – 32 страницы, кратких сообщений – 8

страниц. Число таблиц и число рисунков не должно быть более пяти каждое. Размеры рисунков и таблиц не должны превышать одной страницы формата А4. Статьи большего объема могут быть опубликованы в исключительных случаях по решению редакционной коллегии.

### **Структура статьи**

1. Название статьи, напечатанное строчными буквами без разрядки и выделения.
2. Фамилия (фамилии) автора (авторов) и инициалы.
3. Полное название учреждения (учреждений) и его (их) адрес, включая факс и адрес электронной почты. Отметить надстрочными арабскими цифрами соответствие учреждений, в которых работают авторы.
4. Аннотация (не более 0,5 стр.)
5. Ключевые слова (не более 5)
6. Экспериментальные оригинальные статьи могут иметь разделы: ВВЕДЕНИЕ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ОБСУЖДЕНИЕ, два последних могут быть объединены.
7. Теоретические и обзорные статьи могут иметь разные подразделы.
8. Краткие сообщения печатаются без подразделения статьи на части.
9. В конце текста статьи могут быть выражены признательность отдельным лица и (или) научным или иным фондам и организациям.

---

10. После текста статьи приводится СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

11. На отдельной странице приводятся ПОДПИСИ К РИСУНКАМ с указанием названия статьи и авторов.

12. Каждая таблица печатается на отдельном листе.

13. На отдельной странице на английском языке приводятся: название статьи, латинскими буквами фамилия (фамилии) и инициалы автора (авторов), название учреждения, его адрес, включая факс и адрес электронной почты, перевод на английском языке аннотации статьи, озаглавленной как SUMMARY (не более 0,5 стр.)

#### **Разделы, подзаголовки, формулы**

Названия разделов печатаются заглавными буквами на отдельной строке. Подзаголовки внутри разделов также печатаются на отдельной строке. На левом поле по тексту статьи указывается место расположения рисунков и таблиц. Сложные математические формулы печатаются на отдельной строке (следует использовать встроенный в текстовый редактор word редактор формул). Формулы нумеруются справа в круглых скобках в случае ссылок на них по ходу текста статьи.

#### **Рисунки**

Данные рисунков не должны повторять материалы таблиц. Рисунки должны быть четкими с минимальным количеством обозначений. Детали рисунков обозначаются арабскими цифрами либо русскими буквами, которые расшифровываются в подрисуночных подписях. Иллюстрации (схемы, чертежи, графики и т.д.) присылаются в двух экземплярах, фотографии – в трех. Первый экземпляр фотографий не должен содержать никаких пометок на лицевой стороне, а на двух других наносятся все обозначения тушью. На обороте фотографий простым карандашом указываются название статьи и фамилия первого автора, порядковый номер рисунка, его верх и низ. Фотографии должны быть вложены в отдельный конверт. На остальных иллюстрациях на лицевой

стороне (на полях) указывается номер рисунка, название статьи и фамилия первого автора. В подписях к микрофотографиям необходимо указать увеличение.

#### **Литература**

Цитируемая литература (не более 25 оригинальных работ и не более 50 для обзорных статей) приводится в алфавитном порядке (вначале на русском языке). Не допускаются ссылки на неопубликованные работы, материалы конференций. В тексте номер ссылки заключён в квадратные скобки и соответствует нумерации в списке литературы. Для журнальных статей приводятся фамилии и инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, том, номер и страницы. (Пример: Anderson D., Francis A.J., Cjldbert P., et. al. Chromosome aberrations (CA), sister-chromatid exchanges (SCE) and mitoger.-induced blastogenesis in cultured peripheral lymphocytes from 48 control individuals sampled 8 times over 2 years // Mutat. Res. – 1991. – 250, № 1 – 2, – Р. 467 – 476). Для книг – фамилия и инициалы автора, название, место, издательство, год издания, число страниц (Пример: Макаров В.В. Наркология: Учебное пособие /Под ред. В.Н. Иванова. – М.: Медицина, 1999. – 250 с.)

#### **Прочие условия**

Редакция оставляет за собой право редактировать текст при обнаружении технических или смысловых дефектов либо возвращать статью автору для исправления.

Датой поступления статьи считается день получения редакцией окончательного текста. Отклоненные статьи не возвращаются. Авторский гонорар не выплачивается.

**Справки по телефонам в Москве: 155-47-74 и 298-20-71**

**Статьи направлять по адресу: 125315, Москва, а/я 9**

**e-mail: liter-2000@mail.ru; vikgal@aha.ru; arzt@online.ru**

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### БОДИАРТТЕРАПИЯ В ТВОРЧЕСКОЙ МАСТЕРСКОЙ

А.В.Александрович

Бодиарттерапия – терапия при помощи нанесения красок на лицо и тело пациента. По данным проф. Макарова В.В., в настоящее время насчитывается около тысячи эффективных психотерапевтических методик. Обсуждаемый метод не претендует на исключительное значение в психотерапии, однако, его вправе назвать самым ярким, красочным и более близким телесности человека. Эклектичность составляющих этого метода - арттерапия, телесноориентированный психоанализ, психосинтез и др., становится мощным инструментарием современного психотерапевта.

Девять лет назад я познакомилась с этим методом в Московском Институте Маскотерапии. От его основателя Г.М.Назлояна я узнала, что впервые использовать варианты нанесения красок на лицо было предложено этнографом Л.Абрамяном. После семилетней практики использования этой техники я могу подвести промежуточный итог и сделать выводы.

Пациенты, впервые испытывающие на себе действие бодиарттерапии, часто задают вопрос: “А зачем вы меня раскрашиваете?” Этот вопрос является мостиком, на котором встречаются сознательное и бессознательное. Ответ на него индивидуален для каждого, но непременно разворачивает архаическое театральное действие. Это действие объединяет присутствующих в настоящем (пациентов, психологов, художников, фотографов, и т.д.) с дальним прошлым всего человечества, когда каждое значимое событие (охота, ритуальная трапеза, поклонение духам, смерть...) требовало изменения эмоционального состояния, которое достигалось или сопровождалось обязательным изменением внешности.

На протяжении многих лет работы, при применении этой техники поражает скорость и глубина изменения эмоционального состояния пациента. Динамика и направление изменения эмоций диктуется исходным состоянием пациента и зависит от опыта психотерапевта или художника.

**Клинический пример:** Пациентка К. - детский врач. Страдает депрессией в течение нескольких лет. Зашла в кабинет напряжённой, настороженной, со строгим выражением лица.

На первом этапе работы следуют интерпретации образов грима (клоун, персонаж из сказки), с короткими эпизодами смеха. Затем, у пациентки появляется выраженное ощущение чужого лица, после чего смех становится громким и непрерывным, что делает невозможным длительный диалог.

Здесь уместно процитировать Ланге, одного из основоположников теории эмоций: “Эмоция и её выражение - это одно и тоже - снимите выражение эмоции и исчезнет она сама... Мы смотрим на себя в зеркало и видим выражение печали, уберите это выражение со своего лица и исчезнет сама печаль”.

После снятия грима на вопрос - почему она смеялась? Пациентка ответила очень просто: “Я представляла, что в таком виде веду приём”.

Перемены в эмоциональном состоянии пациента прослеживаются уже в самом начале работы, особенно, если он наблюдает за изменением своего лица в зеркале. В ряду обнаруженных феноменов обсуждаемого вида воздействия на психику, один из феноменов я назвала “доминанта зеркального образа”. Он заключается в прерывании во время сеанса, иногда на полуслове, значимого для пациента диалога (или монолога) и изучение пациентом своего отражения. Для него актуальным в этот момент становится только новый зеркальный образ, причём, часто, вне зависимости от степени драматичности предшествующего монолога. В любой, эмоционально насыщенный эпизод воспоминаний “вклинивается” новый образ “я”, разрушая старый стереотипный образ. В отличие от вербального психотерапевтического воздействия, подобное быстрое разрушение устоявшегося стереотипа происходит в обход известным в психоанализе сопротивлениям со стороны пациента.

Этот феномен может возникнуть даже при незначительных изменениях пропорций лица при помощи грима. Очень быстро и ярко он проявляется при работе с мужчинами, не привыкшими менять свой внешний облик при помощи косметики.

На этом этапе работы отношение пациента к созданному зеркальному образу может быть ещё не сформировано, может быть негативным, может восприниматься позитивно. В соответствии с поставленной психотерапевтической задачей, ведётся коррекция - в ряде случаев необходимо добиваться положительно воспринимаемого образа, в некоторых случаях возможно усугубление отрицательного эмоционального эффекта. Однако суть происходящего - не прошлый опыт пациента, и не его опасение за будущее, а то, что происходит “здесь и сейчас”.

Нанесение красок на лицо может осуществляться без контроля зеркального образа, в процессе беседы врача и пациента. Незримый образ беседы воплощается в рисунке на лице или теле, а внезапное открытие пациентом этого образа в зеркале,

часто является инсайтом и трансформируется в восприятие художественного образа, возможности которого значительно усиливают психотерапевтический эффект.

Интересен опыт работы перед зеркалом с пациентами, закрывающими глаза, которые по собственной инициативе пытаются отгадать сюжет и цвета.

Однако основное действие разворачивается, когда процесс нанесения красок на тело или лицо завершён, но художественный образ продолжает своё внутреннее развитие.

Интерпретация образа пациентом не обязательно совпадает с первоначально задуманным, если такой созрел у психотерапевта (чаще это сюжет, рождающийся с учётом вкусов и особенностей пациента). Идеальный вариант такой психотерапевтической работы, когда внешние и внутренние качества человека навевают художественный образ, он воплощается в пациенте и угадывается им. Это обязательно сопровождается изменением внутреннего состояния и модели и художника.

Но, как правило, образ интерпретируется пациентами в соответствии с архаичными сюжетами: папуас, индеец, первобытный человек, участник карнавала, клоун. Немного реже - персонаж фантастических и сказочных сюжетов, царица, и т.д. Поведение и манеры пациента приходят в соответствие образу. Вероятно, в этот момент актуализируются глубокие структуры бессознательного.

**Клинические примеры:** Пациентка К. 24 года - основная жалоба - невозможность общаться с мужским полом. С самого начала сеанса сидит ссутливвшись, в закрытой позе, напряжена, испугана. Накладывающийся на лицо грим напоминает ей сначала театральную маску, затем, карнавальную маску, потом она неожиданно обнаруживает своё лицо очень красивым, и сразу видит в зеркале женщину из шоу, потом даму лёгкого поведения.

- А ещё я подобрала бы волосы, - говорит К.

Меняет причёску, выпрямляет спину, садится в позу - нога на ногу, облокачивается одной рукой на кресло и говорит громче прежнего.

В этот же день за обеденным столом в санатории, где отдыхала К., её соседки по столу отметили:

- Как же это мы раньше К. не замечали?

Вечером К. долго общалась с молодым человеком, играла с ним в бильярд.

Другой пример театра-бодиарт впечатлил всех присутствующих. Пациентка А. 19 лет, с навязчивым страхом преследования Фредди Крюгером, после предварительной работы, была полностью покрашена во время ночного сеанса. Левая половина лица и тела - образ прекрасной девы, правая половина - образ Фредди Крюгера. После завершения грима А. настолько вошла в образ, что на протяжении трёх часов вела диалог с зеркальным

образом, перевоплощаясь, то в один, то в другой персонаж, которые ссорились, мирились, предъявляли друг другу претензии, симпатизировали друг другу и т.д. Весь процесс был записан на видеокамеру. После просмотра плёнки, через день, А. спросила - "С кем это я всё время на плёнке разговариваю?". Амнезия и последующие положительные перемены в состоянии здоровья, свидетельствовали о том, что пациентка перенесла истинный катарсис.

В эмоциональный процесс театра-бодиарт по правилам любого театрального действия обязательны вовлекаются окружающие, независимо от социальной роли. Один из наших стажеров, подобрав по журналам сложную многоцветную ритуальную маску современного племени, нанёс её на лицо сотрудницы, примерно такую же сделал себе, после этого они стали танцевать, имитируя первобытный танец. К этому танцу, нанеся себе краски на лицо, подключились все присутствующие. Некоторые имитировали бой в барабаны, другие - звуки и песни первобытного племени. Спонтанный спектакль продолжался более часа и прекратился также внезапно, как и начался.

Пациентке Л., с отеком груди и страхом злокачественной опухоли, был назначен сеанс бодиарт-терапии. Перебиралось много вариантов оформления гримом грудной железы, но ни один из них не устраивал Л., затем был густо нанесён красивый рисунок зелёного, белого и красного цветов. Пациентке он показался настолько красивым, что она высказала желание выйти и прогуляться в этом громе. В это время, её подруга, женщина одного возраста с Л. и примерно такой же комплекции, (ей был назначен сеанс несколько позже), заглянула в комнату арттерапии и, после некоторого удивления от увиденного высказалась настойчивое желание, "чтобы ей сделали тоже самое". Ей был нанесён грим на грудь и шею в бордовых и белых тонах. После этого сдержать желание двух женщин выйти в таком виде на ближайший пляж стало трудно.

На смех, в комнату постепенно стал собираться старший и младший медицинский персонал. Со временем смех становился более громким и непрерывным, у некоторых врачей от смеха текли слёзы, они утверждали, что не вышли бы на пляж сопровождать этих женщин, потому что, по сравнению с ними чувствуют себя обнажёнными. Все присутствующие утверждали - у них нет ощущения, что тела женщин обнажены.

Со стороны происходящее можно описать следующим образом: мини спектакль из двух ярко разукрашенных полуобнажённых женщин и режиссёра - врача, который вовлёт в своё эмоциональное действие весь окружающий медицинский персонал, причём, заставляя переживать именно предложенную нами эмоцию.

На следующий день Л. сообщила, что "видела

удивительные сны, пересмотрела кое-что очень важное в своей жизни”, при осмотре было отмечено, что отек груди вокруг соска значительно уменьшился.

Снятие грима тоже ритуально. В зависимости от терапевтической задачи, он может разрушаться сразу, или постепенно видоизменяться. После снятия грима становится очевидным: “я”, “я в гриме”, “я после грима” – неравнозначные, иногда значительно, отличающиеся друг от друга образы. Очень часто после сеанса пациенты отмечают “помоложевшее лицо”, “появление блеска в глазах”, “пророчество лица”. Эта разница часто просматривается в фотоматериалах.

Коротко очерчу ещё несколько направлений, при которых живопись по живому лицу и телу оказывается чрезвычайно эффективной.

- Работа с семейными проблемами. Варианты разукрашивания лиц, обращающихся друг к другу, с одновременным разукрашиванием соединённых рук. Самый большой семейный сеанс бодиарт состоял из трёх человек. Параллельно с нанесением красок велась беседа о значимых моментах жизни каждого, фиксировались яркие эмоциональные состояния.

- Работа в парах с сексуальными проблемами. Это, как правило,очные сеансы. В зависимости от терапевтических задач, художественный образ может объединять пару; может раскрывать одного партнёра для другого, как нового; может подчеркивать разницу между партнёрами (нежность одной и мужественность другого), и т.д. Речь идет о парах, желающих оживить угасающее сексуальное чувство и остаться вместе.

- Работа с пациентами, у которых обнаруживаются изменения в восприятии своего зеркального образа.

Подводя итог, отмечу, что техника бодиарттерапии при кажущейся простоте является весьма трудоёмким процессом. Для её осуществления необходимы способности художника бодиарт, театрального режиссёра и врача-психотерапевта.

При быстроте достижения эффекта он может привести к отрицательным последствиям. Многолетний опыт работы в психосоматике убеждает, что красками, нанесёнными на лицо, можно с лёгкостью снять головную боль и повышенное артериальное давление, но с такой же лёгкостью можно вызвать головную боль и довести пациента до гипертонического криза.

## ПУТЕШЕСТВИЕ В РЕАЛЬНОСТЬ МИФА (экскурс в практическое мифотворчество)

к.м.н. С.И.Быков, Д.Н.Давидович

...пока душа не совершил фигуру высшего пилотажа - «мертвую петлю», пока душа не совершил возврата к тому, от чего она бежала, нет законченности...

С.Быков

переходит в свое новое эволюционное состояние, становясь «человеком коммуникативным» (Homo communicators). И поздно, поздно «сапиенсы» что-либо предпринимать - уже рождаются на свет миллиардные системы коммуникаторов.

Так что Человек коммуникативный – главное действующее лицо XXI века. Поэтому далее мы будем именовать его просто – Герой (кстати, сообщаем на всякий случай: это равно относится как к мужчинам так и женщинам).

Каков же внутренний мир у рождающегося Героя?

### Информация души

Герой, в отличие от своего предшественника «сапиенса», легко принимает потоки «живой информации», и поэтому постоянно совершает

### Homo communicators

Человечество породило Интернет, наверное для того, чтобы тот раз и навсегда дал самому же человечеству ощутить - что такое информация. И вот уже как 10 лет на планете происходит чудо: информация оживает, и все больше и больше людей воспринимают ее, как живые или ожидающие потоки, состоящие из различного типа сообщений: вестей, вестников, посланий. В прием такой информации все более включаются тело, переживания, эмоции, чувства. Оживающие потоки информации все более берут на себя функцию «внешних нервных систем», создавая знаки, знамения, смыслы, символы, сплетая в узор единой нервной ткани все человечество, и постепенно обращая его в целостное информационное существо. «Человек разумный» (Homo sapiens) – только лишь разумный – заканчивается... и

удивительные открытия. Так, вглядываясь вглубь самого себя, Герой обнаруживает, что ДУША – не просто теологический, духовный, психологический, философский термин, а ЭТО нечто такое, что является на самом деле неизведанным и громадным информационным «пластом», что - ЭТО мощная залегающая в недрах психики таинственная космическая магма, этакий «информационный Юпитер», который непостижим на фоне слишком земной, слишком упорядоченной рассудочной информации... Озаренье, чтобы с щемящей теплотой вдруг осознать, казалось бы весьма банальную истину, являвшуюся обладателем таинственного волшебного

богатства, сокровища, которое неисчерпаемо можно добывать, превращать, обменивать, чтобы затем обрести то о чем и в мечтах не задумывался...

За пределами души, где-то рядом, но отдельно, залегает информационное пространство «Я», а затем – открывается таинственное пространство коллективного бессознательного, в нем до горизонта и за горизонт подобно доменам в Интернет разместились миры других «я», и все «я» взаимно сплелись в «связи связей», образуя самое грандиозное для понимания пространства, Юнг назвал его «мировая душа» (*anima mundi*)...

## Информация мифологического пространства

Архетипические образы нередко до деталей совпадают с мифологическими, что позволяет интерпретировать мифологию, как продукт бессознательного коллективного творчества.

Еще, Герой постепенно со временем обнаруживает, что внутри его давно живет феномен, который можно обозначить как «особый мир его мифологического пространства» - еще один информационный пласт психики, который складывается из впечатлений, представлений, образов, фантазий, воображения, интуиции, а также домыслов, заблуждений, иллюзий, предрассудков. И со временем это «пространство озарений и мглы» формируется внутри в монолитно целый, самостоятельный, «мерцающий» мир - так Герой обретает собственное мифологическое пространство, так Герой обретает уникальный, индивидуальный, мир, в котором основательно селятся два его «самых высших существа» – его «я» и его «душа», а еще – в него получают доступ самые невыразимые на

языке разума и самые таинственные на свете представители мира под названием «Мировая Душа».

### Синтез

Душа и обретенный ею мир организуют пространство внутреннего мира. Которое может хранить, вести, и, главное, его никому не отобрать – это его, Героя, и только его личная закодированная персональными знаками и знамениями карта, его и только его личные сокровенные маршруты путешествий по лабиринтам своего «я». Повседневные, ежесекундные. Наше внутреннее пространство намного шире, глубже, больше внешнего материального мира... В ресурсе внутреннего пространства – хранится вся наша реальность.

## Утраченная реальность мифа

...Миф – это поиск и труд... порой тяжкая, изнурительная внутренняя работа по поиску в лабиринтах собственной психики знаков собственной же души...

К.Г.Юнг

Увы, термин «миф» чаще всего используется в негативном значении. Стараниями множества социальных технологов от рекламы, PR, брэнд-консалтинга, специалистов «по стратегиям управления», НЛП – сегодня создается множество рекламных и имиджевых конструкций, тексты и образы которых подразумеваются как мифы. Спешим предупредить: наибольший массив этих рекламных и имиджевых формообразований мифами не являются, а лишь является играми фантомов, виртуальных фантазий. Мы ставим пред

собой непростую задачу: вернуть реальность, которую столь беспощадно «игротехники социума» отнимают у мифов. Слишком много теряет та часть человечества, которая исключила мифы из своей повседневной реальности...

Для начала вернемся к точному определению мифа. Благо за нас постаралось множество классиков, которые за прошлые 200 лет с аптекарской точностью измерили и отшлифовали понятие «миф».

---

---

## Генеральное определение

...Мирэль – это идеальное представление о мире наслаждения, а наша компания превращает эту мечту в реальность...

С.Миттельман – управляющий крупной кондитерской компанией и торговой маркой «Мирэль»

МИФ – это, прежде всего, «трудом души» (Мелитинский) выработанное идеальное представление, которое затем воплощается, по блестящему определению философа Лоссева – **в реальную до телесности действительность**. Миф рождает процесс мифологизации – когда идеализированное представление максимально совмещается с идеальным его воплощением. Весь процесс мифотворчества ориентирован на обретение «реальности мифа» - в буквальном смысле на его материальное воплощение... и как это не парадоксально звучит в этой статье речь пойдет о путях достижения мифологической реальности...

Гегель заявил – идеи движут миром..., а философ-математик Налимов убедительно показал: «человек – это самоорганизующийся текст».

Поэтому мы с легким сердцем, опираясь на пле-чи титанов, берем на себя смелость конкретизировать далее – миром движут тексты. Миллиарды текстов – звуков-слов-знаков-букв... врачаются во вселенной человечества, управляя экономикой, политикой, социальными статусами граждан. Некоторые тексты человечество скорей всего не постигнет никогда, ибо только Всеышний ведает их непостижимым смыслом. Другие же тексты – проявились и стали великими – Библия, Коран, Мантры, научные откровения о силах и ресурсах Природы, и еще многие тексты пока спрятаны, скрыты, свернуты в природе, вещах, предметах, времени и пространстве и ждут своего часа... В каждом человеке есть генеральный текст.

Например, запись миллионов индивидуальных генетических кодов. Этот же текст уже выраженный не в кодах, а в символных словах присутствует в глубинах психики и ждет, когда его извлекут.

### Задачи современного мифотворчества

1 задача: развернуть в глазах общества вектор мифа в противоположную сторону, то есть доказать, что Миф не уводит в беспочвенные иллюзии, а является моделью воплощения идеала, мечты, и содержит конкретные возможности их воплощения в реальность, доказать, чтобы тем самым каждый мог бы стать Героем и подарить себе Новую реальность.

2 задача: провести исследования и описать модель «внутриличностного вектора тяговой силы жизни», который ведет человека по жизни. Эта сила всегда есть и существует в каждом. А.Маслоу описывал ее суммой мотиваций, К.Юнг – процессом

реализации архетипов, З.Фрейд – удовлетворением сильного влечения.

3 задача: не избегая творческих мук, уметь творить идеальные представления, и уметь воплощать их в реальность.

4 задача: обретение «родного мифа», а не навязанного – помочь Герою совершить путешествие в глубину своей психики подобно «вхождению в плотные слои атмосферы», чтобы достичь, обрести внутри собственной необъятной психики «родную территорию», и там ощутить свою духовную ось, уходящую в глубину древа рода.

### Сила личного текста

Узнать мифологический текст легко – по «его поведению»: такой текст – как парус – извлеки его из себя – и ветер жизни тут же начнет наполнять его паруса. Этот текст легко и свободно перетекает в идеи, становится веером идей, порождает смелые замыслы с размахом и так – от замысла к замыслу – двигает целиком всю организацию жизни, направляя ее, и последовательно проявляя всю силу ее будущего. И в один чудесный момент серебряный узор судьбы отчетливо замерцает сквозь мглу грядущего...

### Парадокс личного текста

Найти, обнаружить и сформулировать свой личный главный текст может каждый... И техника в целом проста. Никакого секрета здесь нет. Необходимо отразить всего 4 идеи: самого себя, своего гения, свою жизнь, свое будущее. Причем и это не есть безумно сложная задача: надо лишь сосредоточиться и совершить над собой умственное усилие, чтобы ответить последовательно опять же на четыре вопроса: что и кто ты? что тобой движет? во что ты воплощаешься в этом мире? что в связи с твоим воплощением в мире произойдет? А вот здесь игры в цифры заканчиваются, потому что в одиночку человек с собой данную, казалось бы, элементарную, процедуру проделать никогда не сможет... Точнее, он, конечно же, ответит сам на все вопросы и даже сформулирует четыре основополагающие идеи себя самого и всей своей жизни,... но есть одно «но»...

Что же застрахует его от того, что все это он скажет исключительно искренно для самого себя, ой ли.... Как такое возможно... находясь один на один много часов в «интенсиве» с собственной психикой, без какой-либо перепроверки со стороны,

герой один на один со своей психикой - неминуемо будет совершать ошибки ... ведь вопрос в том – даст ли ему психика в нее же и погрузиться, хватит ли Герою «личной силы тяжести»? Утяжелить и проконтролировать объективность извлекаемого текста может только группа. В этом и парадокс: проявить и выделить исключительно индивидуальное возможно только через групповое.

### **Мифотворческая группа**

Группа в своей основе – коллективный «мифогенератор» духа Героя. Группа, к помощи которой прибегает Герой, чтобы обрести свою мифологическую историю – это модель племени. Обыкновенного первобытного (например, эскимосы, австралийские аборигены), члены которого живут единой нервной системой и в полном слиянии с природой окружающей действительности. Задача группы – обратная связь. Беспощадная и бесстрастная обратная связь. Группа – индикатор. В душе группы изначально заложена беспощадная критика, и эта критика, как красная предупреждающая лампа, которая со временем, по мере обретения Героем своей подлинной истории, меняет цвет «с красного на зеленый»: по мере того как складывается миф, протестные настроения группы перерастают в одобрение и общее принятие, что является естественным триумфом Героя и его Мифа.

### **О предпочтениях**

Кому же все-таки необходимо в первую очередь иметь собственный миф? Специальных требований нет и быть не может. Но доподлинно известно одно. Есть социальный феномен, проверенный ни раз: человека приводят к его мифу. Причем Миф уже как-будто из будущего ведет своего героя к себе - слишком длинные цепочки удивительных совпадений, обнаруживаются по прошествию.... И еще. Герой, решившийся сформулировать свой миф, на самом деле уже давно родился и руководствуется своим мифом, хотя пока и смутно осознает себя героем, но неумолимо движется в сторону обретения идеи самого себя, своего паруса, своей путеводной звезды, своего сокровища... которые его, и только его и никого более.

**Процессинг мифотворчества (мифопроцессинг)**  
или маршруты, ведущие к Новой реальности

### **Исходные условия**

#### **Территория**

Площадка, где на 5-12 часов может без помех

может находиться группа от 6 до 30 человек. Стулья в круг. Доска для записи текста (пишущие при надлежности, соответственно).

### **Группа**

Ведущий, психотерапевт, специалист по ритму в текстах, специалист по психолингвистике, эксперт по критике текстов. До 20 добровольных членов группы-племени. И Герой. Он – центр внимания.

### **Начало мифа**

В самом начале, когда Герой только приступает к проявлению, выражению, проговариванию своего мифа им диктуют всего три и только три мотива:

1 – определиться в координатах своей жизни, и найти, определить «точки опоры»

2 – разобраться с опасностями, что подстерегают, прийти к стратегиям согласия и избавления

3 – проявить, проговорить свое самое горячее желание, вожделение

В дальнейшем, в процессе создания личного мифа, Герой четко определяется с доминантами своих мотивов, широко разворачивает и проявляет персональную мотивационную сетку.

### **Маршруты к мифам**

Маршрутов, ведущих к тексту только два – через активацию левостороннего мышления, или через активацию правостороннего мышления. Предпочтительнее сбалансированный подход, если опираться на оба этих метода, как на два крыла, чтобы они поддерживали друг друга как ветви молекулы ДНК. Своеобразный «стереоэффект».

### **«Правая» параллель**

Правая параллель – иррациональная.

Метод «Правосторонний подход - Мифы под знаком «душевные муки».

Путь: движение через «силовые линии» и «бури» духовных переживаний.

Принцип: через активацию «правостороннего» мышления погружение в текст и информацию души.

Задача: надо следовать, жестко следовать проявляемой тяге личного мифа.

Ключевой инструмент – соблюдение тяговой направленности в мифе и ритминг.

Анонс: данный подход культивирует душевно-духовные муки и душевно-духовные достижения... через ряды смыслоподобия через выстраивание рядов смыслоподобия...

---

---

## Пространство правой параллели

...Вот Писатель входит в туман, бродит по нему, а потом ведь ощутит, вспомнит и воспроизведет всю картину происходящего в этом тумане...  
...из дневников опального психотерапевта

Имеет два полюса. На одном полюсе тотемное существо, которое сдерживает, направляет и управляет натурой, являясь прокрустовым ложем поведения личности, на другом же полюсе – всевозможность, дающая право на все – быть всем, чем хочешь и делать все что хочешь.

В иррациональном (чувственном) пространстве исключительно важную роль играют телесные и внетелесные события. Телесные события: речь и сопровождающие позы, речь и сопровождающие движения, ритм дыхания в речи. Внетелесные события – любой контекст происходящего, так сказать, события, врывающиеся в пространство мифа из внешнего мира, проявляя тем самым природу знака – «неслучайную случайность».

Чтобы описать стадии и операции мифопроцессинга, проводимые в рамках в столь туманной сферы, как пространство иррационального мышления, необходимо прибегнуть к специальнym метафорам и, в первую очередь, к терминам, относящимся к области психотерапии. Иначе мы рискуем уподобиться искусствоведу, который фантазирует и, на ходу придумывает термины, рассказывая о технике абстрактного рисования.

### Главная задача «правостороннего подхода»

В целом же задача на протяжении всей правой параллели: изначальное иррациональное пространство героя («дикий хаос») перевести в состояние мифологически осознаваемого («организуемый хаос»).

## Духоборство и «серфинг настроений»

...и опять повторяю, грех ... это распутство, то есть переход с пути на путь, шатание по разным путям, блуждание по разным дорогам, а не по единственной правильной; или еще, это – блуждание, блуждение, блуд, потеря своей настоящей стези...

П.Флоренский [15]

На этом этапе предельно точно в символах описывается драма духовных противоречий Героя. Для этого Героя необходимо погрузить в бездну его собственной всевозможности и «полного произвола». Таково именно таково изначальное состояние его иррационального пространства. Ведущий подобно Вергилию,

сопровождавшему в ад Данте, ведет Героя в его же собственный хаос. Такое погружение Ведущий осуществляет через приемы, применяемые в психодраме, символдраме, например, перед Героем ставятся «неразрешимые» тупики, вызванные его личными психологическими комплексами.

---

## Стадии

### Организация «осевой тяги» в пространстве личного мифа

Изначально принимается за аксиому, что текст мифа уже есть, вот он – вот его аура витает в воздухе... и его надо только нашупать, осязать его весь в целом, все его пространство в него только следует погрузиться... погрузиться с головой и выразить и проявить.... Пойти навстречу миру своего мифологического пространства. Принять его реальность такой, какая она есть.

Лицом к лицу с чистой энергией своего мифологического пространства. Метафорически тяга может выражаться так: таинственный мир ждет меня.... И я все более и более с каждым шагом в него погружаясь.... Так складывается линия, ось тяги мифа.

### Сопровождающий контроль:

Постоянное исследование текста на направленность мифа, на том, чтобы не было отклонения от оси тяги, исследования на опасную возможность для Героя «потеряться» в собственном тексте. Причем Тяга сложится полно и наиболее сильно тогда и только тогда, когда выстроится альянс и баланс личной инициативы и инициативы тотема в мифе. Что такое не проявленная, не проясненная ось? Это, если в процессе тяги начинает доминировать тотем, и действует как бы самостоятельно без личности и вне ее..., то есть герой создал и силу и все - отошел в сторону, как бы отдыхает.... В этом случае группа своей критикой, комментариями, обратной связью, должна среагировать, помочь Герою прийти в согласие, в совместное движение со своим внутренним, извлекаемым из глубин себя тотемным существом, и тогда - наступит мир...

---

---

## Тотемизм

Установление тотемов означало осознание перво-бытым человеком своего единства, своего родства с природой и, прежде всего, с животным и растительным миром»

Леви-Брюль Л. [4]

Как правило, на данной стадии ярко начинает звучать эпос, в развивающейся здесь и сейчас драме Героя начинают проступать, четко проявляться сокровенные тотемы героя, некоторые имеют конкретные образы – собака-волк, золотая лошадь, радуга-змея. Текст, который при этом возникает, требует тщательной сверки каждого слова каждой строчки с настроением и эмоциональным состоянием Героя.

### **Сопровождающий контроль:**

В группе необходимо наличие компетентного психотерапевта, способного быстро и квалифицированно проводить клинический анализ психического состояния Героя. Другие члены группы выступают или ко-терапевтами, или ассистентами, или членами клиент-группы у данного терапевта.

### **Перепроживание и реимпритизация**

В состоянии соприкосновений с тотемами и своей «невыносимой потерянностью» Герой начинает проявлять чудеса памяти. Его психика начинает

очень чутко реагировать на давние события жизни. «Узелки памяти» развязываются и события высвобождаются из глубин подсознания. Герой «вдруг» вспоминает давно забытые эпизоды из своей жизни, давние сны, события детства. У него могут даже всплыть образы и воспоминания события актов его рождения (перепроживание четырех перенатальных матриц по Грофу [1]). Таким образом, многие зафиксированные – «наслоившиеся и зацементированные» состояния – размораживаются, герой вдруг освобождается от них как от старой змеиной кожи, как от ставшего тесным хитинового покрова. И если у героя в прошлом случилась деформация одного (или более) из 4-х импринтных контуров (контуров сознания - по Тимоти Лири [5]), то в состоянии данной стадии Герой очень остро это осознает и будет изо всех сил подсознательно стремиться реконструировать случившиеся ранее деформации. Через проговариваемый текст ему предоставляет-ся исключительно экологический способ исправить «старые» и приступить к освоению новых, более высших контуров.

## Дерационализация

...Если речь жива, то она, безусловно, эротична...  
а эротизм - это и есть жизнь... да, где-то эротизм бывает откровенно телесный и земной, где много пота и крови, а где-то он воздушный и небесный...  
...из записок «Клуба мертвых поэтов»

Постепенно, с накоплением личных осознаний, происходит уход Героя от соучастия окружающих. Он сам постепенно загоняет себя в одиночество и остро до невыносимости осознает свою потерянность в нем. Никто без подготовки не способен описать внутреннюю динамику, происходящую в нем здесь и сейчас. Для избавления и исхода «из пустыни своих архетипов» у Героя есть только одно средство – текст. Такой текст исходит от Героя легко: слишком много накопилось осознаний, слишком много уплотнилось смыслов, готовых вырваться наружу. Морфологически текст выглядит как куски, обрывки, осколки фраз, слов, намеки на скрытые смыслы, и на первый взгляд все - бессвязно, но

во всех элементах текста уже присутствует важный связующий, взаимно соподчиняющий фактор: все элементы текста точно соответствуют вектору напряжения, тяге, заданной мифом. Но единственная и возможная личная терапия невыносимого одиночества - это обнаруженная в себе и, наконец, проявленная в тексте любовь, горячая страсть. Словом все, что в драме могло бы называться – «это проявление жизни».

### **Сопровождающий контроль:**

Исследование на эротизм в тексте. Насколько явственно проступают элементы эротизма, соотношения мужского и женского, а в более широком смысле – присутствие Инь и Янь.

---

---

## Ритминг

Ритм требует, требует, требует... Поэты знают об этом лучше всех. Ритм - это океан, ритм - это река. В каком удивительном ритме спускается лавина...

С.Быков

Ритминг – это процесс регулируемого и настроичного (и потому – направленного) ритмообразования в тексте, достигающий следующих эффектов:

- 1 – возникает эйфория от «высвобождения смыслов», ощущаются легкость, полет,
- 2 – оживление формально-логической составляющей текста,
- 3 – выраженная в тексте высокая синергетичность смыслов.

Сила ритминга в том, что, по сути, чем более спонтанно был «выдан» текст, тем для ритминга лучше, так как из спонтанного, свободно проговоренного, излитого от души текста легче через направленное ритмообразование выделить в нем свою особую исключительно уникальную и индивидуальную логику – **логику ритма**.

### **Сопровождающий контроль:**

У каждого Героя свой исключительно ему присущий ритм. Поэтому требуется определить жанр и размер ритма, присущих данному Герою, и, в дальнейшем, внимательно следить за «траекторией» изменения жанра, за сменой «манеры исполнения». Так как «запинание», «сбивка», «спотыканье» – это косвенные признаки несответствия «родному тексту». Важно чтобы достигалось свободное плавное как самоестественное дыхание течение текста. При этом от группы требуется, чтобы она внимательно вслушивалась не столько в смыслы сколько в само естество течения текста – чтобы достигалось состояние «читать как дышать». Жанр и манера исполнения текста, по разнообразию ничем не ограничены и могут вбирать в себя самые разнообразные направления, например, молитву, заклинание, частушку, колыбельную, оберег, оду, былину, эссе, кодекс, зажигательную митинговую речь.

### **«Левая» параллель**

Левая параллель – рациональная.

Метод «Левосторонний подход - Мифы под знаком «Муки мышления»

Путь: через преодоление «ловушек разума».

Принцип: через активацию «левостороннего» мышления погружение в структуру мифа и информацию, порождающую намерением.

Задача: надо осознать и выразить в кратком тексте собственное намерение, замысел.

Ключевой инструмент – соблюдение 4 алгоритмов мифа: конструирования, инициации, трансформации и синхронизации, акротекст

Анонс: формально процесс представляет собой переработку длинной (литературной) истории Героя, в короткий, и при этом полностью вбирающий в себя всю историю Героя текст, затем – в еще более короткий, и так – из стадии в стадию достигается сокращение истории условно «из 100 страниц» устного текста в 16-20 строк письменного.

### **Пространство левой параллели**

На одном полюсе этого пространства – «жесткое» понимание мира. Это понимание происходит от массы социальных обусловленностей.

Такое понимание олицетворяет собой символ принадлежности толпе, серой массе, слияние с ней, и в этом смысле оно в целом – символ смерти. На другом полюсе – сновиденческое принятие мира, то есть свободное от условностей восприятие реальности – символ жизни.

### **Стадии**

#### **8 нот мышления и восприятия**

Сначала Герой последовательно преодолевает косность собственных формулировок и обобщений. Начинает он с формально логических определений социально обусловленного характера: «кто он и что он» – как будто заполняет «партийную анкету». Герою предстоит преодолеть 8 ступеней мышления. Каждая следующая ступень – это все более высокая скорость (пронзительность) восприятия. Чтобы достичь своего текста, Герою следует преодолеть линейку следующих ступеней:

- 1 – формально-схематическое (анкетное),
- 2 – системно-механистичное,
- 3 – категориальное,
- 4 – целостное комбинационное
- 5 – композиционно-сценическое (режиссерское)
- 6 – символьно-метафорическое
- 7 – знаково-сигнальное, язык знаковых сообщений
- 8 – сновиденчески-мифологическое (стерео, дельфины, право-лево-стороннее)

### **Сопровождающий контроль:**

Мозг человека - совершенное и уникальное творение, в нем «слишком» много феноменов, и поэтому вовсе не значит, что Герою необходимо последовательно, буквально «пошагово», проходить

ступень за ступенью. Практика показывает, что освоение ступеней восприятия обычно протекает параллельно (труды К.Прибрама, [11]). Более того, склонный к трансовым состояниям и иррациональному мышлению человек способен сразу, вмиг, «провалиться» в сновидческое сопереживание мира, и, таким образом, «одним махом» миновать все стадии. Представители первобытных племен и вовсе непрерывно пребывают в состоянии 8 ступени, никогда не выходя из него. В состоянии 8 ступени наиболее эффективно и неискаженно можно реализовывать алгоритмы мифа.

#### 4 алгоритма мифа

Без соблюдения специальных 4 «алгоритмов мифа» мифологический текст невозможен. Только когда реализованы все четыре алгоритма – проявляется на свет полноценный, сбалансированный и неискаженный миф.

1 - Алгоритм «Конструктор». Герой формулирует «из какого теста он сделан». Что есть его содержание. Он описывает, живописует себя.

2 - Алгоритм «Инициатор». Герой сообщает о стартовых, сигнальных факторах, формулирует, что является для него отмашкой типа «поехали».

3 - Алгоритм «Трансформатор». Герой формулирует представления о форме, об образе, с которыми он мечтал бы, вожделел бы слиться.

4 - Алгоритм «Синхронизатор». Герой прислушивается к глубине своей «психической бездны» и из самых бесконечных глубин выражает «живое существо своей энергии», выражает кратко в скучих и точных штрихах, вносимых в текст (демонстрация - в таблице № 1, часть С), это могут быть точно внесенные изменения в окончания и местоимения, или проявление одного из имен тотемного существа, что дает имя той силе, ведущей по жизни.

#### Сопровождающий контроль:

Стоит отдать предпочтение только одному из алгоритмов, (или двум, трем) и вместо мифологического текста, появится текст высокого суггестивного (внушающего) воздействия, по сути – манипулятивный текст. Именно такой «кухней» и занимаются социальные технологии – многие - путем намеренного искажения баланса реализуемых алгоритмов мифа довольно ловко «стряпают» тексты, обладающие силой жесткого внушения.

Единственное, что нам бы хотелось прокомментировать по этому поводу: достаточно внести любой хаос, любое своевольное спонтанное действие в процесс исполнения данных алгоритмов – и немедленно произойдет «гипервыпичивание» одного из алгоритмов (кстати, если приороваться, то этим процессом можно будет управлять намеренно), то есть любое мало-мальски намеренное искажение –

и в тексте сразу проявится опасное активное начало: иногда усиленное, а иногда и явно агрессивное внушение. Во всех таких, так называемых, «текстах повышенной суггестии» в основе лежит хаос, и его разрушительное начало создает высокий риск для экологии психического здоровья, а также экологии мышления и общественных коммуникаций.

#### 4 ритуала мифа

Исполнение «племенных» ритуалов при мифах – есть, по сути, отражение мифа, но не в словах, не в тексте, а в групповых, коллективных сценах. Всего мы выделяем 4 основные группы ритуалов:

1 - Ритуал жертвоприношения. Герою дают ощутить себя «потерянным» и голым, чтобы он один на один встретился с самим собой, лицом к лицу.

2 - Ритуал преодоления. Герою дают взлететь, чтобы он ощутил себя преодолевающим препятствия. *Исполнение «племенных» ритуалов в мифотворчестве*

3 - Ритуал соприкосновения с таинственностью в реальности. Герою дают возможность так соприкоснуться с реальностью, чтобы он по-новому взглянул на нее. Например, введение факторов «мужского» и «женского». Во время написания мифа, если свой текст проговаривает женщина – то вводить ее (в символах, ситуациях) в соприкосновение с проявлением мужской составляющей мира, если мужчина – то соответственно с женской составляющей. Данные факторы можно проявлять через восточные категории Ян и Инь, юнгианские - Анима и Анимус.

4 - Ритуал поклонения. Герой все более набирая силу, все более рождаясь в тексте, в виде обратной связи получает от окружающих членов группы (племени) смену критики на признание.

#### Процесс преодоления мертвой точки

Мертвая точка – термин, устойчиво прижившийся в практике мифопроцессинга. Обозначает жесткую фиксацию героя своего привычного состояния, и героем и со стороны наблюдателей формулируется обычно в терминах «жесткое застравление», «мертвая хватка», «стальные тиски». Например, Герой заявляет, что совершенно запутался, что ему больше нечего сказать, что у него больше мыслей нет, что в голове абсолютная пустота, или вовсе замолкает и уходит в себя. В группе резко накапливаются настроения усталости, безысходности, невыносимости. Поэтому, когда герой САМ находит возможность преодолеть мертвую точку – то в рамках группового пространства происходит маленькое чудо, хотя для самого Героя это великое чудо, и великая победа: ведь только что «ЭТО» считалось им совершенно невозможным, совершенно исключалось как возможное.

Свои преодоления мертвых точек Герой выражает текстом, реализуя, прежде всего, такие

---

---

алгоритмы инициации и трансформации и приводят их во взаимное согласие.

### **Процесс освоения собственной живой речи**

Любой человек обладает громадным речевым ресурсом. Помимо словарного запаса, его память содержит множество фразеологических оборотов, примеров различных речевых приемов и образцов текстов. Преодолев ряд мертвых точек, человек снимает внутри себя зажимы, связывающие речевой материал. И тогда «речь льется». Это «разогретая» речь, на которой говорят обычно профессиональные ораторы и страстные агитаторы.

### **Акротекст**

Акротекст – это особый текстовый феномен, он возникает, когда каждое слово в тексте обретает, во-первых, значение символа, во-вторых, природу парадигмы. Благодаря парадигмам между символами-словами возникают взаимно обуславливающие смысловые нити, которые

пронизывают текст и связывают его в единый перетекающий, вращающийся «кристалл смыслов».

### **Этап фокусировки текста**

Итак, тест в основном написан... Основные страсти позади. Теперь есть только текст и все.... Надо погружаться в него.

Это финальный этап написания мифа, где пути, по которым он создавался, объединяются. Этап, когда текст из «длинной стенограммы» превращается в компактный текст на одну страницу особенно примечательна. Когда текст разместился уже в рамках одной страницы, он считается сфокусированным. То есть не расползается на другие площади, и его можно весь разом охватить глазами, или весь разом воспринять на слух и удержать компактную звуко-буквенную композицию. Далее уже в «пределах рамки» текст истории претерпевает от 2 до 4 этапов изменения.

## **Основные процессы при фокусировке окончательного текста**

### **Чистка**

В перерабатываемый мифологический текст надо вчитываться и вчитываться, его надо читать и читать - как Ильича, как Мао...

С.Быков

Чистка – это процесс погружения в массив текста, чтобы выяснить без каких элементов текста можно обойтись. Чистка идет в последовательности – блок – фраза – слово – иногда отдельное окончание слова и даже отдельные буквы (звукобуквы).

### **Блоки**

Сначала осмысливается весь мифологический текст в целом, осмысливается и ощущается его структура. Прежде всего, нужно выделить смысловые единицы текста, которые, безусловно, фундаментальны. И в дальнейшем выявлять, разделения «обязательных» и всего лишь вспомогательных (выполняющих функцию «подпорок») словесно-смысловых блоков, которые легко убрать, свернуть в «гипертекст».

### **Фразы**

Из текста вычленяются отдельные фразы (строчки) и далее выявляются схожие смыслы этой фразы с другими частями текста. Также рассматривается, может ли являться вычлененная фраза (строчка) – гипертекстом для каждой из всех остальных строк.

### **Слова**

Первое, что подвергается критическому осмыслению и чистке – всевозможные обобщенные рекомендации и призывы, например, «почувствуй», «ощути». К призывам и рекомендациям, в которых присутствуют более конкретные, направленные, «векторные» указания, следует отнести более внимательно и прежде чем избавиться от них, еще более усилить конкретизацию, например «зажги» – «зажгу», «ощути в себе – ощуща».

В целом, к глаголам в мифологическом тексте всегда особое отношение, так как они, прежде всего, передают индивидуализм, присущий именно данному Герою, и в глаголах заключена «стратегическая генетика» Истории Героя.

### **Нэйминг**

Поименование всего текста – обязательное условие обретения собственного мифа. Заголовок текста – это имя мифа. Это самая последняя - скрепляющая и завершающая - стадия обретения личного мифа.

Таблица № 1

*Конкретный пример фокусировки текста личного мифа.  
В данном случае представлено три этапа (слева на право)*

A. Первый вариант текста →	Б. Второй вариант текста →	C. Третий вариант текста
<p>я солнцем рождена я часть того потока с прозрачною водой я часть земли живой здесь тишина и звуки у истока <i>почувствуй эту страсть</i> и легкость и покой <i>раздвинь пространство</i> <i>сделай вдох свободный</i> и силу крыльев <b>ощути в себе</b> уходит тяжесть нет уже сомнений с тобой любовь теперь она в тебе и будет радость легкость и успех очаг <b>зажги</b> и не жалей тепла оно к тебе всегда в стократ вернется змея спиралью вокруг огня свернется и сильный мудрый дух тебя тебя обнимет нежно ты будешь счастлива то что я точно знаю есть неизбежное и этот мир всем сердцем я открыто принимаю</p>	<p>я солнцем рождена я часть того потока с прозрачною водой я часть земли живой здесь тишина и звуки у истока страсть и легкость и покой пространство вдох свободный и силу крыльев <b>ощущаю</b> уходит тяжесть  со мной любовь  очаг <b>зажгу</b> тепло в стократ вернется змея спираль огня свернется и сильный мудрый дух со мной сольется я счастлива  мир сердцем принимаю</p>	<p><b>Радуга ⇌</b> я солнцем рождена я часть того потока с прозрачною водою я часть земли живой здесь тишина и звуки у истока и страсть и легкость и покой пространство вдох свободный <b>я силу крыльев ощущаю</b>  со мной любовь  очаг зажгу тепло в стократ вернется змея спираль огня свернется и сильный мудрый дух со мной сольется я счастлива</p>

#### Окончательный продукт мифопроцессинга

В окончательном виде текст переписывается Героем от руки. Герой сам определяет и рисует внешнюю структуру текста с ее смысловыми соответствиями. Нам привычнее «центровать» тексты вдоль оси, тогда легче из акросвязей выделять устойчивые смысловые блоки, и еще проступает характерный рисунок своеобразной «частотной модуляции» текста с особой «контурной геометрией».

Радуга  
я солнцем рождена  
я часть того потока с прозрачною водою  
я часть земли живой  
здесь тишина  
и звуки у истока и страсть и легкость и покой  
пространство  
вдох свободный  
я силу крыльев ощущаю  
со мной любовь  
очаг зажгу тепло

в стократ вернется  
змея спираль огня свернется  
и сильный мудрый дух со мной сольется  
я счастлива

#### Информационно-технологические инструменты

Уже разработаны и имеются в продаже специальные компьютерные программы («Диатон», «ВААЛ»), измеряющие фоносемантические индексы, позволяющие выявлять смысловые нагрузки, возникающие при восприятии на слух звукобуквенных сочетаний.

#### Цветовые ассоциации мифологического текста

Это весьма полезные программы, так как, благодаря им, можно определить устойчивые цветовые и эмоциональные ассоциации, возникающие при восприятии того или иного текста. Например, тексты молитвенного характера имеют исключительно голубой цвет, а тексты мантрического характера – красный. Анализ цветовых ассоциаций

не являются прямым и буквальным руководством на использование Героем «высчитанного» цвета. Хотя высчитанная по тексту Героя гамма может служить отличным фоном для героя (визитки, цвета второго плана в одежде, колер в помещении офиса, квартиры).

Сила этих ассоциативных цветов мифологического текста в том, что они для данного Героя естественны, так как напрямую исходят от его текста и в процессе создания имиджа могут служить сильной и весьма естественной поддержкой – как легкий макияж, который лишь подчеркивает, выделяет, оттеняет сильные выразительные стороны, но при этом ничего не подменяет. В целом же цветовая гамма мифологического текста является более глубокой и важной информацией психологического характера. Психология цветовых ассоциаций, вызываемых образами и структурой текста – еще одно дополнительное сообщение о натуре Героя – его своеобразная «цветовая формула», требующая отдельной расшифровки.

### **Золотое сечение**

По математическим формулам расчета золотых пропорций программа выделяет наиболее выразительную и сильную по воздействию часть текста – так называемое «золотое сечение текста». К крупным текстам данная программа неприменима, так как те – нехватны и полицентричны. В данном тексте золотым сечением будет строчка **«я силу крыльев ощущаю»**.

### **Начало Брэнда**

Данный инструмент помогает дополнительно выявлять целевые и направленные ассоциативные смыслы – например, сосредоточить внимание на строчке золотого сечения, соединить ее с заголовком, получится сочетание «радуга и сила крыльев», да действительно: радуга и ее оба края – как крылья. Такие направленные ассоциативы – рабочий материал для создания брэнда. В данном случае старт уже есть. Уже можно работать с версией образа «радуга-крылья»: закладывать общую геометрию визуального знака и разрабатывать версии рисунчатых символов.

### **Литература:**

1. Гроф С. За пределами мозга: Рождение смерть и трансценденция в психотерапии. Пер. с англ. М.: Изд-во Трансперсон. Ин-та, 1993. 497 с.
2. Данте А. Новая Жизнь. БВЛ, т. 28. М.: Худ. Лит-ра, 1967. 686 с
3. Косарев А.Ф. «Философия мифа». М.: ПЕР СЭ; СПб.: Изд-во Фонда поддержки науки и образования «Университетская книга», 2000, 304 с.
4. Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. Пер. с фр. М.: ОГИЗ; ГАИЗ, 1937. 518 с.
5. Лири Т. История будущего: метафизическая теория эволюции. Пер. с англ. К.: «Janus books», 2000. 288 с.
6. Лобок А.М. «Антропология мифа». Екатеринбург: Изд-во Банк культурной информации, 1997, 688 с.
7. Посев А.Ф. мифология // Филос. энцикл., т. 3. М.: Сов. Энкл., 1964, с. 457 – 467
8. Малиновский Б. Магия, наука, религия// Магический кристалл: Магия глазами ученых и чародеев. М.: Республика, 1992, с. 84 – 127
9. Маковский М.М. Сравнительный словарь: образ мира и миры образов. мифологической символики в индоевропейских языках. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1996, 416 с.
10. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. Пер. с англ. СПб.: Издат. группа «Евразия», 1997. 430 с.
11. Мелитинский Е.М. Поэтика мифа. М.: Наука, 1976. 407 с.
12. Налимов В.В. Вероятностная модель языка. О соотношении естественных и искусственных языков. М.: Наука, 1979. 303 с.
13. Прибрам К. Языки мозга. Экспериментальные парадоксы и принципы нейропсихологии. Пер. с англ. М.: Прогресс, 1975. 464 с.
14. Тибетская книга мертвых. Пер. с англ. СПб: Изд-во Чернышова, 1992. 255с.
15. Флоренский П.А. Столп и утверждение Истины. Т.1. Собр. соч. в 2-х т. М.: Правда, 1990. 839 с.
16. Фрейд З. Толкование сновидений. Пер. с нем. Обнинск: Титул. 1992. 447 с.
17. Фрэзер Дж. Золотая ветвь: Исследование магии и религии. Пер. с англ. М.: Политиздат, 1980. 831 с.
18. Шуцкий Ю.К. Китайская классическая Книга Перемен: Ицзин. М.: Рус. Кн. – изд. т-во, 1993. 382
19. Элиаде М. Космос и история. Избр. труды. Пер. с фр. М.: Изд-во МГУ, 1994. 142 с.
20. Юнг К. Г. Душа и миф: шесть архетипов. Пер. с англ. К.: Гос. б-ка Украины для юношества, 1996. 384 с.
21. Юнг К.Г. Психология бессознательного. Пер. с нем. М.: Канон, 1994, 319 с.

## **ПСИХОЛОГИЯ ЖЕНЩИНЫ - ПСИХОЛОГИЯ МУЖЧИНЫ**

*(отличия женского мозга от мужского)*

С.Гингер

Париж

Две лекции одновременно.

Сегодня вам повезло - у вас будет две лекции, И – так как у меня мало времени, я прочту эти две лекции одновременно!

Одна для женщин; другая для мужчин!

*Фактически, я уже начал, прямо сейчас женщины и мужчины слышат разные сообщения!*

### **Слушание обоими полушариями**

Например - в общем, конечно (со многими индивидуальными вариациями) - женщины воспринимают мой голос в два раза громче (в 2,3 раза громче), чем мужчины. Так, они воспринимают мой голос как «крик» (и они думают, что я сердусь), тогда, как у мужчин есть чувство, что я говорю конфиденциально, с некоторым соучастием...

Женщины слышат меня обоими полушариями своего мозга, тогда как мужчины слушают меня большей частью своим левым мозгом – вербальным, логическим и, следовательно, с критикой! Женщины имеют больше связей между двумя полушариями через *corpus callosum*) и моя речь окрашивается эмоциями, воспринимается ими субъективно через их желания и страхи, через их этические или общественные ценности (как феминизм!). Они слушают не только то, что я говорю, но большей частью - как я это делаю. Они чувствительны к тону моего голоса, к ритму моего дыхания, моим предполагаемым чувствам.

Конечно, это преобладание *аудиции* и *субъективного слушания* - только детали, но основной интерес в том, что мы можем наблюдать это здесь и сейчас.

### **Два разных вида**

Если говорить откровенно, мы принадлежим двум разным «видам». В наше время мы только завершаем декодирование человеческого генома и Вы, возможно, знаете, что доказано, что люди и обезьяны имеют примерно *одинаковое генетическое наследство*: близкое к числу 98,4% - это значит только, что различие между мужчинами и обезьянами (самцами!) 1,6%, в то время как *различие* между мужчинами и женщинами - 5%!

Итак, человеческий самец физиологически ближе к обезьяне, чем к женщине! И, как Вы уже догадались, женщина ближе к самке обезьяны!

Конечно, такая провокация и *количественная небрежность вычислений* имеет *качественный* аспект: например, гены, которые содействуют разработке языка, искусства, философии, и т.п. но они подчеркивают большой *разрыв между полами* - в

пределах всех видов животных, включая человеческий вид. Эта *идентичность рода* отличается от *сексуальной идентичности*.

Обычно, Я преподаю своим студентам *влияние функционирования мозга на психотерапию*, в течение четырехдневной мастерской (с некоторыми демонстрациями), но сегодня у меня только несколько минут, чтобы быстро ее упомянуть, и я дам только *листинг*, около *двадцати основных различий* между мужчинами и женщинами.

### **Правильный мозг – мужской.**

Исследователи всех стран теперь с этим согласны:

- *Левый мозг* - более развит у женщин
- *Правый мозг* (так называемый «эмоциональный мозг») - более развит у мужчин - вопреки распространенному мнению широкой публики (и иногда даже психотерапевтов!). Это происходит под влиянием сексуальных гормонов и нейротрансмиттеров (*тестостерон*, и т.п.).

Итак, женщина более вовлечена в *вербальное взаимодействие и коммуникацию*, тогда как мужчина более подготовлен для *действия и конкуренции*.

Уже, в детском саду, в течение 50 минут урока, маленькие девочки говорят в течение 15 минут, а мальчики только 4 минуты (в четыре раза меньше). Мальчики шумят в 5 раз и дерутся в 10 раз чаще, чем девочки: в среднем, 30 секунд. Когда им по 9 лет, девочки на 18 месяцев впереди. Когда они становятся взрослыми, женщины отвечают в среднем 20 минут на каждый телефонный звонок, тогда как мужчины говорят только 6 минут, только, чтобы дать неотложную информацию! Женщине нужно делиться своими идеями, чувствами, мыслями, тогда как мужчина стремится *контролировать* свои эмоции и пытается найти решение. Он прерывает свою жену, чтобы предложить решение... и жена не чувствует себя услышанной! Фактически, мужчины более эмоциональны, чем женщины, но они не выражают свои чувства и этим нельзя пренебрегать в супружеской жизни и во время психотерапии.

### **Ориентация**

- Женщина легче имеет дело со *Временем* (левый мозг);

Мужчина легче имеет дело с *Пространством* (правый мозг): преимущество мужчин в тестах трехмерного пространственного вращения - огромно с детства (Kimura, 2000).

- Женщина оперирует конкретными маркерами:

преимущество женщин в запоминании или назывании конкретных объектов - огромно.

Мужчина оперирует абстрактными направлениями: он может импровизированно "срезать" расстояние, чтобы добраться до своего автомобиля или отеля.

### Органы Чувств

Говоря в общем, женщины более чувствительны<sup>1</sup>:

- Ее слух более развит: следовательно, важность приятных слов, тона речи, музыки;
- Ее тактильное чувство более развито: у нее в 10 раз больше рецепторов кожи, чувствительных к контакту; *окситоцин и пролактин* (гормоны привязанности и объятий) увеличивают ее необходимость в прикосновениях;
- Ее обоняние (запах) более точно: в 100 раз выше в определенные периоды ее менструального цикла!
- Ее *Vomero Nasal Organ* (VNO), реальное «бесчувствие» (химический и реляционный орган) кажется более развитым и воспринимается как яркий феномен – который выражает различные эмоции: сексуальное желание, гнев, страх, печаль... Возможно, это и называется «интуицией»?
- Насчет зрения - оно более развито у мужчин, и эротизировано: отсюда их интерес к одежде, косметике, драгоценностям, наготе, порнографическим журналам... Хотя, женщины имеют лучшую визуальную память (на узнавание лиц, аккуратность объектов...).

### Почему такие различия? Теория Эволюции

Исследователи объясняют эти важные биологические и фундаментальные различия между мужчинами и женщинами естественным отбором в течение более одного миллиона лет эволюции человеческого вида. Такая адаптивная эволюция предполагает сформировать наш мозг и органы чувств через комбинированное действие гормонов и нейротрансмиттеров:

• Мужчины приспособились к охоте на больших пространствах и расстояниях (и также борьбе и войне между племенами). Обычно они должны были молча преследовать добычу (животные), иногда в течение нескольких дней, и затем снова найти свою пещеру (значение ориентации). Очень небольшое верbalное взаимодействие (было подсчитано, что доисторический человек встречал не более 150 людей в течение всей своей жизни).

• В течение того же периода, мозг женщины приспособился к выращиванию детей и образованию,

которое подразумевает вербальное взаимодействие в ограниченном пространстве пещеры.

Так, на биологическом уровне, мужчины запограммированы на конкуренцию, тогда как женщины – на сотрудничество.

Таким образом, каждый может увидеть, что биологически, психотерапия является женским делом!

Эта предрасположенность кажется связанной с биологией (гормоны и нейротрансмиттеры). Они составляются в течение самих первых недель внутриматочной жизни и, кажется, мало проявляются благодаря образованию и культуре.

### Природа и обучение

Сегодня неврологи и генетики считают, что наша личность детерминирована:

• **приблизительно на 1/3 наследственностью:** хромосомы из ядер наших клеток и *митохондриальная ДНК наследственность, процесс родов*.

• **приблизительно на 1/3, внутриматочной жизнью:** в течение первых недель после зачатия, эмбрион (плод) – женского пола (Durdeen-Smith & Desimone, 1983; Badinter, 1992; Magre & Ал.; 2001) и мускулинизация – медленное и тяжелое гормональное и образовательное завоевание. Итак, девочка не является мальчиком, потерявшим свой пенис (гипотеза Фрейда), но мальчик психоаналитически является девочкой, которая завоевывала пенис. Так называемая, зависть к пенису или потребность в нем – гипотеза, которая никогда не подтверждалась. Среди транссексуальных людей можно найти в пять раз больше мужчин, желающих стать женщиной, чем женщин, желающих стать мужчиной. Во время войны, родилось в два раза больше мужчин-гомосексуалистов, вероятно, из-за стресса у матерей, нарушающего гормональный баланс (Durdeen-Smith & Desimone, 1983; Le Vay, 1993).

Эти две части – наследственная и прирожденная, кажутся важными: например, если мужчина из двойни гомосексуален, его одногенетический близнец также гомосексуален в 50 - 65% случаев; в случае разногенетической двойни – в 25 - 30%, что в два раза меньше, но все равно в 5 раз больше, чем в общей популяции! Гомосексуальность во многих случаях может быть определена в возрасте 1 - 2 года. (Le Vay, 1993).

• **на приблизительно на 1/3 приобретено после рождения:** cultural bath or steep, образование, подготовка, случайные обстоятельства или психотерапия!.

В более общем подходе, **глобальная корреляция между личностями** оценивается в:

• 50 % между одногенетическими близнецами (*наследственность*)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Более "чувствительные" органы чувств, но не эмоциональные"

<sup>2</sup> Который оставляет 50% свободы!

• 25 % между разнородными близнецами (гормональное «пропитывание» в течение внутриматочной жизни).

- 10 % между братьями и сестрами (образование)
- 0% между незнакомыми людьми.

Эти *три триады* (наследственность, приобретенная в матке, приобретенная в течение жизни) обнаружились - в разных пропорциях - во многих областях способностей: интеллект, музыка, виды спорта, и даже оптимизм.

В зависимости от суммы пессимистичных или оптимистических генов, которые Вы унаследовали, Вы можете сформулировать эти исследования различным образом:

- «Наша личность предопределена - с нашего рождения - приблизительно на 2/3».
- «Наша личность создана - с нашего зачатия - приблизительно на 2/3».

### Гормоны

Когда Вы кладете мяч на землю, мальчики удаляют его; девочки берут мяч и прижимают его к сердцу. Это не зависит от их образования и культуры, и имеет непосредственное отношение к их гормонам.

**Тестостерон** - гормон желания, сексуальности и агрессии. Он мог бы быть назван «гормон завоевания» (военного или сексуального!). Он развивается<sup>3</sup>:

- Силу мышц (40% мышц у мужчин; 23 % у женщин);
- Скорость (реакции) и нетерпение (92 % водителей, которые сигналят на светофорах - мужчины!);
- Агрессия, конкуренция, доминирование (доминирующий самец поддерживает качество вида);
- Выносливость, упорство;
- Заживление ран;
- Борода и лысость;
- Зрение (далеко, как «телеобъектив»);
- Правая сторона тела и отпечатки пальца (Kimura, 1999);
- Метание с точностью;
- Ориентация;
- Привлекательность молодой самки (способен дать потомство).

### Влияние эстрогенов:

- Ловкость, отдельные движения пальцев (Kimura, 1999);
- Левая сторона тела (и отпечатки пальцев);
- В среднем, 15% жира у мужчины и 25% у женщин (чтобы защитить и питать младенца);
- Слух: женщины воспринимают больший

диапазон звуков, они поют мелодии в 6 раз более часто, у них есть острое узнавание звуков и музыки (чтобы узнать своего ребенка);

### Чтобы обобщить: некоторые приложения Психотерапии

Исследование в неврологии подтверждают много традиционных знаний. Это помогает в повседневной работе в *психотерапии и консультировании* (с индивидуумами или парами):

И теперь, чтобы завершить эту краткую лекцию, *некоторые конкретные примеры ежедневного влияния неврологов*.

### Они помогают Психотерапевту

- *Слушать женщину* терпеливо, пока она не закончит, не пытаясь «решить» ее проблему (что было бы мужской реакцией, ориентированной на действие: вместо ее «матери», он становится ее «отцом»);
- *Содействовать мужчинам* говорить больше, выражать и делиться своими чувствами;
- Подчеркивать значение зрения для мужчин и слушания для женщин, особенно в эротической прелюдии (музыка, приятный голос);
- *Стимулировать больных людей*: нахождение пациентов возле окна (открытого во внешний мир) помогает заживлению; стимулируйте пожилых: пассивное воздействие ускоряет старение;
- Во время психотерапии находить внутренние связи между сексуальностью и агрессией (обе регулируются гипоталамусом и тестостероном);
- Быть очень предусмотрительными с «воспоминаниями» ранних сексуальных нарушений: воспоминание о сцене, реальной или только виденной в воображении, она находится в тех же областях мозга и создает те же нейрохимические реакции (40% «воспоминаний» - ложные воспоминания, восстановленные из сознательных или бессознательных страхов или желаний);
- *Мобилизовать фронтальные доли*, центр ответственности и автономности (быть в состоянии сказать «нет»); следовательно, богатство *парадоксальной и провокационной терапии*

### Некоторые общие замечания:

- *Влюбленность* ускоряет заживление ран (тестостерон);
- *Телесно-ориентированная терапия* помогает мобилизовать нервные тракты: движение > правый мозг > лимбический мозг > эмоции > глубокая энграммация (кодирование) опыта;
- Определенное количество эмоций помогает запоминанию; вербализация *после* помогает восстановлению в будущем;

<sup>3</sup> В оптимальной концентрации: не слишком слабо, не слишком высоко (Kimura, 1999).

- 
- Долгосрочное запоминание происходит, в основном, во время мечтания (REM сна); следовательно, в случае психической травмы (авария, смерть близкого человека, изнасилование, террористический акт, землетрясение), полезен опрос перед первым эпизодом мечтаний («непредвиденный Гештальт», Ginger, 1987).
  - Женщины совершают попытки самоубийства в десять раз чаще (они выражают свои чувства); мужчины успешнее в самоубийстве.
  - Женщины говорят не задумываясь, мужчины действуют не задумываясь.
  - Женщины, которые несчастливы в личных отношениях, имеют проблемы на работе, мужчины, которые несчастливы в работе, имеют проблемы в личных отношениях.
  - Женщинам нужна интимность, чтобы ценить сексуальность; мужчинам нужна сексуальность, чтобы ценить интимность.
- Наконец, это фундаментально - следовать исследованиям в генетике и неврологии и постоянно (еженедельно) обновлять свои знания.
- Вероятно, нет разницы - работать с терапевтом – мужчиной или женщиной: это предмет обсуждения, оно создает различия! (Krause-Girth, 2001).
- Наше восприятие мира очень разное... но приятно комплементарное!

*Литература:*

- 1) Aron Claude (2000) *La Sexualité (Phéromones et désir)*. Paris : Odile Jacob. (206 p.)
- 2) Badinter Elisabeth (1992) *XY, de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob. (315 p.)
- 3) Braconnier Alain (1996) *Le sexe des émotions*. Paris: Odile Jacob. (210 p.)
- 4) Crupault Claude (1997) *La sexoanalyse*. Paris : Payot.
- 5) Cyrilnik Boris (1993) *Les nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob. (244 p.)
- 6) Durden-Smith & Desimone (83). *Sex and the Brain*. USA. (270 p.)
- 7) Ginger S. et A. (1987) *La Gestalt, une thérapie du contact*. Paris: Hommes et Groupes. 6th éd. 2000 (535 p.). Chapters 12 et 13 (p. 297 to 324 & 332 to 346).
- 8) Ginger Serge (1995) *La Gestalt, l'art du contact*. Bruxelles: Guide de poche Marabout. 5th éd. 2001 (288 p.). Chap. 6 et 7 (p. 93 to 132)
- 9) Gray John (1998) *Men Are from Mars, Women Are from Venus*. Harper Collins (USA)
- 10) Janov Arthur (2000) *The Biology of Love*. New York : Prometheus Books, (380 p.)
- 11) Kimura Doreen (2000) *Sex and Cognition*. MIT Press (USA)
- 12) Krause-Girth Cornelia (2001) *The position of Women in Psychotherapy*. (lecture in Frankfurt & Paris)
- 13) Le Vay Simon (1993) *The Sexuel Brain*. Cambridge (Mass.): MIT Press. (230 p.)
- 14) Magre S. et Vigier B. (2001) *Développement et différenciation sexuelle de l'appareil génital*, in *La reproduction chez les mammifères et l'homme*. Paris : Ellipses.
- 15) Pease Allan & Barbara (2001) *Why Men Don't Listen and Women Can't Read Maps*. Orion. (430 p.)
- 16) Plomin R. et all. (1997) *Behavioral Genetics*. Freeman & Company, New York.
- 17) Vincent J.D. (1986) *Biologie des passions*. Paris : Odile Jacob. (352 p.)
- 18) Willer Ellen (2001) *Les hommes, les femmes, etc.* Bruxelles : Marabout. (190 p.)

## ПСИХОТЕРАПИЯ ФОБИЙ ВЫСОТЫ КАК ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Р.В.Дюсметова, Б.Р.Дюсметов

Судя по материалам прессы последних лет, создается впечатление, что растет число самоубийств путем прыжков с высотных зданий. Статистические данные же свидетельствуют о том, что таким способом сводят счеты с жизнью небольшой процент самоубийств. По разным данным, он составляет от менее 1% до 1,5% всех случаев самоубийств. В обширной литературе по суицидам исследований, посвященных этому виду суицида, нет.

В зависимости от обстоятельств суицидов, такой вид самоубийства специалисты обычно относят к числу истинных, аффективных или демонстративных

(классификация А.Е.Личко). Е.Шир выделяет среди других причин суицидального поведения подростков неодолимый тип, отмечая его редкую встречаемость и неисследованность.

Наш опыт работы с подростками, страдающими фобиями высоты, привел к интересному наблюдению: именно к неодолимому типу суицидального поведения можно отнести некоторые виды фобий высоты, если они характеризуются явными признаками компульсивности.

Фобии высоты нередко встречаются у подростков и обычно воспринимаются не только родителями, но

и психологами как что-то, не требующее особой настороженности. Это отчасти объясняется тем, что в повседневной жизни часто можно избежать фобических ситуаций, связанных с высотой. Однако при невозможности избегания фобических ситуаций или различных стрессовых факторов фобии высоты могут принять компульсивный характер. В таких случаях насильственный страх вопреки воле и желанию отличается такой силой и упорством, что, несмотря на осознавание его чуждости, приводит одновременно со страхом к амбивалентному насильственному влечению к высоте и неодолимому стремлению броситься вниз и может завершиться действиями, т.е. суицидом.

Целью настоящей работы явилось исследование факторов появления суициdalной готовности у подростков с фобиями высоты, а также возможностей психотерапевтического воздействия на фобии высоты как профилактики суициdalного риска.

**Критерии включения в исследовательскую группу.** Для исследования и наблюдения была отобрана группа из 20 подростков, проходивших лечение в Республиканском детском психоневрологическом санатории «Озеро Горькое» с сопутствующим диагнозом «фобия высоты». Возраст подростков – от 10 до 14 лет (12 мальчиков, 8 девочек). Отбирались подростки без интеллектуальных, психотических и серьезных двигательных нарушений (характеристика подростков с фобиями высоты дана в таблице № 1).

**Организация исследования.** Отбор, тестирование, диагностическое интервью, психотерапия проводились в течение первой недели после заезда, наблюдение – в течение 2 месяцев вплоть до отъезда пациентов.

**Вид тестирования:** восьмицветовой тест Люшера.

**Вид психотерапевтической интервенции:** десенсибилизация и переработка движениями глаз, нейро-лингвистическое программирование.

#### **Оценка эффективности:**

1. Оценка уровня тревожности по Люшеру.
2. Субъективные ощущения пациентов по ответам на вопросы (есть напряжение/ нет напряжения, есть тревога/ нет тревоги, есть страх/ нет страха, тянет прыгать/ не тянет прыгать, есть голоса/ нет голосов, есть спокойствие/ нет спокойствия на высоте или при воспоминаниях и фантазиях о высоте).

#### **Результаты исследования.**

Нахождение в фобических ситуациях при фобиях высоты сопровождается, как правило, различными психическими реакциями в виде укорочения

дыхания, головокружения, тошноты, тахикардии, дрожания, покачивания, потливости, сенестопатий (онемение, покалывание), гусиной кожи, резкой слабости, замирания или сильного напряжения. У всех исследуемых наблюдалась те или иные психические реакции, но самым важным для определения компульсивности, приводящей к насильственному влечению к высоте, к прыжку с высоты, явилось наличие гиперстенической реакции в виде сильного напряжения.

Как видно из таблицы, у всех исследуемых подростков одновременно с высокой тревожностью в той или иной мере наблюдались проявления резидуально-органической недостаточности. Последние были представлены в виде детского церебрального паралича, церебрастенического синдрома, минимальных мозговых дисфункций, невроза навязчивости, вегето-сосудистых дистоний, неврозоподобных состояний.

Фобия высоты сопровождалась компульсивностью только у тех подростков, которые реагировали на высоту гиперстенически сильным напряжением. Таковыми оказались 13 подростков (65,0%), из них 8 мальчиков из 12 (66,6%), 5 девочек из 8 (62, 5%). В этой группе у всех 13 подростков в анамнезе наличествовало множество психотравм, связанных с разводом, семейными скандалами, нежеланностью, эмоциональной депривацией.

В другой группе, где реакции на фобические ситуации оказались гипостеническими и характеризовались резкой слабостью или дрожью, также большинство подростков имели в детстве различные психотравмирующие ситуации. Это 6 подростков из 7 (85,7%), в том числе 5 мальчиков (71,4%), 1 девочка (14,3%). У одного мальчика психотравмы выявлены не были.

Подростки с компульсивными проявлениями во время переживания фобической ситуации, по их признанию, никогда не задумывались о самоубийстве. Их пугала вместе со страхом высоты сама тяга к прыжкам. («Боюсь высоты и одновременно тянет броситься вниз, хочу броситься», «Тянет вниз», «Глаза тянет вниз», «Ноги тянет вниз», «Хочется прыгнуть вниз головой», «Кто-то тянет меня вниз»). 5 подростков признались в том, что слышат голоса («Слыши крик: «Прыгай!»», «Слыши женский голос: «Прыгай!»», «Слыши свой голос: «Прыгай быстрее!»»). Они же часто видели (представляли) себя летящими вниз, испытывая в это время и ужас, и облегчение одновременно.

Интересно отметить, что ни в одном случае подростки не признавались родителям о своем неодолимом желании прыгнуть с высоты, хотя никто не скрывал своего страха высоты.

После психотерапевтической интервенции, направленной на преодоление фобии страха, у всех подростков снизилась тревожность, исчезли навязчивые страхи, у всех подростков с компульсивными

№	Инициалы пациентов	Пол	Возраст	Врачебный диагноз	Компульсивность	Психотравмы	Тревожность	Напряжение
1	Х.Д.	Ж	11	Хронический гаймоторит, невроз страха	+ (+ голоса)	+	+	+
2	Б.Л.	Ж	11	Невроз навязчивых движений	+ (+ голоса)	+	+	+
3	М.В.	М	11	Паралич Эрба, ММД	-	-	+	-
4	К.М.	М	11	ДЦП, спастический гемипарез	+ (+ голоса)	+	+	+
5	Р.Т.	Ж	10	Неврозоподобное состояние, ночной энурез	-	+	+	-
6	Т.В.	М	10	Врожденное укорочение левой ноги, невроз страха	+ (+ голоса)	+	+	+
7	С.С.	М	11	ВСД, левосторонний грудной сколиоз	-	+	+	-
8	Ф.Ю.	М	13	Двусторонний хронический отит, ВСД	-	+	+	-
9	А.А.	М	14	Церебрастенический синдром	+	+	+	+
10	С.Е.	Ж	11	Церебрастенический синдром	+ (+ голоса)	+	+	+
11	Ж.К.	М	12	Левосторонний грудной сколиоз, невроз страха	+	+	+	+
12	М.С.	М	10	Посттравматическая нейропатия срединного нерва левой кисти, ММД	+	+	+	+
13	И.О.	Ж	11	ДЦП, спастическая диплегия	-	+	+	-
14	Г.А.	М	13	Церебрастенический синдром	+	+	+	+
15	Е.К.	Ж	14	Правосторонний грудной сколиоз, невроз страха	+	+	+	+
16	Т.А.	М	12	ДЦП, спастический тетрапарез	+	+	+	+
17	Ф.А.	М	14	Правосторонний грудной сколиоз, СДВГ	-	+	+	-
18	В.Р.	М	11	Астеновегетативный синдром, подострый синусит	+	+	+	+
19	В.В.	Ж	10	Последствия спинальной травмы, церебрастенический синдром	-	+	+	-
20	М.Ю.	Ж	12	Правосторонний грудной сколиоз, неврозоподобный энурез	+	+	+	+

проявлениями вместе с напряжением в теле исчезло и непреодолимое влечение к прыжкам. Одновременно с фобией высоты у 4 подростков снизилась агрессивность и двигательная расторможенность, 8 избавились от кошмарных снов с мотивами падения, 4 из них – от сноговорения.

Результаты настоящего исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. При наличии компульсивности фобии высоты у подростков могут провоцировать суициальную готовность, которая проявляется в форме неодолимого влечения к прыжку и бессознательного

стремления освободиться от нарастающего напряжения путем прыжка с высоты.

2. Компульсивные расстройства при фобиях высоты могут быть вызваны на фоне резидуально-органической недостаточности гиперстеническими реакциями в виде сильного напряжения.

3. Фобии страха и связанные с ними компульсивные расстройства хорошо поддаются психотерапевтическому воздействию.

Таким образом, данные настоящего исследования дают основание полагать, что психотерапия при фобиях страха может быть использована как эффективная профилактика суициального риска у подростков.

## КОНСТРУКТИВНЫЙ РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА КАК СОМАТОПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КАРТА

А.Ф.Ермошин

г. Москва

Конструктивный рисунок человека - тестовое задание, формулируемое следующим образом: нарисуйте фигурку человека из квадратиков, кружков и треугольников, а количество элементов в фигурке - 10. В ряде случаев пациент может получить дополнительное пояснение: увеличивать, уменьшать, вытягивать, накладывать друг на друга элементы разрешается, соотношение количества квадратиков, кружков, треугольников - произвольное, единственное, что фиксировано - это общее количество элементов в фигурке - 10. Выполнение этого задания пациентом редко занимает больше 1 минуты. Дополнительная информация, которая может быть запрошена - это возраст персонажа рисунка. В ряде случаев можно предложить пациенту раскрасить рисунок фломастерами и прорадировать цвета по шкале приятности-неприятности, как это делается в teste Люшера (авторские модификации метода).

По мнению автора, главным различием между квадратом (прямоугольником), кругом (ovalом) и треугольником (вытянутым или скатым - это не принципиально) в контексте выполняемого пациентом задания является степень их наполненности, регистрируемая на подсознательном уровне. В ряду из трех фигур круг является наиболее полной фигурой, "раздувшимся" квадратом, собственно квадрат занимает среднее положение по степени наполненности, а треугольник можно воспринимать как скавшийся квадрат.

Благодаря необходимости в процессе изображения фигуры человека воспользоваться стандартными геометрическими фигурами, различающимися по указанной характеристики (большая или меньшая

наполненность), пациент невольно обозначает в рисунке зоны "полноты" и "пустоты".

Какое практическое значение это может иметь?

Более чем десятилетняя практика использования автором данного задания в психотерапевтической практике и, в частности, в процессе осуществления авторского подхода в психотерапии, называемого *соматопсихотерапия*, в последующем переименованного в *психокатализ* (специфический релаксационно-рекреативный, трансформационный), привели его к следующим выводам.

Тест может служить двум целям.

Во-первых, возраст персонажа, как правило, отсылает психотерапевта к периоду "закладки" актуального симптома у пациента (некий проблемный период жизни, его начало), во-вторых, распределение элементов рисунка, их размер, особенности графики и др. параметры рисунка могут отражать характер распределения "наполнения" в организме, обозначать зоны "полноты" и "пустоты", а если говорить более корректно, зоны сгущения и зоны разрежения таких ощущений как тяжесть, теплота и др. Характер же распределения последних, в свою очередь, коррелирует со спецификой эмоционального состояния, которое переживает пациент.

Вот лишь некоторые характерные конфигурации.

Квадратная голова, круглое туловище. Мобилизованность на борьбу.

Большая круглая голова, маленькие ножки, ручки, нарисованные треугольничками. Невротическая обеспокоенность.

На основе комплексного исследования были

---

выявлены синдромы распределения внутренних ощущений в теле, соответствующие различным эмоциональным состояниям человека, знаки наличия вертеброгенных проблем, признаки *синдрома энергетического голода мозга*, признаки наличия соматогенных ощущений в общем самоощущении человека, признаки наличия органического поражения ЦНС различного генеза. Все это

вместе взятое может служить важным подспорьем в работе психиатра, психотерапевта, практикующего психолога и специалистов смежных областей с одной стороны в качестве дифференциально-диагностического средства, а с другой - в качестве удобного зеркала в работе и средства слежения за динамикой состояния пациента в процессе психотерапии.

## **СИНДРОМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ГОЛОДАНИЯ МОЗГА И ЕГО ОТРАЖЕНИЕ В КОНСТРУКТИВНОМ РИСУНКЕ ЧЕЛОВЕКА**

А.Ф.Ермошин

г. Москва

*Синдромом энергетического голода мозга (ЭГМ)* автор называет совокупность симптомов нездоровья, имеющих в своей основе общую причину: относительную или абсолютную нехватку питания, кислородного обеспечения головного мозга. По-другому этот синдром может быть назван "ишемической болезнью мозга" (ИБМ) по аналогии с ишемической болезнью сердца, кишечника и других органов и частей тела.

В патогенезе синдрома основное значение имеют комбинированное действие *вертеброгенного и психогенного* факторов, приводящих к конфликту между уровнем энергообеспечения мозга и уровнем потребления им энергии.

*Патологическая импульсация* с межпозвоночных дисков при наличии функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов шейного и нижележащих отделов позвоночника приводит к спазму питающих мозг сосудов, что создает фон пониженной адаптируемости мозга к функциональным нагрузкам.

*Невротическое беспокойство* приводит к гиперактивации работы мозга, что требует повышенного уровня энергообеспечения.

В клинической картине синдрома ЭГМ наблюдаются следующие проявления. Пациенты описывают состояние угнетенности, "придавленности", по формальным признакам напоминающее депрессию, и, в частности, "идеаторную заторможенность". Речь идет об ощущении неясности в голове, затруднении в решении текущих жизненных задач. К этому добавляется нередко неуверенность в себе, пессимизм, слезливость. Клинику "депрессии" дополняет и фиксация сознания на неприятностях. Пациенты нередко жалуются на состояние, когда беспокойная мысль, попавшая в голову, застремляется там, делаясь навязчивой.

По мнению автора, речь идет о снижении способности мозга адекватно перерабатывать информацию. Из-за слабости, из-за понижения общего

"тонуса", способность мозга к соотнесению поступившей информации с другими сведениями, находящимися в его распоряжении, ослабевает. Определенная мысль приобретает тенденцию существовать в сознании пациента вне соотнесенности с другим мыслями, которые могли бы при более благоприятном энергетическом режиме мозга дополнить ее и, таким образом, сбалансировать картину действительности. Можно говорить о том, что пациент находится в "гипноидном состоянии".

*При закрытых глазах* в относительно легких случаях такие пациенты ощущают, что "черная туча" легла на голову, в более тяжелых и застарелых случаях пациенты ощущают наличие на макушке "шапочки" или чего-то более густого, плотного вплоть до ощущения "блин" из густой массы или металлического "диска", давящего на голову. В форме таких субъективных ощущений выражает себя собственно ишемический (спазматический) компонент состояния - недостаточное поступление питательных веществ, кислорода.

Второй фактор (избыточное потребление) выражается в следующих субъективных ощущениях. Голова ощущается переполненной, увеличенной в размерах, отяжеленной, особенно в передней ее части. В области лба может ощущаться скопление ощущений, во внутреннем видении пациента предстающих в виде *тумана, жидкости, массы*, а в случаях давнего существования невротического расстройства - в виде *камня* (варианты того, что автор называет "первичным образованием"). В случаях застарелого невротического беспокойства вокруг головы пациентом ощущается так называемое "вторичное образование" в виде *дымяки* вокруг головы, стягивающей ее *повязки*, пластмассового, а затем и металлического *обруча*, а в тяжелых случаях - металлической *каски*. По предположению автора, подобные формирования носят защитный характер и создаются организмом с целью предохранения

головы от дальнейшего увеличения ее объема на фоне сохраняющегося невротического переживания. В это же самое время, когда “центр” переполнен, периферия, нижняя часть тела, в частности, ноги, ощущаются пациентами относительно “обездоленными” - “ватными” и холодными.

При попытках расслабиться, пациенты этой категории отмечают трудность релаксации.

Состояние нередко описывается в таких словах.

“Бывает, что отсидишь ногу. А у меня ощущение отсиженной головы”. “Слабость, шатает, головокружение”. “Чувство как перед экзаменом - суета, волнение, застой...”. “Мысли плохие лезут в голову - слезы льются. Поплачешь - вроде легче, но ненадолго...”. “Выбить из головы дурную мысль не хватает сил”. “Хорошие мысли появляются так редко, что даже страшно”. “В затылке, в глубине как будто молоток бьет и хочется прекратить его биение”.

Иногда ощущения описываются более “художественно”: “Тело все напряжено, а в мозгу как будто “стопор”. Релаксация не дается: “Как будто кто-то не хочет отдавать то, что там, как будто зверь какой, черт. Руками держит. Смех у него дикий”. Подобные описания, имеющие “вычурный” оттенок, могут быть приняты неопытным психиатром или психотерапевтом за проявления сенестопатических расстройств и проторивать дорожку необоснованному диагнозу шизофрении.

Между тем, восстановление нормального кровенаполнения мозга (через устранение функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов приемами мануальной терапии) почти моментально устраниет эти жалобы, “ex juvantibus” доказывая правоту неврологической, а не психиатрической гипотезы.

В качестве дополнительного дифференциально-диагностического признака автор предлагает использование данных теста “Конструктивный рисунок человека”, задание которого формулируется следующим образом: “Нарисуйте символическую фигурку человека из квадратиков кружков и треугольников, а количество элементов в фигурке - 10”. Выполнение данного задания пациентом редко занимает более 1 минуты.

Наличие синдрома ЭГМ выражается на рисунке следующими признаками: 1) голова, увеличенная в размере (непропорционально большая по сравнению с другими изображенными на рисунке частями тела), руки, ноги, как правило, относительно уменьшенные в размерах, укороченные, нередко изображены треугольниками, на “лице” - укрупненные круглые глаза; 2) поверх головы - треугольник основанием книзу в виде “шляпы” или другие дополнительные детали; существует также один из следующих признаков: шея,

изображенная треугольником, туловище, изображенное треугольником с заужением на уровне шеи, составное туловище (туловище построено из двух - или более - треугольников, квадратов или кругов). Исследованием автора установлено, что зона или зоны стыка фигур обозначают уровень (уровни) блока в позвоночнике.

Первая группа признаков отражает невротическую компоненту состояния, а вторая - ишемическую. В обеих группах есть облигатные признаки и факультативные. К облигатным признакам в первой группе относится укрупненная голова, во второй - наличие заужения на уровне шеи или стыка фигур на уровне туловища. Появление “шляпы” говорит о давности расстройства и выраженности его вплоть до периодической манифестации головных болей.

Необходимость дифференцирования данных состояний, по существу являющихся астеническими, анергетическими, от состояний собственно депрессивных (как в рамках невротического, так и циклотимического расстройства), а также от состояний дисфренических и состояний, связанных с органическим поражением ЦНС заставляет автора обращать внимание коллег на существование синдрома ЭГМ, который, по его наблюдению, весьма часто встречается в практике психотерапевта. По приблизительной оценке, состояние более половины психотерапевтических пациентов отягощено переживанием “недопитки” головного мозга.

Автор убежден, что именно подобные состояния энергетического голода мозга становятся нередко, особенно у пациентов, склонных к фобическому реагированию, основой, на которой возникают ипохондрические, фобические и другие навязчивые состояния. Он уверен, что значительная часть состояний, которые описываются как “панические атаки”, по сути являются приступами ИБМ.

Лечение данного расстройства должно быть комплексным. Психотерапия должна сочетаться с мероприятиями мануальной терапии и других видов терапии, направленных на снятие спазмов сосудов, питающих мозг.

Лекарства, снижающие общий уровень психической напряженности (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики), могут быть симптоматически эффективными (в силу снижения трат мозга), однако, следует помнить о том, что это малоперспективный путь в решении данной проблемы, поскольку основными этиологическими факторами являются патологическая импульсация с межпозвоночных дисков и факторы психогенной природы (избыточное мышление в проблемной ситуации).

---

---

## СПЕЦИФИЧЕСКИЙ РЕЛАКСАЦИОННО-РЕКРЕАТИВНЫЙ ПСИХОКАТАЛИЗ

А.Ф.Ермошин

г. Москва

Во всем многообразии психотерапевтических подходов автор выделяет два принципиально различных класса психотерапии. К первому классу им относятся мобилизационно-интеграционные методы, ко второму - релаксационно-рекреативные. К мобилизационно-интегративным методам относится большинство распространенных методов психодинамического направления (психоанализ, юнгийский анализ, гештальт-психотерапия, трансперсональная психология, процессуально-ориентированная психология и др.). К релаксационно-рекреативным методам автор относит аутотренинг, практики наведения гипнотического транса, другие релаксационные техники.

**Целью работы** автора при создании метода было найти возможный синтез подходов психодинамического и психостатического направлений с сохранением достоинств каждого из них и устранением свойственных им недостатков.

Итогом многолетнего поиска стал *специфический релаксационно-рекреативный (трансформационный) катализ переживаний (психокаталит)*.

**Специфический релаксационно-рекреативный (трансформационный) катализ переживаний (психокаталит)**, представляемый автором, направлен на расформирование обеих противоборствующих динамик, создающих невротический комплекс, с целью формирования у человека состояния первозданного покоя, на фоне которого в последующем находятся новые решения актуальных проблем.

В название метода вошли основные его характеристики: он специфичен, т.е. каузален, этиотропен, что роднит его с психодинамическими подходами в их диагностической части, и, в то же самое время по преследуемым целям принадлежит к релаксационным, психостатическим видам работы. Термин "катализ" призван подчеркнуть недирективность работы, "ферментативный" характер участия психотерапевта во внутренней работе пациента. Предметом приложения метода названы переживания - термин широкого значения, обозначающий работу психики, как на этапах приема, так и переработки информации, принятия решения и реализации его, т.е. на всех фазах реагирования организма на проблемную ситуацию.

Специфический релаксационный катализ переживаний (психокаталит) предполагает "рождение изнутри" состояния психологического комфорта. Забочаясь о естественности возникновения нужного эффекта, эта практика на первом этапе своей реализации придает большое значение диагностике состояния занимающегося.

Это осуществляется в особой предметной форме. Подобно тому, как это делается в процедуре аутотренинга, внимание пациента направляется на ощущения в теле. Отличие состоит в том, что вниманию предлагается отыскать зону тела, максимальным образом вовлеченнную в прорабатываемое переживание, сосредоточиться на нем и выявить предметный образ ощущения.

Как показало исследование, проведенное автором, каждому переживанию, которое отклоняет состояние человека от оптимального, соответствует свое ощущение в теле. Состоянию **беспокойства**, например, соответствует ощущение наполнения **лба газом, жидкостью**, иногда **массой**, а в особенно тяжелых случаях там может ощущаться "камень". Сама голова при этом ощущается пациентом как увеличенная в размерах вплоть до того, что во внутреннем восприятии может казаться шире плеч. Мало того, снаружи она может, по ощущению, быть стиснута чем-то вроде **повязки, обруча**, а в тяжелых случаях может быть сдавлена "тисками" или покрыта "каской", сделанной из металла или другого прочного материала. В то время, когда голова отягчена суммой вышеописанных ощущений, нижняя часть тела, включая живот, может ощущаться как ослабленная, холодная, "пустая".

Клиника беспокойства, с точки зрения ее представленности, в субъективном восприятии человека описана как пример. Сходного рода описания сделаны и для других состояний, расстраивающих гармоничное распределение ощущений в теле. К такого рода состояниям следует отнести раздражение, невротическую ответственность, обиду, злость, тревогу, переживание предательства, гнев, страх. Согласно многолетним и многократно выверенным на сотнях пациентов исследованиям для каждого из этих переживаний характерна своя конфигурация психосоматических ощущений: точная локализация и повторяющийся контур "полноты-пустоты".

Осознание пациентом в предметной форме специфики своего состояния позволяет приблизить его к принятию существенных решений в отношении данной конфигурации внутренних ощущений. Намерен ли он поддерживать данный "энергетический контур" или настало время каким-то образом разрешить его судьбу?

Чаще всего пациент склоняется к тому, чтобы "позволить" своим силам вернуться "в оборот", а потом уже, из состояния восстановленного покоя, искать новые решения проблем.

Таким образом, пациент " списывает" нефункционирующий комплекс, предоставляя организму возможность "разобрать его на запасные части".

При этом в терапевтической фазе наблюдается характерная динамика распределения ощущений тепла, тяжести, наполнения в организме. Изо лба - преимущественно в живот и ноги, из груди - в руки, из живота - по всему организму равномерно.

В итоге релаксации в организме формируется ощущение равномерного распределения внутреннего наполнения, "ровной пульсации" во всех частях тела.

Это состояние становится основой для нового

функционирования организма и поиска решений актуальных проблем.

Метод приложим к решению широкого круга психотерапевтической проблематики, разработаны его приложения к решению проблем, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, лечению фобий, других невротических состояний различной степени сложности. Автором разработано применение метода в педагогической практике, приложение его для решения проблем во взаимоотношениях, в работе с детьми.

## ПСИХОТЕРАПИЯ В КИТАЕ<sup>1</sup>

М.Куян

Китайская Народная Республика

### A. Краткая история психотерапии в Китае

Китайская Народная Республика была основана в Октябре 1949, но книги по психотерапии и методы психотерапии были ввезены в Китай значительно раньше этого времени. Книги по психоанализу и труды, описывающие интерпретацию сновидений и технику свободной ассоциации, которые были переведены на китайский язык и опубликованы, могут быть отнесены к периоду с 1910 по 1920 г.

В течение этого времени, Д-р Cai Yuanpei, который учился с Wundt в Германии, основал первый Институт Психологии в 1917 в Бейджинге. А в Шанхае в 1921 г. было основано Китайское Психологическое Общество. Эти два важных события способствовали проникновению идей психотерапии в Китай из Западных стран. В 1930-х также появились труды по анализу психических расстройств с точки зрения поведенческой терапии. Когда Американский ученый д-р Р.Лиман взял на попечение отделения неврологии и психиатрии больницы медицинского колледжа Пекина в 1933, он организовал много тренинговых курсов для врачей, которые работали там, которые включали тренинговый курс по психоанализу, Dai Bing-Heng преподавал этот курс (смотри Chen и Qian, 1997).

В 1930-х психологические клиники были организованы психологом, Ding Zan, в Центральном Экспериментальном Институте на Chong Qing, и Ren-Li ковровой фабрике в Бейджинге. В это же время одна психологическая лечебная клиника для детей была открыта психологической ассоциацией Университета DaSha в Шанхае. В течение Второй Мировой Войны, Япония захватила Китай приблизительно на 8 лет, которые остановили все эти разработки.

После основания Китайской Народной Республики в 1949, развитие психотерапии было все еще незначительным в годы до экономической реформации в 1979.

Развитие психотерапии в Китае прошло четыре фазы - начальной фазы, напрасной фазы, фазы подготовки и первичной опытной фазы, относительно работы профессионалов и практикующих терапевтов и их публикаций (Qian, 1994; Zhong, 1991).

Начальная фаза длилась с 1949 по 1965 г.г. Только несколько профессионалов занимались спорадической психотерапией в течение этого периода. Хуанг Йайн, психолог из Шанхая, опубликовал несколько книг, в которых описал, как использовать принципы поведенческой терапии для лечения проблем детей (Huang, 1951,1952). Кроме Хуанга, в этой фазе работали некоторые другие Китайские психологи, которые пытались использовать идеи психотерапии для работы со своими пациентами.

Наиболее значительной работой в начальной фазе было развитие Быстрой Исчерпывающей Терапии, осуществляемое некоторыми Китайскими психологами и психиатрами в конце 1950-х и начале 1960-х. Эта терапия было краткосрочной моделью, в начале разработанной специально для лечения неврастении. Она объединила медикаментозное лечение, физические упражнения, тематические лекции и групповую дискуссию. Причины неврастении в этой модели интерпретировались теорией Павлова. Пациентов лечили интерпретацией, одобрением, назначением домашней работы и поддерживающим методом. Согласно опубликованным

<sup>1</sup> из книги «Глобальная Психотерапия» под. ред. А. Притца, изд-во «Факультас», Вена, Австрия, 2002, в переводе Ж.Салибаевой

статьям, эта терапия была очень эффективной (ет ал. Li, 1958; Li, 1960; Wang, 1961a, 1961b, Отделение Медицинской Психологии, IPCAS, 1959), и вызывала интерес в кругах профессионалов психотерапии.

До Культурной Революции теория психоанализа Фрейда расценивалась как жареный сексуализм. Все психологи использовали теорию Павлова для работы со своими пациентами, следуя идеям пред-Советских академических кругов. Во времена Культурной Революции (с 1966 по 1977) психология критиковалась Группой Четырех как противоречащая науке. Ни один из университетов не мог открыть курс психологии в то время. Почти все психологи были вынуждены уйти на другие рабочие должности. Психотерапия была в еще худшей ситуации. Статьи и книги, имеющие отношение к психотерапии, не публиковались годами, поэтому это время было названо напрасной фазой.

Фаза Подготовки, которая продолжалась около девяти лет (1978-1986), реформация и открытие, которую начал Deng Xiaoping, разрушили «ледяное время» в Китае. В течение этого периода вышло всего несколько публикаций, имеющих отношение к психотерапии, но были переведены и опубликованы книги знаменитых Западных психотерапевтов, как Фрейд, Юнг и Фромм, проводились различные мастерские, тренинговые программы и академические конференции, по психотерапии. Группа амбициозных ученых начала изучать консультирование и психотерапию, и с начала 1980-х несколько психологических клиник были открыты одна за другой. Первичное развитие психотерапии в Китае началось в 1987. Количество статей по психотерапии, опубликованных в профессиональных журналах, резко увеличилось, с тех пор их количество и качество все время улучшалось. Круг людей, принимавших психотерапию, постепенно расширялся, а количество прикладных терапевтических теорий и методов увеличивалось (Chen & Qian, 1997). Кроме изменения в аспекте публикаций, одной из характеристик этой фазы было то, что Китайские профессионалы развивали свои собственные теории и модели, основываясь на опыте клинической практики, и публиковали свои работы.

Клиники консультирования и психотерапии были повсеместно открыты при университетах и в клиниках широкого профиля в городах по всей стране. Также в этой фазе существовали профессиональные психотерапевтические центры и частные психологические клиники. Тренинговые программы и мастерские по психотерапии не только увеличивались численно, но также улучшалось и их качество. Кроме того, два профессиональных комитета по психотерапии и консультированию были основаны Китайской Ассоциацией Психического Здоровья в начале 1990-х (один был комитетом по психотерапии и консультированию, другой - консультативным комитетом студентов колледжей). Еще один комитет был основан Китайским Психологическим Обществом к концу 2001 (названный веткой психотерапии и консультирования). В этой фазе было больше академической деятельности, организованной комитетами и больше связей в области психотерапии среди Китайских коллег.

Кроме организованных семинаров и конференций, многие практикующие терапевты посещали тематические дискуссии. Более детально развитие и характеристики будут обсуждены в дальнейшем.

## В. Характеристики Западного стиля психотерапии в Китае

Почти все основные Западные теории и техники психотерапии были представлены в Китае, начиная с 1980-х. Большинство из них широко применялись. Это отражено в статье, написанной Gong Yaolian и Li Qingzhu (1996), в которой приведены результаты исследования 457 психологических служб. Среди 1725 исследованных случаев, в 1533 случаях применялись следующие 9 видов терапии, в других 192 случаях применялись другие методы. Результат этого исследования указывает, что наиболее популярные виды терапии - поведенческая терапия, когнитивная терапия, поддерживающая терапия, психоаналитическая терапия, Morita терапия, biofeedback терапия, гипноз и суггестивная терапия, клиент-центрированная терапия и когнитивная инсайт-терапия Zhong'a.

Таблица 1

Подходы психотерапии (cases and their percentage)

Подходы	Случаи	%
Поведенческая терапия	446	29.1
Когнитивная терапия	306	20.0
Поддерживающая терапия	277	18.1
Психоаналитическая терапия	173	11.3
Морита терапия	107	7.1
Biofeedback терапия	70	4.6
Гипноз	60	3.9
Клиент-центрированная терапия	52	3.4
Когнитивная инсайт-терапия Zhong'a	42	2.7
Всего	1533	100

Примечание: статистика основана на исследовании 457 психологических служб (From Gong & Li, 1996).

Согласно вышеуказанной статистике, Западная психотерапия имеет доминирующую позицию в области психотерапии в Китае. Психотерапия Китая находится под существенным влиянием теорий и методов психотерапии Запада. С другой стороны, на нее большое влияние оказывает Китайская культура. Культурное влияние - незаметное и проявляется в терапевтическом процессе постепенно. Это очень широкая тема, здесь будут кратко обсуждены некоторые наиболее значимые сведения.

#### *Тенденции директивной терапии*

Li Xianfeng (1999) опросил 127 людей в провинции Shandong Китая, и обнаружил, что 24% опрошенных ожидают, что психотерапия может дать быстрый эффект. 14% ожидают, что терапевт даст хорошее решение их проблем. 27% ожидают, что психотерапия может предложить им возможность психологической устойчивости. Кроме того, для 75% терапевт имел образ идола, то есть они ожидали, что терапевт - опытный и знающий (66%) и может руководить жизнью человека (8%).

Не только клиенты, но и терапевты также придерживаются аналогичного взгляда на руководство (Qian & Chen, 1996). Терапевт может почувствовать, что он не поможет клиенту, если не предложит ему совет или руководство. Многие терапевты верят, что руководство, предложения и советы - очень эффективны. Китайские клиенты ищут и принимают руководство и, соответственно, следуют ему. Пока некоторые терапевты верят, что помочь должна включать руководство из-за культурного образования в Китае. Этот культурный фон является причиной того, что, как терапевты, так и клиенты ожидают, что терапевт будет работать как эксперт. Поэтому, некоторые исследователи придерживаются идеи, что Китайские терапевты привыкли осуществлять психотерапию путем обучения и руководства, а китайские клиенты сами желают подчиняться воздействию «сверху», директивному поведению, так что клиент-центрированная терапия, предлагаемая Роджерсом, вряд ли может быть принята в Китае (Zeng, 1997).

Это явление, тем не менее, меняется в последнее время. Все больше и больше Китайских психотерапевтов, получивших Европеизированную профессиональную подготовку в различных психотерапевтических школах, стремятся работать менее директивно, но используют больше техник, следуя требованиям различных школ, и пытаются помочь клиентам находить собственные пути решения имеющихся проблем. Некоторые китайские профессионалы, получившие подготовку по клиент-центрированной терапии, доказывают, что существует хорошая взаимосвязь между основными принципами клиент-центрированной терапии и Китайской Культурой (Jiang, 2001). Они верят, что этот вид терапии сможет работать и в Китае.

#### *Тенденция интеграции*

Одно исследование в 1993 показало, что 68% терапевтов использовали терапевтическую модель эклектизма (Qian & Chen, 1993). Фактически, многие Китайские терапевты объединяют некоторые различные теории и техники в своей практике, вместо применения только одного метода. Это также происходит под влиянием Китайского культурного фона.

Взгляд целостности и полноты включен в Китайскую культуру, как, например, конфуцианство, даосизм, буддизм. Три больших школы возникли по отдельности, но у них есть общие предметы для исследования. Они рассматривают ум, общество и вселенную в целом, и часто заимствуют и используют и ссылаются на мысли и взгляды других школ (Ge, 1995).

Под влиянием этой идеологии, Китайские терапевты также склонны рассматривать причины психических проблем клиента с различных точек зрения, и стремятся рассматривать проблему в целом, основываясь на расширенном сборе данных, с тем, чтобы, чтобы разрабатывать эффективный план лечения (Qian, 1998a).

В выборе моделей терапии, Китайские терапевты стремятся сохранять непредубежденное отношение по отношению к другим терапевтическим теориям и методам, как, например, модель эклектизма. Фактически, подготовка в области психотерапии не достаточна у многих практикующих терапевтов, может быть, это одна из причин, почему они используют различные терапевтические модели. Кроме того, это наиболее обосновано влиянием культурного фона. Как пишет об этом д-р Zeng Wenxing: «Китайские люди обычно стремятся делать «коктейли» или «комбинированные» вещи. На китайском празднике всегда есть одновременно несколько блюд, в отличие от Западного обеда, где есть только одно основное блюдо; Традиционное Китайское лекарство является смесью различных типов травяных лекарств, в отличие от Западного лекарства, выделяющего чистую композицию. Заболевший человек может пойти к нескольким докторам и принимать Китайское лекарство, Западное лекарство и тоник вместе. Короче говоря, китайцы терпимы и принимают всесторонность, это одна из характеристик Китайской культуры» (Zeng, 1997).

#### *Тенденция объединения природы и человека*

Результаты исследования д-ра Gong и Li (1996) показали, что Morita терапия, возникшая в Японии, на пятом месте среди обычно используемых терапевтических методов. Сейчас она популярна в Китае. Со временем своего появления в Китае в конце 1980-х, ее принцип соответствия природе широко использовался в лечении пациентов с неврозами. Основная идея в том, чтобы помочь пациентам действовать согласно объективным законам (то есть

позвольте природе брать свой собственный курс), вместо следования субъективным путям; принять свои симптомы, но не бороться с ними, чтобы, разрушить ментальный порочный круг. Симптомы облегчаются или устраняются таким путем. Хотя Morita терапия была ввезена из Японии, ее идеологическая основа имеет общий исток с традиционной Китайской философией - Таоизмом. Итак, метод приобрел популярность среди китайских терапевтов и их клиентов. Многие сообщения показывали эффективность Morita терапии при лечении различных психических расстройств (Mei, et al., 2000; Wen, et Al., 2000; Zhang, et Al., 2000).

Фактически, даже без использования Мориттерапии, китайские психотерапевты бессознательно используют философию целостности природы и человека. Это может быть рассмотрено в следующих трех аспектах (Qian, 1998). Во-первых, терапевты выделяют отношения между человеком и природой. Они мотивируют и поддерживают клиента принять всю ту деятельность, которая может оказать благоприятное влияние или ослабить эмоциональную напряженность, включая Qi Gong и Taiji Boxing, которые очень популярны в Китае.

Во-вторых, выделяется «пассивное лечение». Терапевты сосредотачиваются на помощи клиентам найти способ мышления или поведения, которые соответствуют естественными законами. Они существуют, чтобы уравновесить более высокий умственный и физический уровень, не действуя неосмотрительно, таким образом, защищая конец «если не делать ничего – ничего не останется не сделанным».

В-третьих, гармония межличностных отношений, между индивидуумами и вещами вокруг них, и между личностью и природой. Улучшение в симптомах реализуется меньше экстравертированным способом борьбы с симптомами или другими вещами, и конкурированием с другими людьми, но больше интровертированными попытками уменьшить личные стремления и принять самих себя и других людей, чтобы, разрешить собственные противоречия и конфликты.

Короче говоря, Китайская культура и мысли с тысячелетней историей глубоко влияют на идеи психотерапии в Китае. Влияние может включать много других аспектов психотерапии, поэтому применение многих Западных теорий и методов психотерапии в Китае подвергается изменениям в различной степени.

### **С. Меры по развитию психотерапевтических моделей в Китае**

В настоящее время, большинство теорий и методов психотерапии заимствованы с Запада, так что перед китайскими терапевтами стоит сложная задача, изменить и приспособить их к ситуации в Китае и китайским клиентам.

В течение нескольких лет многие Китайские терапевты были упорны в попытках приспособить и применить Западные теории и техники психотерапии. В то же время они пытались изучить пути развития психотерапии в Китае, которые выражаются в следующих двух аспектах. Во-первых, необходимо отсортировать и изучить идеи и методы, имеющие отношение к психотерапии, возникшей из Китайских традиционных мыслей и традиционной медицины. Во-вторых, необходимо попытаться разработать свою собственную терапевтическую модель.

Во многих статьях обсуждались китайские традиционные мысли и психотерапия, как, например, теоретический взгляд на психотерапию в традиционных философских мыслях (Qian, 1998a, Yang, 1997; Zhai, 1996), импликация и приложение традиционных мыслей о целостности, взгляд на природу, и объединение противоположностей в психотерапии. Кроме того, взгляды и техники, подобные психотерапии в Китайских традиционных медицинских книгах были также обсуждены во многих трудах (Chu и Li, 1994; Wang И Li, 1994; Yan, 1996). Кроме академических дискуссий, некоторые терапевты попытались применить родственные подходы в терапевтической практике и получили эффективные результаты (Xu, 1998).

Некоторые профессионалы пытались разработать свои собственные теории и модели. Наиболее значительные модели – когнитивная инсайт-терапия Zhong Youbin и Таоист когнитивная психотерапия Zhang Yalin и Yang Desen.

Когнитивная инсайт-терапия Zhong'a (1988, 1993) – это краткосрочная психодинамически ориентированная терапия, показания включают социальную фобию, обсессивно-компульсивный невроз и некоторые сексуальные первверсии, такие как, эксгибиционизм, вуайеризм и frottage. Zhong верит, что причины симптомов возникают из ранних психических травм. Такие травмы оставляют «следы» в психике и остаются латентными до некоторого события, которое приводит их в движение. Симптомы возникают из невозможности клиента справиться с проблемами эффективно, из-за использования неэффективных стратегий и возвращения в незрелое состояние, что симптомы являются выражением решения взрослых проблем средствами ребенка, и он помогает пациенту распознать незрелость симптомов. В тоже время метод помогает пациентам с различными симптомами решить свои специфические проблемы. Например, обсессивно-компульсивные пациенты боятся сделать что-то неправильно «в случае, если». (Zhong, 1988, 1993). Когнитивная инсайт-терапия стремится, чтобы пациенты «возвращались» в свое детство и обнаруживали незрелые способы, которыми они решают свои взрослые проблемы, и, таким образом, они могут использовать здоровую и зрелую модель поведения, вместо незрелой модели. В соответствии

со случаями, описанными Zhong' (1998), симптомы пациентов облегчаются, значительно облегчаются или даже исчезают после 5 - 12 сеансов лечения. Zhong опубликовал более 20 статей и 3 книги. Есть и другие сообщения об эффективном использовании этого метода в профессиональных журналах (Hu, 1999; Lin, 1994; Wu, 1990; Zhang & Li, 1994). Сейчас этот метод - один из часто используемых терапевтических методов в Китае (Гонг и Li, 1996).

По сравнению с Когнитивной инсайт-терапией, Таоист когнитивная психотерапия (TCP), предложенная Zhang Yalin и Yang Desen (1998), больше отражает китайскую традиционную философию. Эта модель основана на объединении пути сохранения здоровья, выраженной в Китайской философии Таоизма и методологии когнитивной терапии. Он включает пять шагов: исследовать актуальные стресс-факторы клиента, чтобы понять систему его убеждений, проанализировать его конфликты и стиль их преодоления, чтобы использовать направление доктрины идея Таоизма, оценить и повысить эффект (Zhang & Yang, 1998). Zhang и Yang верят, что ключевое направление и суть лечения - позволить клиентам быть спокойными и неактивными, и соответствовать природе на четвертом шаге. Идеи этой терапии были предложены в 1995 и исследовались в клинической практике. Текущие сообщения показывали, что TCP эффективно уменьшает общие симптомы тревожных расстройств (Zhang, Yang, Xiao, et al., 2000), а также эффективно предотвращают проблемы психического здоровья среди университетских студентов (Huang, et al., 2001).

Пытаясь создавать терапевтические модели, адаптированные к китайской ситуации, китайские профессионалы также пытаются использовать новые терапевтические техники в своей практике. Например, д-р Zhu Jianjun и Sun Xinlan (1998) предложили технику воображаемого диалога. Согласно этой технике, терапевт стимулирует клиента использовать воображение (как, например, «Представьте себе, что Вы видите дом, расскажите, что это за дом»), затем он анализирует образы клиента (как, например, клиент представляет себе «Я попал в западню и не могу из нее выбраться, я отчаянно плачу», терапевт понимает символическое значение образа как «у меня проблема». Затем терапевт побуждает клиента изменить воображаемую картину (Терапевт: «Это - ужасно, что Вы в западне, но не падайте духом, найдете дорогу наружу. Вы видите, Я спускаю веревку в западню. Вы видите веревку?»). Терапевт помогает клиенту аналитическим и индуктивным лечением снова и снова. Авторы верят, что с помощью этого метода можно быстро решить психическую проблему клиента, и он снижает вероятность отказа клиента от лечения. Терапевт может использовать воображение непосредственно, чтобы работать с подсознанием

клиента, уменьшить время лечения и увеличить эффективность. Авторы эффективно применяли эту технику при лечении невротических симптомов, и они считают его более эффективным для клиентов-детей (Zhu & Sun, 1998).

С непрерывным развитием профессии психотерапевта в Китае, Китайские профессионалы много работают и все больше Китайских терапевтических моделей будет разработано в будущем.

#### **D. Структурирование и улучшение психотерапии в Китае**

После реформации, начавшейся в 1980-х, в Китае произошли большие изменения. До реформации большинство психиатров ничего не знали о психотерапии. В настоящее время не только профессионалы, но и широкая публика проявляют интерес к этой области. Люди начинают заботиться как о своем психическом, так и физическом здоровье. Они получают некоторые знания по психотерапии и консультированию. Быстрое развитие и стремительные изменения также приносят больше стрессов и других проблем в страну. Например, количество наркоманов и алкоголиков увеличивается, показатель расстройств питания среди молодых женщин резко возраст. Люди нуждаются в психотерапии и консультировании. Как автор узнал из Шанхайского Центра Психического Здоровья, они приняли около 10,000 клиентов и пациентов в течение одного года. В настоящее время, психотерапия в Китае совершила быстрый прогресс со временем экономической реформации. Эта молодая профессия, полная проблем, и шансов.

##### *Терапевты и их клиническая практика*

У нас нет официальных цифр, чтобы показать, сколько людей работают в области психотерапии и консультирования. Если читателям интересно приблизительное число, Я думаю, что более, чем 10,000 - 20,000 человек полностью или частично заняты в этой области. Большинство из них имеют основную работу - они учителя, врачи, и так далее, психотерапия и консультирование - работа на полставки. Есть также другие - психологи, психиатры и работники социальной сферы, активно работающие в области психотерапии.

В Китае большинство терапевтов работают в больницах и университетах. По указу Министерства Здравоохранения Китая, с конца 1990-х годов все больницы первого класса в Китае должны иметь амбулаторную службу консультирования и психотерапии. С этого времени было открыто много служб консультирования и психотерапии. В настоящее время все первоклассные больницы, и почти все больницы психического здоровья предоставляют эти услуги и некоторые даже открывают отделения клинической психологии (некоторые из них называются отделениями медицинской психологии).

В главных городах некоторые больницы второго класса также предоставляют такие услуги. В службах или отделениях работают обычно психиатры или другие врачи, и психологи. Они главным образом, обеспечивают амбулаторный прием, в то время как некоторые больницы психического здоровья и некоторые психиатрические отделения имеют стационарные палаты. Клиенты и пациенты классифицируются от психологических проблем до психических расстройств, главным образом с тревожными расстройствами, депрессией, и некоторыми другими расстройствами. Оплата этого типа услуг в больницах, обычно от 10 до 50 китайских юань за сессию консультирования, и от 30 до 100 китайских юань за сессию индивидуальной психотерапии. При лечении семьи или, если в лечении задействован более чем один терапевт, оплата за лечение может быть больше, чем 100 юань за сессию. Оплата этого типа услуг не покрывает системой здравоохранения или страховой системой. Все клиенты и пациенты платят сами.

Также как и в больницах, с середины 1980-х до настоящего времени, все основные университеты в Китае имеют службы консультирования психотерапии или клинические центры в университетских городках. Некоторые другие университеты и колледжи оказывают этот вид услуг частично или полностью для персонала и студентов. Терапевты активно работают не только в университетах и колледжах, но и в некоторых средних и высоких школах, даже в начальной школе, особенно в больших городах (Бей징, Шанхай).

Терапевтами обычно становятся преподаватели отделов психологии, образования, социологии. Иногда, преподаватели идеологического отдела и домашние учителя (репетиторы), также как и врачи, работают в службах. Основными клиентами являются студенты, хотя часть служб также открыта для широкой публики. Некоторые службы обеспечивают от 1 до 3 сессий для студентов бесплатно, другие берут только регистрационный взнос от 10 до 30 юань. Есть также некоторые службы, берущие такую же оплату, что и в больницах.

Некоторые психологи работают на больших предприятиях или в компаниях как консультанты. Это совсем новое дело в Китае. Они не только обеспечивают консультирование и психотерапию для служащих, но также применяют свои знания, для проведения тренинговых курсов как для менеджеров, так и служащих.

Также в Китае есть частные клиники, но их очень мало. Например, есть более чем 2 частных клиники в Haerbin (столица провинции Heilongjiang, которая располагается в северной части Китая). Они получили государственное разрешение на деятельность клиник. К ним обращаются все типы клиентов и амбулаторных больных. Плата за лечение - немного выше, чем в больницах. В

некоторых других городах, как, например, Chengdu в провинции Sichuan, также есть частные клиники. Кроме типов клинических служб консультирования и психотерапии, упомянутых выше, есть также несколько клиник, открытых местными профессиональными ассоциациями, или компаниями. В Beijjing, есть такая клиника, под руководством Ассоциации Психического Здоровья Beijjing. Некоторые члены этой ассоциации работают там как консультанты и терапевты.

Хотя сейчас открывается много различных служб повсюду в стране, этого все еще недостаточного. Рассматривая население более чем 1,2 миллиарда, нехватка терапевтов очевидна и она остро стоит в Китае. В последнее время, все больше и больше людей хотят присоединиться к команде и получать профессиональную подготовку по психотерапии и консультированию, хотя недостаточная подготовка является другой задачей, которую необходимо решать.

#### *Подготовка и регулирование*

Многие терапевты имели очень короткое время для подготовки. Следовательно, они сталкиваются со многими трудностями в своей практике (Qian and Chen, 1993).

Много усилий было предпринято для решения этой проблемы. Один тип мер должен запустить продвинутые краткосрочные подготовительные курсы, с преподавателями - Китайскими экспертами и иностранными экспертами, согласно настоящей ситуации. Другой тип мер фокусируется на долгосрочной продолжительной тренинговой программе, соответствующей высоким стандартам и международным требованиям. Это можно показать в трех аспектах.

Во-первых, курсы подготовки по психотерапии для студентов последнего курса и аспирантов размещаются в отделах психологии в университетах. Но, пока нет ни одного университета, имеющего систематическую тренинговую программу, как в Западных странах, чтобы воспитать профессиональных психотерапевтов. В некоторых отделах психологии, некоторые клинические психологи приложили большие усилия для улучшения курсов подготовки. Были созданы курсы, такие как курс введения в психотерапию, курсы по различным терапевтическим школам (в зависимости от подготовки преподавателей, это обычно психоанализ, поведенческая терапия, когнитивная терапия, иногда Morita терапия и клиент-центрированная терапия, а также семейный терапия), и т.д. Другие меры позволяют аспирантам обучаться на клинической практике (Qian, 1998b).

Во-вторых, продолжительные тренинговые программы для практикующих терапевтов. Хороший пример работы – китайско-немецкая долгосрочная тренинговая программа по психотерапии. Это первая

программа такого рода в Китае, организованная немецко-китайской Академией Психотерапии. Программа предусматривает профессиональные тренинговые курсы дважды в год (весной и осенью), всего шесть раз, в течение трех лет с 1997 по 1999 г.г.

Открыты тренинговые курсы, соответствующие европейскому стандарту подготовки терапевтов, в программе участвуют более 100 терапевтов высокого класса, большинство из них – профессиональные лидеры своих служб. Программа включает три группы: психоаналитическая психотерапия, семейная психотерапия, поведенческая психотерапия и гипноз и групповая терапия. Лекции, терапевтические демонстрации, групповые задания, обсуждение случаев и индивидуальная терапия для самих участников проводятся в это время. So far, the program has great impact around the countrywide.

В-третьих, в университетах открыты тренинговые курсы на эквивалентный диплом мастера психотерапии и консультирования. Несколько университетов открыли программы мастер психотерапии и консультирования и Ph.D программы для профессионалов. Эти программы имеют специальные требования и делятся как минимум 2 года.

К концу последнего столетия и начала этого столетия возникли некоторые новые тенденции в подготовке и обучении в области психотерапии. Во-первых, некоторые краткосрочные образовательные программы для терапевтов. Во-вторых, организаторы некоторых тренинговых программ прошли китайско-немецкую образовательную долгосрочную тренинговую программу, и планируют свои тренинги также в пределах 2 - 3 лет. В-третьих, несколько групп супервизии были созданы в основных городах, таких как, Beijing, Shanghai, Wuhan, и Chengdu. Профессионалы и практикующие собираются, обсуждают случаи, регулярно обмениваются опытом в этих группах. Таким образом, они учатся друг у друга и помогают друг другу поднять свой профессиональный уровень.

Кроме тренингов, у профессионалов в Китае в настоящее время много проблем. Например, нет никакого специфического административного показателя профессионального уровня терапевта.

Профессионалов беспокоит эта проблема, они выдвигают конкретные предложения, чтобы управлять ситуацией в области психотерапии (Zhang, 1994). Китайское Психологическое Общество и Китайская Ассоциация Психического Здоровья работают вместе, чтобы создать критерии. Эти два профессиональных общества выдвинули первое регулирование «Профессиональные стандарты для работы в консультировании и психотерапии терапевтов службы здоровья» в 1993 (Китайское Психологическое Общество и Китайская Ассоциация Психического Здоровья, 1993). Они снова обсуждали эту проблему в начале 1999 г. Затем, они выдвинули

нормы «Этический код для терапевтов в консультировании и психотерапии» и «Профессиональная сертификация для терапевтов в консультировании и психотерапии » в течение того же года. В этих двух нормах был сделан запрос на установление этических норм.

В конце 2001г., Китайское рабочее Министерство опубликовало государственный протокол профессиональных критериев для консультантов (Китайское рабочее Министерство, 2001). Оно должно вступить в силу до конца 2002.

К тому же, некоторые другие Китайские государственные отделы также берут во внимание эти проблемы. Надо надеяться, что в ближайшем будущем нормы для психотерапии будут установлены.

#### *Увеличение публикаций по психотерапии.*

Как видно из опубликованных работ, первый пик изданий переводов знаменитых иностранных работ был в конце 1970-х и начале 1980-х. Второй пик переводов длился с конца 1990-х до настоящего времени. Некоторые работы Зигмунда Фрейда (5 работ) были опубликованы в 1998, и серии переведенных книг (более 10) по психотерапии были опубликованы только китайскими индустриальными изданиями. Вместе с непрерывными публикациями переводов знаменитых иностранных работ, Китайские эксперты в психотерапии начали публиковать свои собственные работы, включая их клинические случаи после 1987. Наиболее значительные

- Когнитивная инсайт-терапия Zhong Youbin's (1993, 1999), Поведенческая Терапия Zhang Yalin's (1993) и Qian Mingyi's, Консультирование и Психотерапия Куиан Минги (1994), Jiang Guangrong's Humanity: потеря и восстановление гуманистической психологии Роджерса (1999), Xu Junmian и Когнитивная Психотерапия Ji Jianlin's (1999). Эти работы указывают на кропотливую работу и достижения Китайских профессионалов в области психотерапии.

Труды по психотерапии публиковались в профессиональных журналах, до 1987 публикаций было мало, после 1987 было значительное увеличение их количества. Оно достигло пика в 1994 соответственно статистическим данным с 1982 по 1994, полученные посредством Neng и его коллег (1998). Neng и другие (1998) также провели статистику статей по психотерапии с 1982 по 1994.

Среди статей в течение тринадцати лет, только 13 трудов относились к исследованиям в пределах групп и 16 относились к межгрупповым исследованиям, общая сумма - 29. Большинство статей сообщали о случае или наблюдении. Тем не менее, согласно оценке автора, в Китайском Журнале психического Здоровья и Китайском Журнале Клинической Психологии, 2000 года, было 6 статей об исследований в пределах групп и 8 по межгрупповым исследованиям. Количество таких трудов в

этих двух журналах в 2000 была почти половиной, того, что было опубликовано в течение тринадцати лет. Количество отражает как-нибудь университетское улучшение в научно-исследовательской работе в этой области.

Кроме высказываний, изменение тем и содержания также отражает новое развитие этой области. В конце 1989 и начале 1990 появлялись труды о природе сходства и отличий консультирования и психотерапии (Chen, 1989; Zhang, 1990). В то время было больше статей о факторах, влияющих на эффекты терапии и изменения в терапевтическом процессе. Например, некоторые статьи фокусировались на личности терапевта, терапевтических отношениях и так далее (Xu, 1993; Yang, 1994; Zheng 1998). Другие статьи фокусировались на проблемах терапевтического процесса и потенциальных проблемах, возникающих на каждом его этапе. Некоторые сфокусировались главным образом на распознавании и работе с перенесением и со-противлением (Li, et al., 1994; Liu, 1994; Meng, 1999). Перенесение происходит в процессе интенсивной психотерапии, возникновение таких статей указывало на то, что работа Китайских терапевтов постепенно вступает на более глубокий уровень и, что они начинают работать со сложными и трудными случаями.

Другой феномен, который обнаруживается, то, что с 2000 года возникла дискуссия о точках зрения в профессиональных журналах. Первый был выпущен в Архивах по Психиатрии Шанхая под темой «если бы психоанализ стал основным течением психотерапии в Китае?» (Li, Wang, 2000), некоторые авторы демонстрировали доверие к клиническому приложению психоанализа, но другие выдвигали отрицательные идеи для его всеобщего использования.

Почти в то же время, журнал «Китайское психическое здоровье» опубликовал ряд статей, обсуждавших преимущества и отрицательные стороны Таоист когнитивной психотерапии. Некоторые профессионалы поддерживают, а некоторые высказывают критические идеи в адрес ТСП, говоря, что он слишком поучительный и сопровождается внушением для клиентов, что не вполне является психотерапией (Huang et al., 2000).

После этого журнал «Китайское психическое здоровье» открыл специальную колонку для обсуждения основных проблем в области психотерапии. Таким образом, несколько авторов подняли вопросы “Что вперед - техники или понимание и принятие?” (Chen et al., 2001), “Кто может быть психотерапевтом - дискуссия для квалификации психотерапевтов” (Xiao et al., 2001; Wen, et al., 2001),

“Взаимодействие между психотерапией и лечением медикаментами (Zhong, et al., 2001; Yang et al., 2001). Журнал будет продолжать этот вид дискуссии.

Дискуссии привлекли внимание профессионалов и практикующих терапевтов. И это признак прогресса карьеры психотерапии в Китае.

По мнению Neng и его коллег (1998) китайская психотерапия все еще находится в начальной фазе развития, судя по статистике публикаций. Но, они предсказывают, что консультирование и психотерапия войдут в фазу быстрого развития в следующие 10 лет.

В настоящее время китайские профессионалы работают над изучением опыта коллег по всему миру и пытаются использовать теории и методы психотерапии, с учетом китайской ситуации. Они пытаются решить множество проблем, с которыми они сталкиваются в своей деятельности. Психотерапия в Китае будет развиваться и нагонит мировую психотерапию, насколько возможно.

#### Литература:

1. Chen X.Y., Qian M.Y., Sheng X.C., Liu T.B., Zhang C.Y. (2001), *Putting which one first - Techniques or understanding and acceptance?* Chinese Mental Health Journal, 15(1), 68-70.
2. Chen Z.G. (1989), *The similarities and differences between psychotherapy and counseling.* Chinese Mental Health Journal, 3(4), 184-186.
3. Chen Z.G. & Qain M.Y. (1997), *Psychotherapy and counseling.* In: Wang S.; Lin Z.X., & Jin Q.C. eds. Psychological science in China. Chang Chun, Jilin Education Press. pp 932-965.
4. Chinese Psychological Society, Chinese Mental Health Association (1993), *Professional Standards for the work of counseling and psychotherapy of practitioners in health services.* ACTA Psychological Sinica, 25(2), 223-224.
5. Chinese Working Ministry (2001), *State professional criteria of Counselors (protocol),* Beijing, Central Broadcast and Television University Press.
6. Chu G.W., Li P. (1994), *Zhang Congzheng's psychological therapy.* Health Psychology Journal, 2 (1), 10-12.
7. Division of Medical Psychology, Institute of Psychology, Academia Sinia (1959), *Function of psychotherapy in a speed and synthetic treatment of neurasthenia.* ACTA Psychological Sinica, 3, 151-160.
8. Ge L.J. (1995), *An outline of mental cultures.* Dalian: Liaoning Normal University Press. pp108-194.
9. Gong Y.X., & Li Q.Z. (1996), *The survey of current status on clinical psychological work in China and look into,* Chinese Journal of Clinical Psychology, 4(1), 1-9.
10. Hu Y (1999), *Clinical effect of cognitive insight therapy on social phobia and following-up.* Chinese Mental Health Journal, 13(1), 60.
11. Huang J.Y. (1951), *Case reports for treating and prevention on children disorders.* Shanghai, Family Publishing House.

12. Huang J.Y. (1952), *Treatment on Children abnormal behaviors*. Shanghai, Family Publishing House. Huang X.B., Liu P.Y., Xu, Y.X., Kong, W.M. (2000), Summary of a forum on Taoist cognitive therapy, *Chinese Mental Health Journal*, 14(5), 291-294.
13. Huang X.B., Zhang Y.L., & Yang D.S. (2001), *Chinese Taoist cognitive therapy in prevention of mental health problems of college students*, *Chinese Mental Health Journal*, 15(4), 243-246.
14. Jiang G.R. (1999), *Humanity: losing and reviving—Humanistic psychology of Rogers*. Wuhan, Wubei Education Press.
15. Jiang G.R. (2001), *Validity of Client-centered approach when applying it in Chinese culture*. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(3), 228-232.
16. Li C.P., Li X.T., Chen Z.G., & Zhang B.Y. (1958), *Rapid comprehensive therapy for neurasthenia*, *Chinese Journal of Neurology and Psychiatry*, 2(5), 351-356.
17. Li J.Z., Zhu J.C., Cheng X.L., Qu J. & Wang W.H. (1994), *Experiences for transference in therapy*. *Chinese Mental Health Journal*, 8(6), 271-272.
18. Li X.F. (1999), *Faults of public recognition on counseling*, *Health Psychology Journal*, 7(2), 209-211.
19. Li X.T. (1960), *The effect of cognition in the treatment of neurasthenia*. *ACTA Psychological Sinica*, 1, 36-45.
20. Lin F. (1994), *Open the veil of phobia: Cognitive insight therapy for a social phobia case*. *Chinese Mental Health Journal*, 8(4), 178.
21. Liu X.Y. (1994), *A study on “transference.”* *Health Psychology Journal*, (3)2, 141-142.
22. Mei Q.Y., Zhu X.W., & Chen Y.M. (2000), *Morita therapy in the treatment of obsessive-compulsive Disorder: Efficacy and follow-up*. *Chinese Mental Health Journal*, 14(1), 59-61.
23. Meng X.Z. (1999), *Transference and resistance*. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 7(1), 57-60.
24. Neng C.H., Zhao S.M., Feng R. (1998), *Document meteorological analysis of the development and studies of psychotherapy*. *Chinese Mental Health Journal*, 12(4), 244-246.
25. Qian M.Y. (1994), *Counseling and Psychotherapy*, Beijing, Peking University Press.
26. Qian M.Y. (1998a), *Thoughts of Chinese philosophy and psychotherapy: Presentation on the International symposium of Asian Division of World Council for Psychotherapy*, Beijing, May 1<sup>st</sup>.
27. Qian M.Y. (1998b), *The consideration and practice about psychotherapy training for students in psychology department*. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 58-61.
28. Qian M.Y., & Chen Z.G. (1993), *An investigation of the situation of psychotherapy and counseling in China*, in Wang, Su ed. *Proceeding of the Second Afro-Asian Psychological Congress*. Beijing: Peking University Press. pp 652-657.
29. Qian M.Y. & Chen Z.G. (1996), *Psychotherapy in China, Presentation on the 1<sup>st</sup> World Congress of Psychotherapy*, Vienna, June.
30. Qian M.Y., Smith C.W., Chen Z.G., & Xia G.H. (in press), *Psychotherapy in China: A review of its history and contemporary directions*.
31. Wang J.H. (1961a), *The role of psychological therapy in speedy-synthetic treatment of chronic diseases*. *ACTA Psychological Sinica*, 1, 44-50.
32. Wang J.H. (1961b), *The role of psychological factors in the genesis, development and speedy-synthetic treatment of hypertension*. *ACTA Psychological Sinica*, 2, 107-115.
33. Wang X.N., Li X.S. (1994), *Studies on mental disorders in traditional Chinese medicine*. *Health Psychology Journal*, 2(2), 111-115.
34. Wang Z.C., Ji J.L., Li X.S., Shi Q.J. (2000), *Would psychoanalysis become the mainstream of psychotherapy in China?* *Shanghai Archives of Psychiatry*, 12(3), 171-173.
35. Wen P.Y., Huo D.T., Zhang R.S., Liang Y.J. (2001), *Who can be psychotherapist - An discussion for psychotherapist's qualifications (II)*, *Chinese Mental Health Journal*, 15(3), 214-216.
36. Wen Q.R., Kang C.J., Hu J.X., Qin Z.L., & He A.L. (2000), *Inpatients' analysis treated by Morita therapy in Peking University hospital*. *Health Psychology Journal*, 8(2), 125-126.
37. Wu C. (1990), *The insight process of a compulsive patient*. *Chinese Mental Health Journal*, 4(1), 36-37.
38. Xiao Z.P., She Q.J., Tong J., Qin W. (2001), *Who can be psychotherapist - An discussion for psychotherapist's qualifications(I)*, *Chinese Mental Health Journal*, 15(2), 142-144.
39. Xu J.M., Ji J.L. (1999), *Cognitive Psychotherapy*. Guiyang: Guihou Education Press.
40. Xu L.X. (1994), *Clinical application of “using questioning to explain unclarifying points” of traditional Chinese medicine*, *Health Psychology Journal*, 2(4), 239-240.
41. Xu Y.X. (1993), *Therapeutic relationship*. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 8-10.
42. Yan S.F. (1996), *Traditional Chinese emotional therapy and its application*. *Psychological Science*, 19(5), 256-268.
43. Yang J. (1994), *The role of therapist's characters in psychotherapy*. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 2(4), 188-190.
44. Yang X.H. (1997), *A review on scientific psychotherapy in traditional Chinese medicine*. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 5(2), 122-124.
45. Yang Y.C., Tang Q.P., Xia G.H. (2001), *The relationship between psychotherapy and medication (II)*, *Chinese Mental Health Journal*, 15(5), 373-376.
46. Zeng W.X. (1997), *Psychotherapy for Chinese: A culture view*. In Zen W.X. ed. *The Psychology and treatment of Chinese People*, Beijing, The United

- 
- Public House of Beijing Medical University and Chinese Xiehe Medical University. pp282-302.*
47. Zhai S.T. (1996), *Theory of Taoism and psychotherapy. Journal of Chinese Psychiatric Medicine*, 6(1), 36-38.
48. Zhang J. & Li X. (1994), *Cognition insight therapy for child neuroses. Chinese Mental Health Journal*, 8(3), 125-126.
49. Zhang W.J. (1990), *On the nature of the psychology counseling. Information of Psychological Science*, 13(5), 40-44.
50. Zhang X. (1994), *Some suggestions about the ethic code of the psychological counseling and psychotherapeutic professing. Psychological Science*, 17(6), 363-365.
51. Zhang X.Y., Wu G.Y., & Zhang P.Y. (2000), *The Morita therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder and its efficacy. Chinese Mental Health Journal*, 14(3), 171-173.
52. Zhang Y.L. (1993), *Behavior therapy. Guiyang, Guizhou Education Press.*
53. Zhang Y.L., Yang D.S. (1998), *The development of cognitive psychotherapy according to Taoism. Chinese Mental Health Journal*, 12(3), 188-190.
54. Zhang Y.L., Yang D.S., Xiao Z.P., et al. (2000), *The role of Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of anxiety disorder. Chinese Mental Health Journal*, 14(1), 62-63.
55. Zheng X.B. (1998), *Changing and interaction of the counseling relationship in psychological counseling. Chinese Mental Health Journal*, 12(5), 318.
56. Zhong Y.B. (1988), *Chinese psychoanalysis: Cognitive insight psychotherapy. Shenyang, Liaoning People Press.*
57. Zhong Y.B. (1991), *General situation of psychotherapy and counseling in China. Chinese Mental Health Journal*, 5(1), 38-40.
58. Zhong Y.B. (1993), *Cognitive insight therapy. Guiyang: Guiahou Education Press.*
59. Zhong Y.B. (1998), *Selections of clinical studies on psychopathology and psychotherapy. Beijing: Correspondence school of Psychology Institute of Chinese Academy of Science.*
60. Zhong Y.B., Hu C.Y., Zeng Q.F., Yang M. (2001), *The relationship between psychotherapy and Medication (I). Chinese Mental Health Journal*, 15(4), 291-294.
61. Zhu J.J., & Sun X.L. (1998), *Imagery's dialogue technique. Chinese Mental Health Journal*, 12(5), 316-317.

## МЕТОДЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В.В.Летуновский

### 1. Рисование в состоянии сосредоточенности

Метод разработан М.Гиппиус и обоснован ею в диссертации “Графическое выражение чувств”, написанной под руководством В. Келера и К.Левина. Непосредственно перед рисованием проводиться тренировка сосредоточенности через тело. Рисование проводиться с закрытыми глазами на широких листах бумаги, твердыми восковыми мелками. Суть метода заключается в том, чтобы научиться рисовать свободно от целеобразующих ментальных конструкций, иными словами “рисовать телом”. Последующее толкование полученного материала производится не-каузально (психоаналитическая традиция), а экзистенциально (“как я сейчас существую?”) и проспективно (“какие наброски смысла мне сейчас открываются?”). Работа производится индивидуально и в небольших группах с использованием элементов групповой рефлексии. Метод универсален, однако особенно эффективен при работе с традиционно экзистенциальной проблематикой: проблема жизненного выбора, аутентичность, страх смерти и т.д.

### 2. Инициальная работа с мечом

Метод разработан Калфридом фон Дюркхаймом,

на основе японского искусства владения мечом “Кэндо”, которому он обучался, будучи во время второй мировой войны в Японии. В ходе занятий участники обучаются простейшим движениям с деревянным мечом, тренируя движение “всей целостностью своего существа”. Также как и в случае с рисованием, проводится экспликация наличного способа бытия пациента с точки зрения духовной экзистенции (т.е. “решительного и ответственного бытия”, как говорил В.Франкл). Метод также универсален и хорошо зарекомендовал себя при работе с депрессивными состояниями, а также с состояниями рассеянности, повышенной конформности, страхом смерти и др.

### 3. Экзистенциальная работа со сновидениями

Это авторская методика, которая предполагает последовательную проработку места сновидения, его сюжета, а также собственного состояния во сне с целью определения ансамбля базовых настроений сновидения и дальнейшей работы с ними. Метод позволяет значительно повысить управляемость своими настроениями и состояниями и, тем самым, разорвать цепи циклически повторяющихся негативных событий в жизни.

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.В.Макаров

Параллельно с бурными социальными изменениями в нашей стране происходят изменения в европейской психотерапии. Третье тысячелетие начинается новой волной подъёма в психотерапии. Прежде всего, психотерапия больше не является принадлежностью только Западного мира. Она всё больше представляет собой всемирную реальность. И новый этап развития психотерапии, новый подъём начинается со старого континента, из Европы. Места, где наиболее представлены традиции психотерапии. Носителями новой профессиональной парадигмы являются: Европейская Ассоциация Психотерапии (ЕАП) и Всемирная Организация Психотерапии (ВОП)

Психотерапия вышла за пределы медицины, в одних странах; клинической психологии, в других странах, и перерастает в важную, необходимую часть культуры современного общества. А психотерапевт из границ новой врачебной или психологической специальности переходит в пределы новейшей свободной, гуманитарной профессии.

Огромное многообразие методов психотерапии, и даже их кажущийся хаос постепенно образуют новый порядок в психотерапии. Прогресс психотерапии обеспечивается как свободным развитием модальностей, так и их объединением в эклектические, синтетические, интегративные, а в нашей стране ещё и мультимодальные системы. Именно интегративные, мультимодальные системы психотерапии отражают новую содержательную реальность психотерапии.

Профессиональное образование психотерапевта осуществляется на базе завершённого (высшего) образования и состоит из: теории, практики и эксклюзивного раздела личного самопознания, анализа, и личной терапии. Уровень профессиональной подготовки психотерапевта подтверждается национальным сертификатом психотерапевта. А его соответствие международному уровню подтверждается Европейским Сертификатом Психотерапевта и внесением в Европейский Реестр Профессиональных Психотерапевтов.

Огромное разнообразие и терпимость к иному мнению и вместе с тем строгие научные и этические критерии. Вот что характерно для современной психотерапии. И одна из наших задач - в полной мере открыть российскую психотерапию для европейской и мировой, а европейскую и мировую для российской. Интегрировать российскую психотерапию в европейскую, сохраняя и развивая наши национальные традиции.

Психотерапия в нашей стране развивается столь

быстро, что вчера еще самые новые методы и техники сегодня воспринимаются как вполне привычные и даже архаичные. А деятели, которые вчера олицетворяли прогресс нашей профессии, сегодня могут оказаться тормозом в ее развитии. То же происходит и с профессиональной литературой. Если в восьмидесятых, начале девяностых годов мы переводили основные работы зарубежных специалистов и в результате по стране распространялись сотни и тысячи ксерокопий книг по психотерапии, то сегодня вся издающаяся литература уже не может быть прочитана полностью одним специалистом. Или же ему придется стать профессиональным читателем и посвятить все свое время непрерывному чтению литературы по психотерапии и смежным областям. Поэтому часто приходится делать трудный выбор. Отказываться себе в удовольствии чтения некоторой части профессиональной литературы. А изменения в нашей области совершаются чрезвычайно быстро. Ведь те годы дефицита и сегодняшний день изобилия разделяют каких-то неполных десять лет.

Более того, в течение нескольких десятилетий мы были огромной пограничной территорией, где кончалась Европейская психотерапия и начинались Восточные психологические практики. Сегодня мир психотерапии уже без границ.

Последние два десятилетия - время ожидания перемен в стране и наступивших бурных перемен. Время, когда единственной постоянной, стабильной характеристикой жизни является ее нестабильность. События развиваются с удивительной быстротой, как и во всякую переломную, по своей сути революционную эпоху. Идеи, едва возникнув, очень быстро проживают свою жизнь и устаревают. Порою складывается впечатление, что мы живём в эпоху самых бурных, за всю историю человеческого общества, социальных изменений.

А в представлении широких слоев населения образ психотерапии, сложившийся в советскую эпоху и исчерпывавшийся гипнозом и аутогенной тренировкой, в последнее десятилетие повсеместно дополнился «антрактальным кодированием», а в некоторых регионах еще и нейролингвистическим программированием. А психоанализ часто воспринимается просто как анализ психики. Такой анализ могут проводить как различные специалисты, так и непрофессионалы. Значительное число жителей нашей страны по-прежнему не разделяют для себя психиатрию, психотерапию, да и психологию. Теперь всё по порядку в отношении отечественной психотерапии.

---

Первые шаги психотерапии в России прослеживаются уже с конца XVIII - начала XIX века и связаны с именами Н.И.Новикова, А.Н.Радищева. А.И.Галича и других просветителей-философов, психологов, педагогов, а также выдающихся врачей своего времени С.Г.Зыбелина, М.Я.Мудрова, И.Е.Дядьковского. Они заложили некоторые основы понимания психогенных заболеваний, психосоматических соотношений, роли личности в патологии и психологической терапии.

Сама психотерапия началась с гипноза. Во второй половине девятнадцатого века изучением гипноза занимались видные врачи: В.Я.Данилевский, А.А.Токарский, В.М.Бехтерев, И.Р.Тарханов. Именно гипноз лежал в основе развития психотерапии в России. Впрочем, в семидесятые годы по инициативе профессора психиатрии И.П.Мержеевского были запрещены публичные сеансы гипнотизма и наложены значительные ограничения на применение гипноза и врачами. Многие врачи отказались от применения гипноза в своей практике, избегая рисковать своим именем и положением. Это повело к тому, что гипноз широко стали использовать в основном гипнотизёры-шарлатаны. И только через тринадцать лет, благодаря усилиям В.М.Бехтерева и других прогрессивных врачей, эти ограничения были сняты. Впрочем, не только гипноз был предметом интереса российских специалистов. В то время большинство или же даже все заявлявшие о себе методы психотерапии Западной Европы находили отклик и почву для развития в России.

Так интерес к психоанализу опосредовался клинической проверкой данного учения, и как и в других странах, имел как своих сторонников, так и противников. Основные работы ведущих европейских психоаналитиков публиковались в России, обсуждались в научной прессе и на заседаниях научных медицинских обществ. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие известные профессионалы, как Н.Е.Осипов, Н.А.Вырубов, М.М.Асатиани, М.В.Вульф, И.Д.Ермаков, А.Р.Лурия, С.Я.Лифшиц. В 1911 году сложилось Русское психоаналитическое общество. Оно просуществовало немногим более десяти лет. Затем прекратило свою работу в связи с мировой войной и последующими революциями. И только в 1990 году была вновь создана Российская психоаналитическая ассоциация. Последняя объединяет в себе различных специалистов, в том числе и, так называемых, «психоаналитически-ориентированных психотерапевтов». Эти специалисты используют психоаналитическую теорию и техники в своей работе и не имеют завершённого образования в области психоанализа. В 1910 году в Москве начинает выходить журнал «Психотерапия. Обозрение вопросов психического лечения и прикладной психологии». Журнал ориентируется на новые методы психотерапии. Значительное место в нём занимает психоанализ. В 1914 году, в связи с

началом первой мировой войны, журнал прекратил своё существование. Таким образом, в начальный период своего становления и развития психотерапия в России развивалась вместе с европейской психотерапией.

После Великой Октябрьской революции и гражданской войны в нашей стране несколько лет ещё продолжалось изучение психоанализа. Более того, совершились попытки объединения психоанализа с марксизмом. Они получили название фрейдомарксизма. Когда же в конце двадцатых годов Марксизм-Ленинизм восторжествовал в стране как единственная теория, распространённые психологические концепции были подвергнуты жёсткой критике и запрещены как пропаганда буржуазной идеологии. Развитие прикладной психологии в стране было приостановлено на многие годы постановлением ЦК ВКП(б) в июле 1936 года «О педагогических извращениях в системе наркомпросов». Психология и психотерапия были идеологизированы и изолированы от западных школ. В дальнейшем психоанализ был полностью запрещен, а еще позже и сама психология практически была исключена из преподавания и резко ограничена в исследовательской работе. Точнее оставалась некоторая возможность для развития теоретической психологии. В это же время в медицине окончательно утвердилось биологическое понимание человека. Этому были свои как политические, так и исторические причины.

И своеобразие развития российской психотерапии заключалось, в том, что в русской медицине второй половины XIX века влияние на психотерапию начали оказывать набирающие силу идеи нервизма. В 1866 году была опубликована, и в этом же году запрещена властями книга И.М.Сеченова «Рефлексы головного мозга». И.М.Сеченов и далее И.П.Павлов показали, что в основе психических явлений лежат материальные физиологические процессы, происходящие в головном мозге, которые могут быть изучены объективными методами. Учение И.П.Павлова и его многочисленных учеников послужило одной из теоретических основ бихевиоризма. Впрочем, парадоксально то, что это направление психотерапии и до настоящего времени в России имеет очень ограниченное развитие. В борьбе за объективно-научное исследование постепенно, уже после смерти великого русского учёного И.П.Павлова, в трудах его последователей представления о сущности болезней, имеющих биологическую, социальную и психологическую почву, по сути были сведены в теории и практике медицины до признания определяющей роли первого звена этой триады. В 1950 году состоялась объединённая павловская сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, а в 1951 году прошла объединённая расширенная сессия Президиума академии медицинских наук и

---

Пленума правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров. Сессия была посвящена современному состоянию психиатрии и неврологии в свете физиологического учения И.П.Павлова. Жёсткой критике подверглись те профессионалы, которые позволяли себе хотя бы немного отходить от физиологического, павловского подхода к психике человека и её расстройствам.

И даже в этих особых условиях психотерапия в Советском Союзе развивалась. 40-50-е годы - период упрочения в нашей стране директивной, главным образом гипносуггестивной психотерапии, которая вполне соответствовала и общественному сознанию страны, и теории медицины.

Теорией и практикой гипноза занимались В.М.Бехтерев, К.И.Платонов, В.Е.Рожнов и многие другие врачи и исследователи. Широкое распространение получила Эмоционально-стрессовая психотерапия В.Е.Рожнова. Автором создан подход индивидуальной и групповой гипносуггестивной психотерапии различных форм патологии. Теоретическая основа данного подхода построена на возможном саногенном воздействии эмоционального стресса. Сложившаяся школа психотерапии называлась Московской. Она соответствовала заказу тоталитарного государства. А такое государство, в любой стране, всегда подавляет разнообразие психотерапии. Несмотря на это, в недрах Московской школы складывались новые, авторские направления психотерапии. Например, развивая концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии, во Всесоюзном Центре развивалась клиническая терапия духовной культуры (терапия творческим самовыражением).

Особое место в отношении исследований и практики в области психотерапии занимал в 30-70-е годы Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева в Ленинграде. Здесь развивался отечественный вариант динамической психотерапии, который получил название «этиопатогенетической» психотерапии, позже «патогенетической» и основывался на понимании нарушений личности и восстановлении ее функционирования с позиций психологии отношений, наиболее известной концепции личности в отечественной медицине и медицинской психологии, берущей начало в трудах А.Ф.Лазурского и далее разработанной В.Н.Мясищевым. На основе патогенетической психотерапии сформировалась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова. Она представляет собой дальнейшее развитие учения В.Н.Мясищева и по своим основным теоретическим положениям может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии. Здесь избегали гипноза. И хотя становление данного метода относится к началу семидесятых годов; он и в настоящее время продолжает своё развитие. Эта школа получила название Ленинградской школы психотерапии.

---

Важно отметить, что применительно к сегодняшнему дню уже не точно говорить о Московской и Санкт-Петербургской школах психотерапии. И в Москве, и в Санкт-Петербурге развивается множество психотерапевтических начинаний, направлений и концепций. Мы живем в невероятное время, когда история нашей страны делается каждый день, прямо у нас на глазах и зачастую с нашим участием. В большой мере это касается и психотерапии. И из всех медицинских специальностей, занятых психическим здоровьем, психотерапия претерпела наибольшие изменения.

Кроме двух главных, официальных школ в то время развивались и другие направления в психотерапии. Среди них в первую очередь «Метод интенсивной психотерапевтической жизни» доктора А.Е.Алексейчика из Вильнюса и «Спасительный круг» доктора М.Н.Малкина из Нижнего Новгорода.

Международное сотрудничество в области психотерапии нашей страны возобновилось в начале семидесятых годов. В 1973 году на симпозиуме по психотерапии европейских социалистических стран в Праге была принята специальная резолюция о важности психотерапии и создана международная рабочая группа, в задачи которой входила координация деятельности психотерапевтов социалистических стран, обмен информацией и подготовка очередных симпозиумов по психотерапии. В период до 1988 года состоялось ещё пять таких международных симпозиумов социалистических стран. Это сотрудничество оказало своё влияние на расширение границ психотерапии Советского Союза.

И всё же, в Советском Союзе, а в последующем и в России государственная регуляция психотерапии осуществлялась и продолжает осуществляться не законодательством, а специальными циркулярами Министерства здравоохранения Советского Союза, а в последующем Министерства здравоохранения Российской Федерации. Можно выделить три важные вехи на этом пути. Во-первых, Приказ Министерства здравоохранения СССР № 791 от 2 сентября 1975 г. «О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению», содержащий положение об открытии в стране в качестве эксперимента нескольких сот психотерапевтических кабинетов в поликлиниках крупных городов, приблизивших психотерапию к населению и сделавших ее более доступной и понятной для пациентов. В Москве на базе кафедры психотерапии Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российской медицинской академии последипломного образования) открыт Всесоюзный центр по психотерапии. В то время, кроме Москвы, подготовка психотерапевтов проводилась на специальных кафедрах институтов усовершенствования врачей в Харькове с 1962 года и Ленинграде с 1982 года.

Эти кафедры были призваны совмещать как теоретическую, так и практическую подготовку психотерапевтов. То, что осуществляют университеты и тренинговые центры в странах Запада. На кафедрах обучались психотерапии врачи разных специальностей. Вторым приказом Министерства здравоохранения СССР № 750 от 31 мая 1985 г. был сделан следующий шаг в развитии отечественной психотерапии: Она была включена в качестве самостоятельной отрасли медицины, в номенклатуру врачебных специальностей, а в номенклатуре врачебных должностей появилась должность «врач-психотерапевт». Таким образом, с 1985 года в нашей стране есть отдельная врачебная специальность – врач-психотерапевт. До этого психотерапией занимались преимущественно врачи психиатры, невропатологи и, так называемые, психоневрологи. Таким образом, 31 мая 1985 года является днём рождения психотерапии, как отдельной, самостоятельной специальности.

Третьим приказом, теперь уже, Министерства здравоохранения Российской Федерации № 294 от 30 октября 1995 г. были сформулированы основные требования к образовательному стандарту по специальности «психотерапия», типовым программам и планам непрерывной подготовки по данной специальности. Этим приказом был открыт Федеральный научно-методический центр по психотерапии на базе отдела неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. Этот же приказ по сути дела свёл психотерапию к субспециальности в психиатрии. Если по предыдущему приказу № 750 врач-психотерапевт должен был иметь специальную подготовку по психиатрии и по психотерапии. Причём подготовка по психиатрии часто ограничивалась изучением её основ в течение нескольких месяцев. И в психотерапии могли работать врачи разных специальностей. То теперь, перед тем как, начинать своё образование по психотерапии, такой специалист должен в течение года учиться психиатрии после получения диплома врача, затем три года работать врачом-психиатром и только после этого приступать к обучению психотерапии. Это является одной из причин того, что многие вакансии врачей–психотерапевтов в государственных учреждениях остаются незаполненными. Кроме того, в государственных учреждениях психиатрического профиля часто есть вакансии и врачей психиатров.

Советская психотерапия все больше становится достоянием истории. Она стремилась стать частью научной медицины, искала свои естественно-научные основы. И полностью отрицала свой не материалистический, философский, психологический базис и тем более свою родственность с народными целительскими практиками. И все же

важно осознавать крайнюю медлительность в изменении общественного сознания. Поэтому методы и подходы советской психотерапии еще долго будут востребованы гражданами нашей страны. Для этого у нас есть и подготовленные профессионалы. В модели советской психотерапии подготовкой специалистов занимались институты и факультеты усовершенствования врачей. Выдавались государственные сертификаты. Они признавались государством по всей стране и в отдельных случаях могли быть признаны и за рубежом. Достаточно стройная система такой подготовки до настоящего времени сохранилась и функционирует.

В Советское время сложилось и направление психотерапии, получившее название “клиническая психотерапия”. Это такая врачебная психотерапия, которая использует парадигмы психотерапии, психиатрии и той клинической дисциплины, где она применяется. В последнее время в клинической психотерапии начали работать специально подготовленные медицинские или клинические психологи.

Клиническая психотерапия получила наибольшее развитие в психиатрии для лечения пограничных состояний и в наркологии при терапии некоторых форм зависимостей. Кроме того, клиническая психотерапия развивается в психосоматической медицине, онкологии, гинекологии. Самостоятельными разделами клинической психотерапии являются психотерапия детей и подростков и семейная психотерапия.

Наиболее широко психотерапия используется для лечения неврозов, последствий реактивных состояний, расстройств личности. Здесь психотерапия выступает в качестве основного или даже единственного метода лечения. Психотерапия применима и при лечении расстройств психотического уровня. Отдельные профессионалы успешно работают с острыми психотическими состояниями. Тогда как большинство психотерапевтов прилагают свои усилия для продления ремиссий и поддержания их качества. В наркологии после проведения дезинтоксикации и нормализации физического состояния пациентов психотерапия часто является основным способом закрепления и поддержания отказа от употребления средств, вызывающих зависимость. Психотерапевты в психосоматической медицине предпочитают работать вместе с врачами-интернистами. Здесь широкое поле приложения психотерапевтических усилий. Как в острых состояниях заболеваний, так и в периоды улучшений и ремиссий. Сложившаяся в Советское время клиническая психотерапия и сегодня продолжает интенсивно развиваться. К этому мы ещё вернёмся в нашей статье. А сейчас продолжим по истории психотерапии.

Новое движение в нашей области началось в семидесятые годы далеко за пределами профессионального сообщества, в среде, критиковавшей

Советский строй и, более того, ставящей своей целью его свержение, — в среде диссидентов. Это еще раз подчеркивает антагонизм современной психотерапии и тоталитарного государственного устройства. Из-за железного занавеса, разделявшего нашу страну и развитые страны, к нам попадали отдельные психотерапевтические издания. Они переводились и распространялись в ксерокопиях. А когда этот занавес лишь немного приподнялся, таких изданий стало больше. В большей степени они касались психотерапии западного мира. Впрочем, не обходили стороной и концепции Востока, чаще опять же через призму западного опыта. Этими изданиями интересовались научные сотрудники, представители творческой интеллигенции, некоторые врачи и отдельные психологи. Переводились книги. И каждая такая книга становилась событием, открывающим новые горизонты. Ксерокопии книг распространялись по стране. Сложились группы людей, специализирующиеся на распространении ксерокопий переводов книг. В ряде городов: Казани, Красноярске, Ленинграде, Москве, Новосибирске сложились подпольные центры по переводу, тиражированию и распространению психотерапевтических изданий. Переводившиеся издания были разного качества и разной ценности. В последующем часть этих переводов была издана типографским способом. Такой самиздат в области психотерапии продержался до середины девяностых годов и был вытеснен книгами, издаваемыми типографским способом. Нужно отметить, что в последние годы в России ежемесячно издаётся не менее 4-6 книг по психотерапии.

Появились сторонники тех или иных направлений психотерапии, проповедующие эти учения. Вслед за ними те, кто проповедовал свои авторские подходы, основанные на зарубежных концепциях. И те и другие были самоучками. Почти всегда талантливыми людьми и мало образованными как профессионалы психотерапии. Многие психотерапевты пытались создать собственные методы. Сотни профессионалов заявляли о наличии у них собственного метода психотерапии. Знакомство с данными авторскими подходами показывало, что они не могут быть причислены к числу новых модальностей. А представляют собой некоторую модификацию уже известных. Это показывает насколько сложно создавать новые модальности в психотерапии. Здесь мало одного желания и таланта автора.

Собрания, интересующихся новыми подходами, проходили негласно в малых, неформальных группах. Впрочем, начались единичные и более многочисленные встречи. Так, в рамках свобод, дарованных Советским правительством Новосибирскому Академгородку, в 1980 году прошла первая конференция по социально-психологическому тренингу. Где не только читались лекции, но и проводились

сами тренинги. Несколько годами позже такие тренинги стали проводиться в столицах. Появились первые сертификаты участия в семинарах и тренингах, которые выдавали эти специалисты. Данные документы, признавали только сами выдававшие их проповедники методов и их слушатели. Проповедники зарубежной психотерапии сосредоточились на пропаганде новых психотерапевтических подходов и образовании своих сторонников. И в меньшей степени, точнее даже лишь единицы из них, занимались психотерапевтической практикой. Обученные ими специалисты сразу приступали к обучению новых желающих, благо недостатка в жаждущих знаний не было. Так осуществлялось наше первое открытие зарубежной психотерапии.

За истекшие два десятилетия произошли события, последствия которых таковы: разочарование многих специалистов в отечественной психотерапии; бурное вторжение зарубежных, в основном западных, концепций, методик и техник; размежевание и автономное развитие специалистов республик, регионов, отдельных направлений психотерапии; выход психотерапии за рамки медицины; интерес к познанию психотерапии широких слоев профессионалов и парапрофессионалов; формирование негосударственных структур, занятых психотерапией, центров и общественных организаций в области психотерапии. Психотерапией теперь занимаются не только врачи, но и психологи.

Новые для страны, зарубежные методы психотерапии оказались в равных условиях начала своего распространения в России. Приведём как пример трансактный анализ и нейролингвистическое программирование.

Вторая половина семидесятых и восьмидесятые годы открыли трансактный анализ. Эта мировоззренческая концепция в нашу страну пришла из диссидентского движения. Представители научной интеллигенции переводили и распространяли книги Э.Берна. Они, по понятным причинам, интересовались философской стороной концепции. В последующем врачи и психологи увлеклись анализом взаимодействий как новой возможностью лечения психических расстройств и коррекции психологических проблем. Позже других профессионалов к трансактному анализу обратились педагоги.

В некоторых профессиональных кругах трансактный анализ занимал ведущее место среди заимствованных методов психотерапии до середины восьмидесятых годов. Он составил основу профессионального мировоззрения многих практикующих терапевтов, психологов, в последующем и педагогов. К этому времени выявились не только многие его достоинства, но и недостатки. К недостаткам, прежде всего, относятся: длительность анализа, важность глубокого личностного включения терапевта в работу, недостаточный набор специальных терапевтических техник, необходимость

---

длительной профессиональной подготовки терапевта.

Впрочем, в последние годы отмечается новый рост интереса к трансактному анализу, уже успевшему стать классическим. И если первая волна трансактного анализа пришла из США, то вторая волна из Западной Европы и наработок, имеющихся в России. Интересна его концепция детского развития, понимание мира. Сегодня на русский язык переведены почти все классические работы в этой области. Трансактный анализ представляется необходимой частью образования терапевта, необходимым методом терапии и, наконец, мировоззрением специалистов, работающих в нашей стране. Важно, что последователи концепции трансактного анализа охотно взаимодействуют со сторонниками других направлений терапии, даже критическими настроенными и конкурентно активными.

В настоящее время в России сложились две ассоциации трансактного анализа – Санкт-Петербургская и Рязанская, которые входят в Европейскую Ассоциацию Трансактного Анализа. Кроме того, активно функционирует Национальная организация восточной версии трансактного анализа Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги.

В середине восьмидесятых годов специалисты, пытавшиеся получить литературу по трансактному анализу, которая хранилась лишь в секретных спецхранилищах самых больших библиотек, наткнулись в г. Новосибирске на работы по нейролингвистическому программированию (НЛП).

С того дня до начала «эпидемии НЛП» в стране прошло только два года. Столь короткое время понадобилось для освоения этого метода и перевода основных источников литературы. Бурная активность, энтузиазм и невероятная работоспособность группы молодых психотерапевтов и любителей в Новосибирске привели к быстрому распространению «мифа НЛП» и его техник в различных регионах страны. Чем меньше тот или иной регион имел собственные традиции в области психотерапии, чем активнее внедрялось НЛП, тем на больший успех мог рассчитывать этот метод. НЛП безоговорочно и с энтузиазмом приняла значительная часть молодежи, начинающей свое образование по специальности, и мало кто из состоявшихся профессионалов в психотерапии.

Визиты в США, в страну основоположников и видных деятелей НЛП, резко увеличили популярность этого метода в нашей стране. Вместе с тем они показали, что основанное на языковых, поведенческих и других культурных традициях нейролингвистическое программирование в англоязычных странах и странах русского языка — очень разные методы. И если там научные перспективы этого метода во многом исчерпаны, то у нас они обширны и не разработаны.

---

Революционный дух метода, жесткий критический подход к иным модальностям психотерапии, манипулятивная направленность привели к определенной изоляции специалистов по НЛП в сообществе психотерапевтов. Да и сами профессионалы, группы и центры НЛП развиваются, претерпевая жестокие кризисы формирования.

Противопоставление НЛП другим методам психотерапии, его задиристость и критическая настроенность постепенно становятся второстепенными. Многие приверженцы метода, ранее демонстрировавшие большой энтузиазм, сегодня создают свои авторские методики, включая в них и НЛП.

С нашей точки зрения нейролингвистическое программирование — прекрасный метод скорой психотерапевтической помощи. Не только очень быстрый, но и очень эффективный. После оказания скорой помощи часть пациентов вовсе не нуждается в контактах с терапевтами, другим необходима терапия с использованием иных подходов.

С небольшим отставанием от НЛП в нашей стране начала своё развитие клиентцентрированная терапия. Это развитие началось после визита в страну в 1986 основоположника метода К. Роджерса.

Теряющее популярность НЛП было потеснено трансперсональной психотерапией. Широкая популярность этого метода привлекла в психотерапию новых сторонников. Вместе с тем достаточная технологическая жёсткость не способствовала его распространению. Для смягчения метода, с сохранением его эффективности, специалисты начали активно использовать “свободное дыхание”, ребефинг. Многие создают свои авторские программы на основе своего профессионального и личностного опыта.

Другим методом, получившим достаточно широкое распространение, является гештальт-терапия. У нас не было столь высокой волны увлечения гештальт-терапией, какая прослежена в Северной Америке и Западной Европе, но данный подход достаточно быстро занял свою довольно обширную нишу. Гештальт-терапия в нашей стране часто соседствует или даже объединяется с психодрамой. Еще одним современным классическим методом западной психотерапии.

Надо отметить, что в последние годы неуклонно растет популярность психотерапии по Милтону Эриксону, телесно ориентированной терапии, символдрамы. Вновь становится популярным психоанализ. В настоящее время у нас только в столицах более 15 ассоциаций и профессиональных групп, занимающихся психоанализом. И они зачастую не только конкурируют, но и не находят общего языка друг с другом. Президент России в 1996 году даже издал специальный указ о развитии психоанализа.

Психотерапия Запада и Востока что называется “из первых рук” или в исполнении авторов

методов и школ или ведущих профессионалов, мировых звёзд психотерапии, стала доступна жителям столиц нашей страны в конце восьмидесятых годов. В это время к нам в Советский Союз начали приезжать ведущие западные специалисты, среди которых были основатели школ и модальностей, в том числе: Джон Гриндер, Станислав Гроф, Карл Р.Роджерс, Вирджиния Сатир, Виктор Франкл и другие. Каждый такой визит становился большим событием и давал мощный толчок развитию целых направлений психотерапии. Справедливости ради важно отметить, что в те годы каждый приезжавший из-за рубежа психотерапевт принимался в нашей стране как выдающийся профессионал. И в последующем у нас было достаточно много разочарований по этому поводу. Вместе с тем специалисты из нашей страны начали выезжать за рубеж с целью получения образования в той или другой школе психотерапии. Конечно, отдельные психотерапевты и в годы “железного занавеса” бывали за рубежом и знакомились с широким спектром современной мировой психотерапии. Однако современная зарубежная психотерапия в результате таких знакомств в нашу страну не проникла. Теперь Западные специалисты и зарубежные учебные структуры выдавали обучающимся свои сертификаты. Эти сертификаты признаются профессиональными сообществами тех стран, где они выданы. Западные специалисты не занимались регулярной практикой в нашей стране. Обычно они ограничивались демонстрацией своих методов на отдельных избранных клиентах и пациентах. Впрочем, и сами клиенты для демонстрации зачастую рекрутировались из участников обучающих семинаров. Таким образом, отечественные специалисты получили возможность знакомства внутри страны “из первых рук” и обучения за рубежом современным методам психотерапии.

Обученные за рубежом специалисты начали преподавать в Российской Федерации. Они достаточно быстро сформировали свой рынок, что позволило им открыть небольшие образовательные структуры. И если известные западные специалисты посещали в основном столицы — Москву и Санкт-Петербург, то теперь обучение было организовано и в регионах отдалённых от столиц. Более того, отечественные специалисты оказались успешнее в трансляции западных методов психотерапии, чем их зарубежные коллеги и наставники. Это и понятно. Российские специалисты хорошо информированы в специфике менталитета своих сограждан, особенностях их обучаемости. Отличие от западных — отечественные наставники могут уделять обучающимся больше времени и внимания. В настоящее время сложились обучающие структуры по гештальт-терапии, психодраме, символдrame, нейролингвистическому программированию, психотерапии по М.Эриксону, трансперсональной

терапии, трансактному анализу, онтопсихологии, телесно-ориентированной психотерапии, экзистенциальной психотерапии, психоаналитической психотерапии и некоторым другим направлениям современной Западной психотерапии. Данные структуры выдают сертификаты, признаваемые этими структурами, их материнскими учреждениями за рубежом и складывающимися у нас сообществами профессионалов данной модальности. Российские профессионалы, обученные зарубежным методам психотерапии, обычно посвящают себя образовательной деятельности. Есть и новейшее начинание в области отечественной психотерапии — это российская психотерапия в системе Европейской Ассоциации Психотерапии (ЕАП).

Только с 1999 года у нас в стране началось осознанное восприятие нашей психотерапии как входящей в систему Европейской Ассоциации Психотерапии. Причем это движение навстречу! Крупнейшее сообщество психотерапевтов — Европейская Ассоциация Психотерапии, которая объединяет профессионалов по принципу принадлежности к профессии, а не к какой-то одной конкретной модальности, совместно с Профессиональной Психотерапевтической Лигой приступила к реализации образовательных проектов Европейского сертификата психотерапевта. Специалисты, работающие в России, впервые получили реальную и широкую возможность получения образования европейского уровня. Причем такое образование могут получить не отдельные профессионалы, проживающие в столицах, а сотни, а в последующем и тысячи желающих во всех концах нашей большой страны. Последний диплом задуман как единый документ, позволяющий специалистам свободно работать в странах объединенной Европы без сдачи экзамена по специальности.

В нашей стране бытуют три точки зрения на психотерапевтическое образование.

Согласно первой из них, у нас должно быть собственное образование, отличающееся от всего принятого за пределами страны. На деле это приводит к тому, что психотерапией могут заниматься только врачи-психиатры, получившие подготовку в области психотерапии, в количестве от 500 до 700 часов. В самой подготовке теория значительно преобладает над личной терапией и супervизией. Точнее личная терапия и супervизация далеко не всегда предусмотрены.

Согласно второй точке зрения, наше образование должно состоять из принятых в мире трёх частей: теории, практики с супervизией и личной терапией. Вместе с тем, объём этого образования должен быть уменьшен. Чтобы соответствовать ограниченным финансовым и кадровым возможностям нашей страны.

Согласно третьей точки зрения, наше образование должно соответствовать принятому в ЕАП.

---

А это значит не менее 3200 часов теории, практики с супервизией и личной терапией. Специалисты, получающие такое образование на базе высшего, должны быть допущены к практике значительно раньше, чем они завершат своё обучение. И уже практикуя, они смогут завершить своё образование.

Мы придерживаемся этой, последней точки зрения. Наше профессиональное образование по его объёму должно соответствовать принятым в ЕАП стандартам, а вот по его содержанию возможно национальное своеобразие, соответствующее особенностям национальной психотерапии.

Важно отметить, что все своеобразие отечественной психотерапии бережно сохраняется. И вместе с тем мы выходим на уровень образования принятый в ЕАП. Здесь возможно два пути. Первый состоит в том, что всё больше модальностей, принятых в Западной Европе и Северной Америке находят своих приверженцев в нашей стране. А, значит, всё больше психотерапевтов получают полноценное образование в границах этих модальностей, как внутри страны, так и за рубежом. В результате этого в нашей стране сложатся большие профессиональные сообщества распространённых в развитых странах психотерапевтических модальностей. Важнейшее отличие отечественной психотерапии, ее эклектизм. Есть эклектизм старый — когда специалисты пытались использовать все знания и умения, которые они могли получить, в своей практике. Эклектизм современный, новый основывается на том, что профессионалы выбирают из огромного числа предложений то, что подходит им. Этот подход можно назвать мультимодальным. В настоящее время предпринимаются усилия к тому, чтобы образование в мультимодальной психотерапии можно было получить в рамках обучения по программе Европейского сертификата психотерапевта. А, как известно, в Европе стандарты образования в области психотерапии сложились с двадцатых годов. То есть уже имеют восьмидесятилетнюю историю. Кроме того, психотерапия уже не принадлежит какой-то другой специальности, а успешно складывается в самостоятельную профессию, весьма востребованную обществом.

Советская психотерапия; психотерапия проповедников зарубежных направлений психотерапии; современная зарубежная психотерапия и современная зарубежная психотерапия, адаптированная к условиям России; российская психотерапия в системе психотерапии ЕАП — вот те реалии психотерапии сегодняшнего дня, которые одновременно существуют в Российской Федерации. Одни из них постоянно уменьшаются, другие расширяют свое пространство. Основной тенденцией, зоной нашего профессионального роста ближайших лет и десятилетий является наше вхождение и интеграция в систему психотерапии ЕАП. Это длительный и достаточно медленный процесс. Определяющая

роль в нём принадлежит общественным объединениям психотерапевтов.

До девяностых годов прошлого столетия в нашей стране были только секции психотерапии при научных медицинских обществах невропатологов и психиатров. В девяностые годы впервые возникли самостоятельные общественные организации в области психотерапии. Прежде всего, некоторые отдельные модальности психотерапии создавали свои сообщества. Среди них можно назвать Всесоюзную ассоциацию трансактного анализа, ассоциацию эриксоновской психотерапии и нейролингвистического программирования.

Ситуация в корне изменилась в 1994 году, когда состоялся учредительный съезд Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА). Эта общественная организация объединила врачей-психотерапевтов и некоторую часть медицинских психологов генетически связанных с психиатрией. РПА участвует в разработке приказов и других методических материалов Министерства здравоохранения. Развивает сотрудничество с зарубежными партнерами. Активно занимается научно-исследовательской и педагогической работой.

РПА несомненно является одним из двух наиболее крупных в России общественных объединений врачей-психотерапевтов, тесно связанным, а часто и слитым с государственной медицинской, в частности психиатрической службой.

Самой большой общественной структурой в области психотерапии в Российской Федерации является созданная в 1996 году Профессиональная Психотерапевтическая Лига (Лига). Она объединяет различных специалистов в области психотерапии. Членом Лиги может стать тот, кто использует психотерапию в своей профессиональной деятельности или обучается психотерапии. В настоящее время Лига является крупнейшим объединением психотерапевтов.

Лига входит в Европейскую Ассоциацию Психотерапии (ЕАП). Она является зонтичной организацией (единственным официальным представителем) ЕАП на территории России. Лига разделяет созданные ЕАП положения Страсбургской декларации по психотерапии. А значит, признает психотерапию отдельной, самостоятельной профессией.

Сама ЕАП - молодая, динамично развивающаяся, включающая в себя сообщества психотерапевтов из 39 стран Европы является самым крупным объединением профессионалов по принципу принадлежности к профессии психотерапевта. Ей всего десять лет, и по Европейским стандартам ее можно отнести к совсем юным общественным объединениям.

Таким образом, новая мировая волна развития психотерапии набирает силу. Она идет из Европы, родины психотерапии. И важно, что наша отечественная психотерапия включена и достойно

представлена как в европейском, так и в мировом процессе развития нашей профессии.

Профессиональная Психотерапевтическая Лига в настоящее время:

- занимается образовательной деятельностью в области психотерапии и смежных областях. Реализует большие образовательные проекты с сертификатами Лига, сертификатами Европейской Ассоциации Психотерапии. Проводит обучение специалистов в регионах, в Москве, за рубежом — объединяет усилия ведущих российских и зарубежных специалистов в области образования. Публикует перечень школ и отдельных профессионалов, признаваемых Лигой компетентными для реализации образовательных программ Лиги;

- содействует развитию и поддержанию творческих и деловых отношений внутри лиги, с другими лицами и организациями, с зарубежными партнерами и международными организациями;

- занимается научными исследованиями в области психотерапии. Собирает и обобщает опыт научно-практических разработок в области психотерапии, в том числе полученный членами Лиги;

- организует съезды, конференции, семинары в России и за рубежом. Так за последние четыре года Лига провела шесть международных конференций и X итоговую конференцию ЕАП 2001 года;

- занимается психотерапевтической практикой. Создает психотерапевтические подразделения, где внедряет новые подходы терапии, передовые технологии;

- защищает профессиональные интересы членов Лиги. Предпринимает усилия по распространению цивилизованной психотерапии;

- пропагандирует психотерапию, в том числе в средствах массовой информации;

- содействует формированию в обществе цивилизованного рынка услуг в области психотерапии;

- создает рабочие места для психотерапевтов;

- занимается издательской деятельностью и распространением профессиональных изданий. Издает библиотеку психологии, психоанализа и психотерапии;

- объединяет специалистов, профессиональные группы и общественные организации в области психотерапии. Внутри Лиги ее члены объединяются по интересам к отдельным направлениям психотерапии и в секции по профессиям;

- оценивает вклад организаций и отдельных деятелей в развитие психотерапии, в сохранение и развитие психологического здоровья и награждает их дипломами Лиги. По данным направлениям вводятся номинации: "Специалист года", "Организация года", "Достижение года".

Средства Лиги формируются из вступительных и членских взносов, добровольных и целевых взносов.

К сожалению, в нашей стране, среди самих психотерапевтов нет договорённости в понимания

многих базовых вопросов нашей специальности, её настоящего и будущего. И только некоторая часть коллег стремится к взаимопониманию. Объединить силы отечественной психотерапии, устремлённые к консолидации, выработка ясных правил для нашей специальности эффективнее всего может идея разработки и принятия Федерального Закона о психотерапии. Это длительный процесс, который мы обязательно должны пройти шаг за шагом. Наш быстрый бег вперёд и перескакивание через ступеньки здесь представляется неуместным! В связи с этим, важнейшим аспектом работы Лиги является разработка проекта закона Российской Федерации «О профессиональной психотерапевтической деятельности». Данный проект в июне 2000 года представлен для обсуждения в профессиональном сообществе. В последующем было предложено ещё два проекта. В настоящее время обсуждается три различных варианта проектов закона о психотерапии. Это лежит в основе дискуссий, которые ведутся в области психотерапии в нашей стране.

Впрочем, далеко не все аспекты профессиональной психотерапевтической деятельности можно регулировать при помощи закона. И то, что лежит за пределами законодательной регуляции регулируется профессиональной этикой.

В Лиге разработана и принята третья редакция «Правил этики Общероссийской Профессиональной психотерапевтической Лиги». Эти правила предложены комитетом по этике и защите профессиональных прав психотерапевтов Лиги на основе «Правил этики Европейской Ассоциации Психотерапии».

Нам важно помнить, что основная ценность, основной ресурс в психотерапии – это специалист-психотерапевт. Сам специалист является основным инструментом своей работы. И главные затраты в психотерапии идут на подготовку специалистов и поддержание нашей работоспособности, а затраты на оборудование и инструменты, важные для работы, минимальны. Этим отличается психотерапия.

Терапевт сам по себе - тонкий, сложный, очень чувствительный и ранимый инструмент терапии, самое важное и дорогое из того, что есть в терапии. Дорогое, как в переносном, так и в прямом смысле. И психотерапевту важно самому обращаться с собой, как с бесценным ресурсом. Его развитие и совершенствование идет путем подъема на очередную вершину, достижения плато, пребывания на нем и прохождения следующего кризиса. Кризисы, которые переживает психотерапевт, - это очередные инициации, дающие доступ к следующим профессиональным вершинам. Настоящий терапевт проходит череду таких инициаций. Чаще всего если нет кризисов – нет и развития. Только отдельные гармоничные личности могут счастливо развиваться, избегая кризисов становления.

---

Сохранение и развитие ментальной экологии психотерапевтов ещё одна, важнейшая задача нашей Лиги.

Как нетрудно убедиться, Профессиональная Психотерапевтическая Лига и Российская Психотерапевтическая Ассоциация имеют значительные отличия. РПА объединяет лучших врачей-психотерапевтов и небольшую часть психологов, специалистов генетически связанных с психиатрией. Лига — широкое общественное объединение, включающее в свои ряды тех, кто занимается или обучается психотерапии. Цели и задачи обеих общественных организаций во многом совпадают. А вот пути достижения их значительно рознятся. РПА стремится достичь поставленных целей, двигаясь сверху вниз по социальной лестнице и больше озабочена сохранением традиций. Лига совершает обратный путь — снизу вверх и озабочена развитием психотерапии, превращением её в самостоятельную специальность, необходимую часть культуры общества. Эти подходы хорошо дополнят друг друга.

Кроме названных организаций общероссийского, федерального уровня во многих республиках, краях и областях складываются региональные общественные объединения. Их может быть несколько. Одно может объединять врачей-психотерапевтов, другое - психологов. Сложился ряд сообществ по направлениям психотерапии. Известны объединения гипнологов, специалистов в области трансактного анализа, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования, арт-терапии, символдрамы, трансперсональной психологии и психотерапии, психоанализа и психоаналитической психотерапии, символдрамы и другие. Зачастую это небольшие объединения с коротким периодом активной жизни и низким уровнем юридической защищенности. До настоящего времени явно преобладала тенденция ко все большему их делению и размежеванию. Так, только в области психоанализа в российских столицах известно 15 самостоятельно работающих общественных организаций.

Важно отметить, что Общероссийская Профессиональная Психотерапевтическая Лига, будучи крупнейшим общественным объединением в области психотерапии в стране, согласно своего устава, стремится к сотрудничеству со всеми организациями, объединяющими психотерапевтов.

Важно отметить, что процесс саморазвития психотерапии вовлекает в её орбиту всё больше специалистов с психологическим образованием. Причём, в отличие от врачей-психотерапевтов, психологи чаще обучаются и работают в какой-то одной модальности. Более того, сам процесс развития в нашей стране модальностей западной психотерапии во многом связан с деятельностью специалистов с базовым психологическим образованием и других специалистов с базовым гуманитарным

образованием. Психологи в нашей стране только в течение десятилетия проявляют интерес и занимаются психотерапией.

Часть специалистов медицинских учреждений работают на госбюджетной основе, другие по схеме страховой медицины. Заработка плата психотерапевтов, работающих в государственных учреждениях, составляет в среднем от 45 до 150 долларов США в месяц в зависимости от продолжительности рабочего дня. Врачи, работающие на госбюджетной основе, получают свою зарплату вне зависимости от числа обслуживаемых пациентов. Врачи, работающие по схеме страховой медицины, имеют небольшой твёрдый оклад. А остальную часть заработной платы получают в виде отчислений из страховой кассы. Величина отчислений зависит как от числа принятых пациентов, так и от проведённых психотерапевтических сессий. Значительная часть психотерапевтов, в том числе все психологи, занимающиеся психотерапией, занимаются частной практикой. Здесь заработка плата отличается разнообразием. Можно отметить - чем больше город, в котором практикуют психотерапевты, тем выше спрос на их услуги и выше гонорары. Самые высокие гонорары в столицах.

Кроме официальной истории, отражённой в специальных, отчётах, изданиях циркулях Министерства здравоохранения Советская, а в последующем и Российской психотерапия имеет историю неформальной самоорганизации. История отечественной психотерапии содержит в себе множество запретов и ограничений и путей обходов этих запретов и ограничений. Самоорганизация определяет современное состояние психотерапия не меньше, а психотерапевтической практики даже больше, чем официальная ситуация. И, конечно, картина современной психотерапии в Российской Федерации будет неполной без описания того явления, которое мы называем самоорганизацией психотерапии. Это явление, зародившееся в Советский период нашей истории, получило своё развитие и расцвет в постсоветские годы. Нам очень важно понять правила этой самоорганизации. И действовать, согласно этих правил. Именно самоорганизация весьма тонко и очень оперативно отвечает на запросы общества, да и государства.

Самоорганизация психотерапии - не государственная, стихийно складывающаяся система психотерапевтической помощи, удовлетворяющая потребности общества. Остановимся на этом подробнее. Самоорганизация характеризуется:

1. быстрой реакцией на потребности общества
2. стремлением ко всему новому
3. пёстрым составом участников: от стихийных психотерапевтов, до профессионалов высокого класса
4. закрытостью информации о методах работы, её эффективности, оплате услуг

- 
- 5. избеганием законодательного контроля
  - 6. избеганием контроля со стороны профессионального сообщества
  - 7. созданием собственных мифов эффективности, признания и других
  - 8. активной, добросовестной и недобросовестной рекламой и конкуренцией.

Самоорганизующаяся психотерапия получила широкое распространение. Она коснулась даже тех специалистов, кто по долгу своей службы проводит в жизнь приказы Министерства здравоохранения. Более того, сегмент психотерапии, находящийся под контролем Министерства здравоохранения постоянно уменьшается. Вызвано это бурным ростом психотерапии и явным отставанием её государственного, в частности, законодательного регулирования. И, конечно же, весьма низкой оценкой государством психотерапии. Так, в прейскурантах на платные психотерапевтические услуги в поликлиниках психотерапевтические сеансы оцениваются менее одной условной единицы и редко от одной до трёх условных единиц.

Самоорганизация психотерапии по-разному представлена в столицах, больших и малых городах. Остановимся на этом подробнее.

Своеобразие психотерапии в больших городах определяются условиями и укладом жизни. Это своеобразие касается как клиентов и пациентов-потребителей психотерапии, так и терапевтов, проводящих психотерапию. Потребители психотерапии в больших городах обычно могут рассчитывать на анонимность, на то, что они не встретятся с терапевтом за пределами психотерапевтического процесса. Жители больших городов часто имеют множество личностных защит, с одной стороны позволяющим адаптироваться в агрессивной среде города, тогда как с другой стороны, затрудняющих восприятие и усвоение нового опыта, а значит проводящих к большей закрытости человека. Психотерапевту зачастую приходится тратить достаточно много времени и усилий для преодоления этих защит. Жители больших городов часто пресыщены общением и даже избегают его. Они часто обращаются на консультации по рекламе.

Терапевты в больших городах располагают разнообразными возможностями создавать себе образ для клиентов и пациентов. Они также могут использовать анонимность, как и их клиенты. Их профессиональные ошибки и неудачи часто не становятся достоянием гласности. О них знает лишь узкий круг клиентов и коллег. Терапевты могут входить в профессиональное сообщество согласно своей узкой специализации или модальности. И совершенно не знать, что же происходит в кругу коллег из других модальностей. Некоторые терапевты даже держатся весьма обособленно и вовсе не контактируют с коллегами.

Клиенты, проживающие в небольших городах,

часто более открыты, у них меньше личностных защит, вызванных агрессивной социальной средой. Они более доверчивы. У них неудовлетворённая потребность в общении. Вместе с тем, они более консервативны и недоверчивы к новым веяниям. И о терапевтах узнают от соседей и знакомых, а не из рекламы в средствах массовой информации. В небольших городах трудно или вовсе не удаётся сохранять анонимность как пациенту, так и в большей степени терапевту.

Терапевтам небольших городов трудно создавать и сохранять свой профессиональный образ. Необходимость постоянно находиться в профессиональном образе приводит к трудностям сохранения и восстановления ментальной экологии. Их профессиональные неудачи становятся достоянием многих жителей небольшого города. Поэтому в небольших городах терапевтам приходится быть более осторожными, избегать риска, чтобы не сделать ошибки, которая может их значительно скомпрометировать в глазах горожан. Они зачастую лишены возможности постоянно, полноценно общаться с коллегами, работающими в той же модальности. Поэтому они вступают во взаимодействия с психотерапевтами, работающими в других модальностях или совсем не имеют постоянного профессионального общения.

С начала девяностых годов прошлого века специальности, занятые психическим здоровьем впервые получили возможность свободного развития и самоорганизации. В конце девяностых годов был подведён статистический итог такого развития. По данным Министерства Здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения Российской Федерации работало: врачей-психиатров - 15000; врачей психиатров-наркологов - 4500; врачей психотерапевтов - 2000; медицинских (клинических) психологов - 1500. И вместе с тем было только официально зарегистрировано 300000 народных целителей. А ведь еще во времена перестройки, когда психотерапевты уже были, официально зарегистрированных народных целителей не было совсем. Прошло только одно десятилетие, и теперь психотерапевты государственных медицинских структур составляют 0,66% от общего количества народных целителей. А ведь народные целители занимаются ни чем иным как дикой психотерапией. А это значит, что скрытая потребность в психотерапевтах в нашей стране составляет не менее 300000 специалистов. Для удовлетворения этой потребности нам предстоит большая и увлекательная работа. И эту работу мы уже начали.

Важнейшая и основная характеристика нашей эпохи - это постоянные перемены. В нашу жизнь входят всё новые факторы, определяющие развитие. На протяжении всего Советского и первого десятилетия постсоветского периода жизни общества значение психологии и психотерапии для развития

---

---

страны преуменьшалось или попросту игнорировалось. Теперь мы вступили в эпоху, когда психология и психотерапия становится осознаваемой и необходимой частью общественной жизни России. И эта эпоха будет весьма продолжительной. В качестве наших стратегических ресурсов будут рассматриваться не только нефть и газ, а, главным образом, граждане нашей страны с их психическими ресурсами.

**Таким образом, новейшая специальность - психотерапия — на наших глазах и с нашим непосредственным участием перерастает в сверхновую профессию - психотерапию.** История отечественной психотерапии творится на наших глазах и нашими усилиями! Многие наши действия или бездействие тут же отражаются на состоянии и перспективах психотерапии в Российской Федерации, да и далеко за ее пределами.

*Литература:*

*Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением.* М.: Медицина, 1989, 304 с.

*Бурно М.Е. Клиническая психотерапия.* - М.: Академический проект, ОППЛ, 2000 – 719 с.

*Всё о Профессиональной Психотерапевтической Лиге в 2000 году.* Макаров В.В., Свидро Н.Н. М.: 2000, 209 С.

*Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии под редакцией профессора В.В.Макарова.* М.: Академический проект, 1999. 250 с.

*Егоров Б.Е. Российский клинический психоанализ - новая школа.* -М.: Академический проект, ОППЛ – 2002 - 528 с.

*Катков. А.Л. Манифесты развивающей психотерапии. Московский психотерапевтический журнал № 3, 2001, С. 49-79*

*Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: Теория и практика / Пер. с лит. - М.: Академический Проект, 2000.-240 С.*

*Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. - 2е. Изд., перераб. и доп.. М.: Академический проект, 2000, 416 с.*

*Макаров В.В. Психотерапия Нового Века М.: Академический Проект, ППЛ – 2001 - 496 с.*

*Макаров В.В. Психотерапия каждого дня и всей жизни. М.: Пер СЭ, ППЛ - 2001- 191- с*

*Макаров В.В., Катков А.Л. Проект Федерального Закона Российской Федерации «О профессиональной психотерапевтической деятельности» Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии» Том VI № 3, с. 7-17, 2000*

*Психотерапевтическая энциклопедия. Под редакцией Б.Д.Карвасарского. СПб., М., Харьков, Минск. 1998, 743 с.*

*Психотерапия: новая наука о человеке. Редактор-составитель А.Притц. Екатеринбург: Деловая книга. 1999, 396 с.*

*Семке В.Я. Основы персонологии. М.Академический проект, ОППЛ, 2001- 476с.*

*Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М.: Академический Проект, 2000, Т-1 416 С, Т- 2 - 381 С.*

*Сосланд А.И. Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или Как создать свою школу в психотерапии. М.: Логос, 1999, 367 с.*

*Стехликова Д.А. Психотерапия в зеркале культуры Независимый психиатрический журнал. № 2 ,1999, с. 58-68*

*Учебник Психотерапия // под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб: «Питер» 2000, 544 С.*

*Эйдемиллер Э.Г., Юстискис В. Психология и психотерапия семьи.- СПб.: ЗАО «Издательство Питер», 1999,- 656*

## ОПЫТ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МОСКВЕ

О.А.Поветкина

г. Москва

Психоаналитическое образование в России имеет свои особенности, а соответственно и определенные трудности. Благодаря моей многолетней административной работе в сфере образования, я имею возможность предложить Вашему вниманию один из немногочисленных для Москвы опытов возникновения, становления и работы одного психоаналитического Института.

Этот опыт уникален, т.к. именно непосредственная работа в психоаналитическом Институте с первых

дней его существования позволила мне приобрести обширнейшую практику в создании такого рода структур и обобщить те трудности, которые возникали в пути.

Из истории. Указ Президента РФ от 19 июля 1996 г. за № 1044 «О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа» дал дорогу для попыток создания психоаналитических школ в России, а, в частности, в Москве. Такие попытки привели к созданию нескольких

психоаналитических групп, которые держатся достаточно обособленно друг от друга, и практически не общаются между собой. Такая ситуация обуславливается тем, что имеются принципиальные разногласия представителей на предмет различных путей перспективного развития психоанализа как направления психотерапии.

Отмечу, что такая ситуация для психоанализа с момента его появления не является необычной, а скорее традиционной. Учитывая историю, многие ученики, имевшие не последнее отношение к развитию психоаналитических идей, объявились впоследствии Фрейдом отступниками. И это вопрос: вредило ли это развитию психоанализа или способствовало.

Известно, что в психоаналитической практике существует такая тенденция что, в основном, психоаналитический опыт передается от аналитика к аналитику. На момент образования Института существовало несколько «политических» направлений в психоанализе: НФП, IPA, и те, кто сами по себе. Выбор невелик.

По правилам IPA для сертификации специалистов необходимо пройти личный анализ на чужом языке. Временам Фрейда известен такой опыт, когда пациенты проходили психоанализ на немецком языке. Но хочу отметить, что его пациенты владели языком на более высоком уровне, чем это могут делать наши специалисты, и для многих это оказалось неприемлемо.

НФП – организация открытая, доступная. Более того, выработанные временные стандарты этой организации в области подготовки специалистов-психоаналитиков, позволяют нам до сих пор, находить, по возможности, правильные ориентиры для корректной образовательной политики. Поэтому, можно сказать, выбора у нас не было.

Насколько нам известно, в настоящее время существует комиссия по разработке государственных стандартов. Для нас это положительное явление.

История Института клинического и прикладного психоанализа – уходит своими корнями в 1995 год. Несколько московских психоаналитиков, прежде по отдельности заинтересованных в популяризации психоаналитической теории, подготовили курс по «Введению в психоанализ» и читали его всем желающим. Этот курс представлял собой первый опыт практикующих психоаналитиков систематизировать и структурно изложить точку зрения Фрейда. Цель таких лекций была в популяризации психоанализа. Тогда это называлось «Школой психоанализа».

К таким школам был проявлен немалый интерес, в основном, со стороны людей молодого и среднего возраста. И в большей степени интерес был научно-популярным. Это обуславливалось понятными причинами. Во-первых, отсутствие достаточной литературы и изданных первоисточников,

во-вторых, отсутствие согласованной программы подготовки специалистов психоаналитиков-психотерапевтов и различный уровень их подготовки.

Тем не менее, удачное проведение таких школ натолкнуло на идею об объединении материальных усилий, научных и практических знаний и творческих предложений. Базой для образования Института стали Общественная организация «Психодинамика», Общественная организация «Катексис», «Открытое Психоаналитическое общество». Все три психоаналитические организации, на базе которых создан Институт, являются коллегиальными членами НФП.

Зарегистрирован он как некоммерческое негосударственное образовательное учреждение.

Предлагаемое обучение психоаналитической теории и технике дает студентам необходимые знания и навыки для компетентной работы в области клинического и прикладного психоанализа. Классический и современный психоанализ в них наглядно представлен в новом подходе к психоаналитическому обучению и тренингу. Программы включает в себя порядка 20 лекционных курсов.

Для студентов знакомство с психоанализом начинается с глубокого изучения теории, разработанной З.Фрейдом. В последующем происходит интеграция научной мысли основателя психоанализа в современные психоаналитические концепции. Удается это при помощи соответствующей организации учебных курсов.

По мере углубления изучения психоаналитической теории программа насыщена семинарскими занятиями по работам З.Фрейда, А.Фрейд, М.Кляйн, О.Кернберга и др. На заключительной стадии обучения программа представляет вниманию авторские программы практикующих психоаналитиков.

Во всех известных мне европейских школах становление психоаналитика-психотерапевта как специалиста держится на трех китах: теоретическая подготовка, личный дидактический анализ и прохождение практики под руководством супервизора. Разница заключается только в стандартах на количество часов.

Что касается, теоретической подготовки, то здесь все более или менее понятно. Камнем преткновения являются прохождение личного анализа в процессе одновременного обучения. В настоящее время обсуждению этих вопросов посвящается множество публикаций и докладов.

Как отмечает Валентин Шульман в Психоаналитическом Вестнике № 2 (1999г), «Лечебный и учебный анализ – далеко не одно и то же. Наиболее бросающееся в глаза отличие – наличие «дополнительных мотиваций» у анализанта-студента. Такой анализант не только хочет развивать личность, но и получить диплом и право работать аналитиком. Его интерес не только терапевтический,

но и дидактический, профессиональный, карьерный».

Наш Институт воспользовался общепринятой международной практикой и предоставляет возможность прохождения дидактического (учебного) анализа. Согласно временных стандартов, минимальный объем его - 100 часов. На наш взгляд, какие проблемы не сопровождали бы этот путь, именно он и есть лучший способ познакомиться с действием бессознательных процессов, «познанием границ собственной личности» и условиями терапевтического процесса.

Одна из основных идей создания данного учебного заведения – подготовка специалистов, ориентированных на работу с глубинными психологическими конфликтами. Опыт такой работы может быть приобретен только через практику. В рамках учебной программы представляется возможность познакомиться с основами психологического и психотерапевтического консультирования.

Студенты, начавшие свою психоаналитическую практику, проводят ее под руководством опытных супervизоров. Как часть обучения Институт предлагає групповые и индивидуальные супervизии. Участие в групповых супervизиях является обязательным. Это условие имеющихся временных стандартов. К концу обучения желательно набрать не менее 100 часов супervизий.

Особенно полезным в обучающем процессе мы считаем встречи с западными практикующими психоаналитиками. За это время нас посетили специалисты из США, Норвегии и других стран.

Преподаватели Института - практикующие психологи, врачи, психоаналитики, имеющие образование в этой области, кандидаты наук. 40% преподавателей окончили МГУ и другие ведущие вузы страны. Многие сертифицированы НФП и являются специалистами, обучающими аналитиками и супervизорами НФП.

С каждым новым учебным годом отмечаются изменения в «портрете» студента, желающего

пройти психоаналитическую переподготовку. Если раньше, как правило, интерес к психоанализу возникал у специалистов имеющих психологическое образование, но использующих его в прикладных целях (менеджеры по персоналу, педагоги, руководители подразделений), то теперь часто приходят учиться люди по возрасту зрелые и непосредственно практикующие специалисты - практические психологи, психиатры, и медицинские работники. Институт с удовольствием поддерживает существующую тенденцию. Но, в связи с этим, конечно же, встает вопрос о предоставлении клинической базы для учащихся. Этот вопрос у нас открыт.

Институт не допускает дискриминации по возрасту, расе, сексуальной ориентации, религиозным взглядам и этническому происхождению.

Стал регулярным опыт проведения зимних ежегодных научно-практических семинаров. По настоящее время их было организовано три. Специалисты Института считают их хорошей научной базой для обмена опытом между профессионалами. Темы, которые активно обсуждаются на таких семинарах: «Некоторые аспекты теории и практики психоанализа», «Трансферентное сопротивление», «Эдипов комплекс. Клинические аспекты», «Проблемы идентичности».

Совершенно новым направлением в деятельности Института является открытие «Психоаналитического клуба». Целью его создания считается содействие развитию психоанализа в России, исследование многогранных взаимосвязей психоанализа с мировым культурным наследием и различными сферами общественной жизни. На заседаниях предлагаются интересные доклады, обсуждение волнующих тем и супervизии для специалистов.

В планах на будущее у нас стоит - издание психоаналитической газеты. На ее страницах нам бы хотелось поделиться научными познаниями и накопленным опытом, попробовать определить закономерности и случайности на пути развития психоанализа и психотерапии в России.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕГО ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ю.А.Россинский, М.Н.Валивач

г. Павлодар

Крайне актуальной в настоящее время является проблема терапии пограничных состояний, психосоматических и наркологических заболеваний. С одной стороны данные расстройства не всегда качественно оцениваются специалистами

(педагогами, психологами, врачами терапевтического профиля, а также психиатрами, психотерапевтами) и не воспринимаются как расстройства психической сферы. С другой – сам контингент, в силу разных причин, в том числе анозогнозии,

часто самостоятельно не обращается. Поводом обращения к врачу психиатру или психотерапевту, как правило, служат выраженные проявления болезни, приведшие к значительным нарушениям психосоциальной адаптации.

Существует контингент пациентов, которые, вначале обращаются и лечатся у знахарей, экстрасенсов, «биоэнерготерапевтов», позже у терапевтов, невропатологов, и только после длительных хождений и отсутствия лечебных результатов обращаются к психиатрам, психотерапевтам. Чаще это контингент больных, которые входят в следующие разделы МКБ-10: F07 – Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга; F3 – Аффективные расстройства настроения; F4 – Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; F5 – Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; F6 – Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых; F43 – Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации; F44.82 – Транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте; F9 – Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте; F1 – Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

Авторы испытывают самые лучшие чувства к психотерапии, как к самостоятельной профессии и являются сторонниками того, чтобы психотерапия стала самостоятельной профессией. Чтобы специальность «Психотерапевт» могли получать не только «...лица, имеющие высшее медицинское образование и интернатуру или первичную специализацию по психиатрии» (Приказ № 147...) и проработавшие в психиатрии не менее 5-ти лет (касаются психотерапевтов России), но и лица, имеющие высшее гуманитарное образование, дополнительно получившие теоретические знания по психотерапии и/или психологическому консультированию, прошедшие курс личной терапии и супервизии. Однако, работая с вышеуказанными расстройствами, авторы, довольно часто, если не сказать в подавляющем большинстве случаев, помимо психотерапии, широко использовали клинико-биологическое лечение (фармакологическая терапия, физиотерапия другие физико-химические факторы). В отличие от «Психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии», где целью является – «усиление эффективности биологической терапии» (Б.Д.Карвасарский, 1998), авторы рассматривают данный подход – одновременное использование фармакологического лечения и психотерапии – как интеграцию равнозначных составляющих единого клинико-психотерапевтического процесса. Естественно, авторы часто

используют психотерапию, как самостоятельный вид лечения. Но даже, когда психотерапевт использует в основном психотерапевтические техники и методики, нельзя сказать, что психотерапия в данном случае – единственный метод лечения. Так как психотерапевт, помимо непосредственно психотерапии дает какие-то рекомендации в плане социальной реадаптации пациента (социальная коррекция).

Если психотерапевт в своей работе использует различные психотерапевтические модальности, то в этом смысле, его можно считать представителем направления интегративной психотерапии. Если, как врач-клиницист, помимо мультимодальной психотерапии он использует фармакологическую терапию, методы социальной коррекции, то в этом смысле его можно считать представителем направления клинической интегративной психотерапии. Еще очень важная деталь, с точки зрения авторов, это то, что цель психотерапии – сформировать и развить у пациента новые личностные качества, которые помогут ему на другом, новом личностном уровне, обрести новое видение жизни. Таким образом, цель психотерапии не только и не столько реабилитация (re-возврат, ability-способности), т.е. возврат к прежним способностям (зачастую приведшим пациента к проблеме или болезни), а неоабилитация (neo-новые, ability-способности) – формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых способностей и личностный рост. Мнение авторов полностью солидарно с утверждением Дэвида Бразье и Кэролайн Бич – представителями феноменологической мультимедийной психотерапии: «Речь идет не о починке чего-либо, но о вырастании из существующего состояния. Дело не в выздоровлении от чего-то минувшего, а в обучении искусству переплетения прошлого и настоящего в новый узор. Мы говорим не о решении проблем, а о росте. Речь идет не о том, чтобы отыскать нужную улицу, а о том, чтобы сделать город свободным» (Д.Бразье, К.Бич, 2001). Таким образом, психотерапевта, ориентирующего свою работу на принципы неоабилитации, можно считать представителем направления развивающей клинической интегративной психотерапии.

Данная статья представляет собой описание схемы клинического подхода и применения интегративно-развивающего психотерапевтического процесса в лечении пограничных состояний, психосоматических и наркологических расстройств.

### **Цель, этапы и основные принципы развивающей клинической интегративной психотерапии**

Мы уже говорили о том, что целью развивающей клинической интегративной психотерапии, помимо реабилитации, является неоабилитация – формирование новой, более зрелой личности,

---

через формирование и развитие новых личностных качеств и способностей и ее личностный рост.

Цель психотерапевта – помочь пациенту достичь его цели. Целью пациента на сознательном уровне, как правило, является избавление от болезни или исцеление. Для этого не менее важной, является цель, найти причину болезни.

Психотерапевту полезно понимать, что симптом или болезнь может быть подсознательно желательны пациенту на данном этапе его жизни и личностного развития, могут представлять собой определенный этап психосоциальной адаптации или результат патологической адаптации к изменениям в жизни пациента. Что же касается причины болезни или проблемы, то в процессе психотерапии часто, уже найденная причина вдруг становится следствием. Далее находится более глубокая причина, которая тоже, в свою очередь, является следствием еще чего-то более глубокого, и так далее. В.В.Макаров (1999) отмечает, что у 57,7% пациентов, изначально заявленная проблема, в процессе психотерапии трансформируется. С каждым новым, очередным шагом психотерапии могут меняться не только причины, но и промежуточные цели пациента (при условии, что конечная цель пациента - выздоровление). Например: Пациент изначально обращается к психотерапевту с проблемой, что он чрезмерно переживает по поводу того, что не может собрать материал для диссертации, хотя по срокам он уже должен «защититься» (дотерапевтическая цель). Но в процессе психотерапии он принимает решение прекратить научную деятельность (посттерапевтическая цель). Или пациентка «презирающая» мужчин, приходит к психотерапевту с заявкой, как научиться держать себя в руках, не проявляя открыто свою неприязнь в мужском обществе (дотерапевтическая цель). А в процессе и/или результате психотерапии у нее появляется совсем противоположная цель – выйти замуж (посттерапевтическая цель).

Для того чтобы представить развивающую клиническую интегративную психотерапию в достаточном объеме для практической работы, мы должны разобрать этапы и принципы терапевтического процесса. Терапевтический процесс состоит из четырех этапов: определение диагностической мишени, определение терапевтической мишени, разработка терапевтической стратегии и непосредственно терапии, которая включает в себя реабилитацию и неоабилитацию. Каждый из этих этапов определяет свои принципы. Мы рассмотрим их в целом, а в последующих статьях более подробно уделим внимание каждому из них.

**I этап. Определение диагностической мишени, или что привело к болезни.** Другими словами, на этом этапе терапевт проводит инвентаризацию

---

того, что есть на самом деле (вернее, что видят терапевт из того, что есть на самом деле), что привело к данному состоянию (симптом, синдром, нозологическая дефиниция, проблема). На этом этапе терапевт осознает ответственность следующих вопросов и принципов:

- позволяет ли мне работать с данной проблемой багаж моих знаний (принцип профессиональной компетентности);
- соблюдаю ли я деонтологию отношений и не нарушаю ли я экологию личности пациента (принцип этики и морали).

Данная мишень представляет четыре уровня:

1. Клинико-биологический уровень (основывается на принципе трехуровневого подхода в диагностике: уровень клетки; гомеостатический уровень; фенотипический уровень). Цель – выявление нарушений биологического и физиологического гомеостаза.

2. Психологический уровень: клиническая беседа, клинико-психопатологическое или патопсихологическое интервью; психологическое тестирование и психологическая диагностика поведения, эмоций, памяти, сознания (тесты, проективные методики и т.д.); психологическое консультирование как метод диагностики (анализ личностных статусов пациента, событий-стрессоров, взаимодействия со значимыми другими лицами, эмоций, а также неудовлетворенных потребностей и нереализованных целей пациента). Цель – кристаллизация проблемы, идентификация причины, приведшей к проблеме.

3. Социальный уровень: демографическая информация (возраст клиента, профессия, образование); общая социальная информация (доход, материальные условия, социальная динамика); характеристика личности пациента и рамок его микросоциума (характеристика «малой семьи» пациента – партнера, детей, родителей и «большой семьи» пациента – родители и родственники партнера, собственные родственники, а также семья и родственники семьи детей, родителей, прародителей, школа, другая малая группа); экологический анамнез (вредоносные факторы окружающей среды). Цель – изучение влияния социальной сферы пациента на наличие и возникновение существующей проблемы или заболевания.

4. Духовный уровень. Изучение или знакомство с личностной жизненной философией пациента. А.Л.Катков с соавт. (2002) говорит об основных трех группах опорной системы координат личного мифа пациента (клиента): пациенты, преимущественно опирающиеся на систему рациональных знаний; преимущественно опирающиеся на систему иррациональных верований; преимущественно опирающиеся на собственный опыт. Цель – изучение «ведущих» координат личного мифа пациента (клиента).

**II этап. Выбор терапевтической мишени, или на что нужно воздействовать, «что нужно лечить».** На этом этапе, для того, чтобы «вылечить» данное состояние терапевт для себя решает следующие вопросы, тем самым, определяя следующие принципы:

- на какие системы нужно воздействовать вообще (принцип системности);
- на что нужно воздействовать в первую, во вторую и т.д. очередь (принцип континуальности);
- какие научно-практические аспекты (медицино-биологические, медико-психологические, педагогические, социальные) или их качественное сочетание необходимы для выработки терапевтической стратегии (принцип многоаспектности).

На данном этапе психотерапевт определяется в выборе «достаточного звена» воздействия для достижения эффективного результата лечения. Терапевтическая мишень также определяет четыре уровня оценки:

1. Биологический уровень. Цель – анализ причины приведшей к нарушению биологического и физиологического гомеостаза и выбор «достаточного» звена воздействия для восстановления гомеостаза.

2. Психологический уровень. Цель – анализ причины проблемы (неудовлетворенные потребности и нереализованные цели), выбор «достаточного» звена воздействия для эффективного лечебного изменения психологической сферы.

3. Социальный уровень. Цель – выбор «достаточного» звена воздействия на социальную сферу пациента (клиента) или «мишени» социальной коррекции: микросоциум («малая» семья, «большая семья», школа, другая малая группа); макросоциум (структуроирование социальной жизни и распределение энергетики во времени, пространстве).

4. Духовный уровень. Цель – выбор необходимых и достаточных составляющих опорной системы координат личного мифа пациента (клиента) или личностной философии для их включения в терапевтический процесс.

**III этап. Разработка или формирование терапевтической стратегии или, как и каким образом нужно лечить.** На этом этапе, когда поставлен диагноз и определены терапевтические мишени или звенья воздействия, как личности пациента, так и окружающего его социума, терапевту необходимо решить следующее:

- какие методы, формы, системы психотерапии я выбираю для работы с данным пациентом (принцип мультимодальности и максимальной дифференциации);
- в каком континууме и модальном сочетании я представляю терапевтический процесс в целом (принцип стратегической целостности);

- я работаю в союзе с пациентом, мы с ним – одна команда (принцип солидарности);
- мои отношения с пациентом законно имеют определенные границы, оговоренные терапевтическим контрактом (принцип легитимности).

На этапе формирования терапевтической стратегии психотерапевт определяется в выборе «достаточного набора» форм и методов воздействия (фармакологических, физиотерапевтических, психотерапевтических, психосоциальных, педагогических, духовных) для достижения эффективного лечебного результата. Для этого также необходим анализ четырех уровней жизнедеятельности пациента (клиента).

1. Биологический уровень. Цель – определение «достаточного набора» фармакологических и других методов воздействия для эффективного восстановления или реабилитации биологического гомеостаза. Необходимо отметить, что для восстановления биологического или физиологического гомеостаза одних фармакологических или физиотерапевтических мероприятий может быть недостаточно. Например, лечение астено-невротического состояния при гиповитаминозе, причиной которого является повышенные умственные и физические нагрузки, помимо физио- и фармлечения может включать в себя психотерапевтические мероприятия (сеансы релаксации, гипнотерапию), социальную коррекцию (режим труда и отдыха) и т.п.

2. Психологический уровень. Цель – определение «достаточного набора» методов и средств терапевтического вмешательства (психотерапевтические модальности и соответствующие техники и практики психотерапии) направленных на эффективную реабилитацию и неоабилитацию пациента (клиента).

3. Социальный уровень. Цель – определение «достаточного набора» социальных мероприятий направленных на реабилитацию, неоабилитацию пациента (клиента). Лечебные мероприятия каждого уровня (в данном случае социального) могут касаться других или всех сфер жизни пациента – биологической, психологической, духовной. Например, рекомендации мальчику-подростку с феноменом отсутствующего отца – чаще быть с отцом (в случае физического наличия отца) или общаться с лицом, способным заменить отца (в случае физического его отсутствия), касаются не только социальной сферы (восстановление социальных ролей и структуры семьи), но и психологической и духовной сфер подростка.

4. Духовный уровень. Цель – предоставление возможности пациенту (клиенту) для формирования новых жизнеустойчивых и жизнеутверждающих философских стратегий, за счет расширения личностного когнитивного пространства – неоабилитация.

## **IV этап. Непосредственно терапия или интервенция (терапевтическое вмешательство), реабилитация, неоабилитация.**

Для этого этапа, равно как и для предыдущих, терапевт с полной ответственностью осознает и сообщает клиенту что:

- информация, которая касается личности пациента или рабочий материал никому не распространяется; в случае если психотерапевт считает необходимым пригласить других лиц на психотерапию, например членов семьи, то данная информация может быть открыта только с согласия пациента (принцип конфиденциальности);
  - психотерапевт несет ответственность за безопасность форм психотерапии, а пациент несет ответственность за то, что происходит с ним в процессе и после окончания психотерапии (принцип разделенной ответственности);
  - психотерапевт может разгласить информацию о пациенте, если он представляет социальную угрозу и опасность, как для собственной жизни, так и для жизни окружающих (принцип гуманности).

Терапевтическое вмешательство включает в себя реабилитацию и неоабилитацию, которые определяют: медикаментозную терапию, физиотерапию, традиционную терапию (рефлексотерапия и т.д.) – биологический уровень; психологическое консультирование и психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная) – психологический уровень; социальная коррекция, терапия средой – социальный уровень; духовные практики, формирование личностной идеологии, религия – духовный уровень.

Цели и разновидности терапевтического вмешательства реабилитации:

- а. Биологический уровень – медикаментозная терапия, физиотерапия, традиционная терапия (рефлексотерапия и т.д.), т.е. восстановление биологического гомеостаза и/или редукция некоторых психопатологических расстройств (например, нормализация настроения, поведения). Цель

– восстановление биологического гомеостаза;

- б. Психологический уровень – психологическое консультирование и психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная), т.е. редукция психопатологической симптоматики и восстановление прежних психологических свойств личности. Цель – удовлетворение личностно-психологических потребностей пациента;

- с. Социальный уровень – социальная коррекция, трудотерапия, терапия занятостью. Цель – удовлетворение личностно-психологических, социальных потребностей и восстановление прежнего социального статуса пациента;

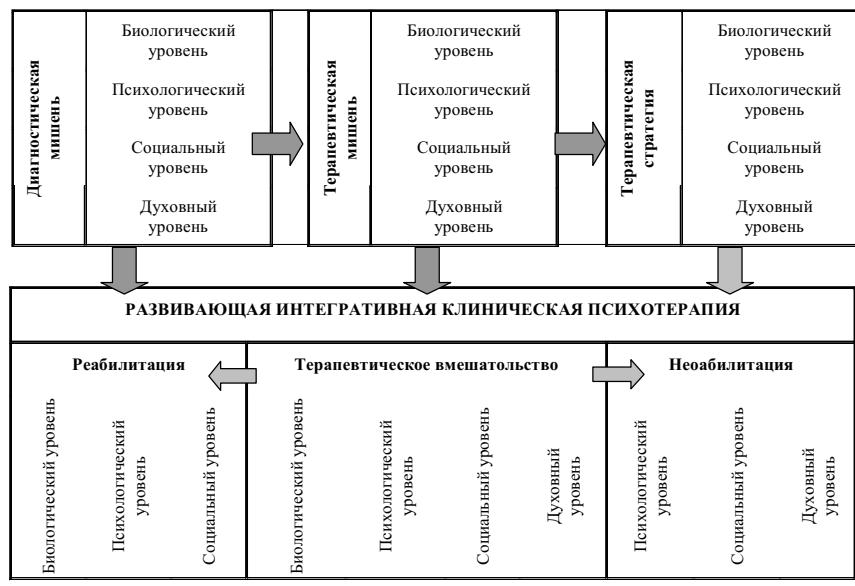
## Цели и разновидности терапевтического вмешательства неоабилитации:

- а. Психологический уровень – психологическое консультирование и развивающая психотерапия, открывающие новые личностные качества и психологические свойства (например, феномен антинаркотической устойчивости, повышенной стрессоустойчивости и т.д.). Цель – личностный рост через развитие новых качеств и психологических свойств личности, зрелость; формирование и реализация новых жизненных целей;

- б. Социальный уровень – формирование и развитие нового социального опыта, приводящего к новому социальному статусу, новые социальные потребности и возможности. Цель – формирование социально-компетентной личности; социальная компетентность в изменяющейся жизни;

- с. Духовный уровень – предоставление возможностей для формирования новой, более зрелой личностной идеологии, и развития новых духовных потребностей и интересов. Цель – формирование целостной автономной духовно-зрелой личности; жизнеутверждающая личностная философия, мудрость.

Таким образом, этапы развивающей интегративной клинической психотерапии можно представить в виде следующей схемы:



Резюме. Таким образом:

§ Целью развивающей клинической интегративной психотерапии, помимо реабилитации, является неоабилитация – формирование новой, более зрелой личности, через развитие новых личностных качеств и способностей и ее личностный рост.

§ Реабилитация (re-возврат, ability-способности), т.е. возврат к прежним способностям (зачастую приведшим пациента к проблеме или болезни), а неоабилитация (neo-новые, ability-способности) – развитие новых личностных качеств и способностей.

§ Структура терапевтического процесса развивающей интегративной клинической психотерапии включает в себя четыре этапа: определение диагностической мишени, выбор терапевтической мишени, разработка терапевтической стратегии, терапевтическое вмешательство (включая реабилитацию и неоабилитацию);

§ Каждый этап включает анализ следующих уровней: биологический, психологический, социальный, духовный.

*Литература:*

1. Бразье Д., Бич К., *Инновационная психотерапия*, СПб. «Питер», 2001;
2. Карвасарский Б.Д., «*Психотерапевтическая энциклопедия*» СПб. «Питер», 1998;
3. Катков А.Л., Титова В.В. *Интегративно-развивающая двухуровневая психотерапия наркозависимых. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VIII, № 3, 2002, Москва-Павлодар, с. 14-28;*
4. Макаров В.В. «*Избранные лекции по психотерапии*. – М.: «Академический проект». 1999, с.;
5. Приказ № 147, «*О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан*», Министерство здравоохранения Республики Казахстан от 31 марта 1997 г.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕГО ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (диагностическая мишень, биологический уровень)**

Ю.А.Россинский, М.Н.Валивач

г. Павлодар

В предыдущей статье был рассмотрен процесс клинической интегративной развивающей психотерапии. Данная статья посвящена первому этапу – определение диагностической мишени – в частности, биологическому уровню данного этапа.

### **Этап № I – определение диагностической мишени**

На этом этапе терапевт проводит инвентаризацию состояния пациента или клиента в настоящий момент: сопоставляет между собой жалобы клиента, биологические (симптомы и синдромы) и психологические (симптомы, феномены) проявления болезни или проблемы, личностный и социальный анамнез (изменения в жизни) и после проясняет для себя «картину болезни». Для более качественной диагностической оценки биологического уровня клинический психотерапевт также исследует данные лабораторного обследования: результаты клинико-биохимической лаборатории (анализы крови, мочи и т.д.); лаборатории функциональной диагностики (ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, Эхо-ЭС и т.д.). Особенно это важно, когда жалобы нервно-психической сферы носят следственный или вторичный характер. Например:

– Психовегетативные пароксизмы, эмоциональные нарушения как реакция организма на возрастные гормональные нарушения (пубертат, климакс),

или воспалительные или другие органические заболевания (воспаление, кистоз яичников). В этом случае терапией выбора может быть – лечение основного заболевания или гормональная заместительная терапия, а не бензодиазепины. А выбором психотерапии могут быть рациональное разъяснение болезни и аутогенная тренировка, направленная на совладание и «спокойное» в экзистенциальном плане восприятие этих, тяжело переносимых приступов;

– Депрессивное настроение, связанное со снижением уровня серотонина в крови. В этом случае препаратами выбора будут антидепрессанты (трициклические, обратного захвата серотонина и т.д.);

– Астено-невротические и эмоциональные расстройства, связанные с органическим поражением мозга. В этом случае терапия стимуляторами и антидепрессантами будет малоэффективной, поскольку данное состояние является «более точной мишенью» для таких препаратов как ноотропы, аминокислоты, сосудистые препараты и т.д.;

– Астенические состояния, парестезии, связанные с дефицитом витаминов и микроэлементов. В этом случае тонизирующие препараты также будут недостаточно эффективны, а результат лечения будет лучше, если клинический психотерапевт назначит витаминотерапию. Но даже верно установленная в данном случае причина (астения или парес-

тезии вследствие гиповитаминоза) не является окончательной для назначения только витаминов или микроэлементов, так как признаки, характерные для гиповитаминозов могут возникать по разным причинам: (1) при неполноценном питании (в этом случае обязательным будет составление полноценного рациона питания); (2) при нарушенном всасывании (в этом случае обязательным будет лечение основного заболевания, приведшего к мальабсорбции); (3) при повышенном расходе витаминов на фоне перегрузок или болезней (в этом случае необходимо пересмотреть режим дня или организацию труда и отдыха); (4) при нарушении включения витаминов в обмен веществ, например, заболевания печени, гипотиреоз и т.п. (в этом случае необходимо лечение основного заболевания, приведшего к нарушению обмена веществ).

Таким образом, клиническому психотерапевту необходимо учитывать полноценность или неполноценность биологического уровня. И если пациент помимо психологической проблемы имеет биологическую или органическую «почву», то использование помимо психотерапии биологического лечения только качественно улучшат результат проводимого лечения. И в этом случае неправомерно утверждать, что какое-то лечение является основным, а какое-то – терapiей сопровождения. И психотерапия и биологическое лечение, являются самостоятельно полноценными и равнозначными.

Что касается психологического уровня, то в психотерапии и психологическом консультировании процесс диагностики помимо самой диагностики (клиническая беседа, клинико-психопатологическое или патопсихологическое интервью) с одной стороны представляет собой своеобразный сбор «рабочего материала» для будущей терапии, а с другой – часто является психотерапией. Психологическое диагностика, если речь не идет только о диагностических психологических тестах, представляет собой вмешательство в мир клиента, и хорошо когда это вмешательство является терапевтическим для него. В этом случае консультирование является диагностикой и одновременно терапией.

Социальный и духовный уровни также важны для диагностики причины болезни и формирования терапевтической стратегии. Любое изменение в жизни требует энергетических затрат для адаптации к новым условиям. Например, одинокой пожилой женщине с депрессией, развившейся после смерти мужа, необязательно начинать терапию с назначения антидепрессантов. Может быть достаточным коррекция ее социального уровня (устранение одиночества) – совет переехать пожить к детям, внукам или завести собаку, кошку.

Рассмотрим более подробно биологический уровень диагностической мишени.

### **Клинико-биологический уровень диагностической мишени**

Исследование взаимодействия между психическим и соматическим состояниями уже давно является зоной интереса психиатров, психотерапевтов и психологов. В меньшей мере этими вопросами занимаются соматологи. Такая ситуация придает некоторую односторонность проблеме, которая оформилась в «психосоматику», то есть науку о том, как «душа» влияет на «тело». Что касается обратных влияний, то хорошо изучены лишь тяжелые психические нарушения, связанные с соматической патологией, такие как делирий, деменция, амнестические нарушения. Существуют доказательства, что очень распространены и более «тонкие» влияния соматики на психическое состояние, которые повсеместны и обычно не достигают нозологического уровня. Так, в литературе и в наших ранее опубликованных исследованиях (Россинский Ю.А. Валивач М.Н. 2000) было показано, что уровни андрогенов крови определяют выраженность полового влечения у подростков женского пола, высокий уровень кортизола сочетается с более низкой агрессивностью, в свою очередь агрессивности способствовали высокие уровни андрогенов и низкий уровень кортизола. Дефицит некоторых витаминов и микроэлементов может приводить к астеническим, астено-невротическим состояниям, психовегетативным проявлениям.

Мы предлагаем биологический уровень диагностической мишени рассматривать с позиций трехуровневого подхода к оценке состояния здоровья. Впервые данный подход был использован М.Н. Валивачом (1998) при анализе причин оппортунистических инфекций. Трехуровневая диагностика вытекает из теоретических предпосылок, которые В.М. Дильман (1980) развил в процессе анализа механизмов старения. Онтогенетическая модель старения В.М. Дильмана показывает, как из постепенно нарастающих отклонений гомеостаза закономерно развиваются такие болезни пожилого возраста как атеросклероз, сенильная депрессия, артериальная гипертония, климакс, рак и др. Если подойти шире, то все хронические и частые болезни можно рассматривать как следствие отклонений систем гомеостаза в широком его понимании.

Гомеостаз – это стремление организма сохранять постоянство внутренней среды. Есть системы гомеостаза очень широкого плана, оказывающие влияние на все системы и органы, например, вегетативная нервная система, эндокринные органы, системы, регулирующие водно-солевой обмен, обмен глюкозы, температуру тела и пр. Есть более локальные системы гомеостаза, такие как цилиарный эпителий, сурфактант, выработка мокроты и кашлевой рефлекс, обеспечивающие непрерывную очистку дыхательных путей. Самой совершенной и интегративной системой гомеостаза является высшая

нервная деятельность. Однако гомеостаз на уровне целостного организма и отдельных органов невозможен без нормального функционирования индивидуальной клетки. Генетические нарушения, действие радиации, химических и ряда физических факторов окружающей среды, недостаток питательных веществ, все это сказывается на работе клеток, а лишь затем - органов и организма.



Рис. 1.

На рисунках отражен общий принцип работы концепции трехуровневой диагностики. На рисунке № 1 показано, что на тот или иной сектор первого уровня опираются несколько секторов второго уровня, а на каждый сектор второго уровня опирается несколько фенотипических проявлений третьего уровня. В реальности дело обстоит еще сложнее. Каждый сектор нижнего уровня, так или иначе, касается всех секторов более высокого уровня, но своим специфическим образом. Наоборот, состояние верхнего уровня оказывает влияние на ниже расположенные уровни. Например, гипотиреоз (нарушение на втором уровне) резко нарушает обмен на первом уровне.

«Западение» одной из систем гомеостаза может вызвать несколько специфических «западений» на уровне внешних проявлений (фенотипа). «Западение» на первом уровне сопровождается некоторыми специфическими проявлениями на втором и третьем уровнях. Клинический анализ обычно ка-

Мы предлагаем рассматривать нарушения на уровне клетки генетического и приобретенного характера в качестве первого уровня. Вторым уровнем нарушений рассматриваются отклонения в системах гомеостаза. Наконец, третий уровень это болезни в их нозологическом понимании или, иначе, фенотип.

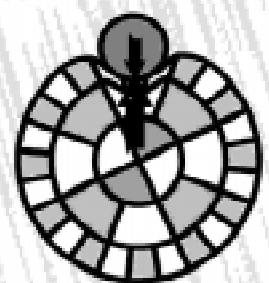


Рис. 2.

сается внешних проявлений болезней. Тем не менее, их специфические сочетания могут указывать на внутренние патогенетические механизмы, также как анализ нарушений двигательной сферы и чувствительности позволяет производить топическую диагностику нервных болезней.

На рисунке № 2 отражено, что здоровый организм устойчив к влиянию повседневных внешних вредностей. Воздействие экстремального фактора (рисунок № 3) вызывает временные нарушения (острое заболевание, реакция на стресс). Одновременно включаются механизмы резистентности, позволяющие избавиться от болезни. Можно, однако, добавить, что в случае, если воздействие чрезвычайного фактора окажется затяжным, то это может привести к истощению механизмов сопротивления и оставить «деформации» на одном или нескольких уровнях. Таким образом, может сформироваться предрасположенность к рецидивирующему заболеваниям.

**"НОРМАЛЬНЫЙ" ОРГАНИЗМ  
+ ЭКСТРЕМАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ =  
ОСТРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ**



**ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ**

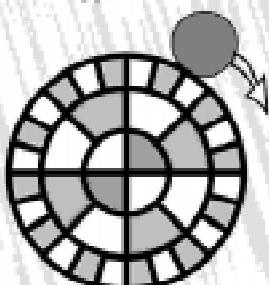


Рис. 3.

**Реабилитация**



**Лечение**



Рис. 4.

На рисунке № 4 показано, что организм с нарушенным гомеостазом (например, со снижением иммунитета) «засоряется» условно вредными факторами внешней среды (например, оппортунистические инфекции). Существует два подхода к таким больным. Первый – это лечение, направленное на удаление вредных факторов. Второй подход – это реабилитация, то есть попытка восстановления механизмов сопротивляемости. Эти подходы должны дополнять друг друга.

Если рассматривать поведенческие особенности, психовегетативный синдром, астенические состояния, различные внешние проявления некоторых форм расстройств психической адаптации (РПА) у подростков, как фенотип, то есть, изменения третьего уровня, то лежащие в их основе гормональные отклонения следует рассматривать как особенности систем гомеостаза или – второго уровня. Взаимосвязи между состоянием систем гомеостаза и генетическими особенностями, дефицитами витаминов и микроэлементов следует рассматривать как особенности первого уровня.

В наших ранних исследованиях, мы выявили, что среди подростков с расстройством психической адаптации (РПА) гораздо больше встречается тех, кто имеет полигиповитаминозы (нарушения первого уровня). У подростков с гипоталамической неустойчивостью чаще встречались признаки гиповитаминозов А, В<sub>2</sub> и В<sub>6</sub> (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский 2000, 2001, Ю.А.Россинский, 2001). Витамин А в форме ретинилфосфата уча-

ствует в синтезе гликопротеидов, витамин В<sub>2</sub> оказывает влияние на энергетический обмен, обмен липоидов и аминокислот, а витамин В<sub>6</sub> через зависящие от него ферменты (трансаминазы и декарбоксилазы) участвует в обмене серосодержащих аминокислот, триптофана и гема (Т.Ш.Шарманов с соавт., 1991). Витамин А также имеет большое значение во взаимодействии организма со стероидными гормонами и гормонами щитовидной железы (King M.W., 2000). Показано влияние рибофлавина наmonoаминооксидазу (Sourkes T.L., 1980). Пиридоксин обнаруживает способность регулировать высвобождение гормонов гипофиза за счет стимуляции допамиnergических путей (Delitala G et al., 1976, Blum I. et al., 1980). Кроме этого пиридоксин регулирует реагирование периферических клеток на стероидные гормоны (Keller B.T. et al., 1982). Таким образом, каждый из этих витаминов может вызывать проявления гипоталамического или психовегетативного синдрома как непосредственно, за счет нарушения обмена в нервных клетках дienceфальной зоны, так и опосредованно, нарушая синтез периферических гормонов с вторичной реакцией со стороны гипоталамуса. Симптомокомплекс гиповитаминоза В<sub>6</sub>, помимо гипоталамического синдрома, коррелировал с признаками надпочечниковой гиперандrogenемии, а также нарушениями барьерных свойств эпителиальных тканей и иммунопатологическими нарушениями, а симптомокомплекс дефицита витамина А сочетался с нарушением барьерных тканей. Данные при-

меры указывают на связь первого уровня (витаминно-клеточный обмен) со вторым (периферические гормоны) и третьим (психовегетативные проявления, гипоталамический синдром).

Также, ранее мы указывали, что наиболее яркие поведенческие отклонения у подростков женского пола были связаны с гиперандrogenемиями, а среди гиперандrogenемий преобладали надпочечниковые (повышенный уровень 17-ДГЭА сульфата) и, в свою очередь, определялась связь гиперандrogenемий с признаками, характерными для гиповитаминоза А. Кроме этого, у лиц с надпочечниковой гиперандrogenемией чаще регистрировались симптомы дефицита пантотеновой кислоты. Как отмечает Т.Ш.Шарманов с соавт., (1991), предшественником всех стероидных гормонов является ацетилхолин, а пантотеновая кислота участвует в синтезе, окислении и превращении жирных кислот и стеринов (холестерин, стероидные гормоны). Для подростков с характеристиками гиповитаминоза В<sub>2</sub> были свойственны такие нарушения систем гомеостаза как вегетативная неустойчивость и, в частности, проявления психовегетативного синдрома, гиперкортицизма, а также склонность к иммунопатологическим нарушениям и нарушениями барьерных свойств эпителиальных тканей (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский 2000, 2001).

Витамин РР в форме НАД и НАДФ участвует в окислительно-восстановительных реакциях (Шарманов Т.Ш. с соавт., 1991) и, следовательно, затрагивает функции всех органов и тканей. В нашем исследовании симптомокомплекс гиповитаминоза РР сочетался с замедлением полового созревания, с более низким содержанием пролактина, а также с нарушением барьерных свойств эпителиальных тканей (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский 2000, 2001).

Биотин требуется для образования ферментов ацетил-коэнзим А карбоксилазы и пируват карбоксилазы, которые принимают участие в реакциях карбоксилирования (King M.W., 2000). Выявленные нами признаки, характерные для дефицита биотина, коррелировали с менее выраженным половым оволосением и нарушениями со стороны барьерных тканей (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский 2000, 2001).

Пантотеат требуется для синтеза коэнзима А и участвует в обмене углеводов, жиров и белков. В настоящее время известно не менее 70 ферментов, для работы которых необходима пантотеновая кислота (King M.W., 2000). Симптомокомплекс характерный для дефицита пантотеновой кислоты, коррелировал с надпочечниковой гиперандrogenемией. Регистрировались нарушения барьерных свойств эпителиальных тканей и иммунопатологические нарушения (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский 2000, 2001).

В большинстве исследуемых случаев снижение гемоглобина, было связано с железодефицитной анемией и, следовательно, с дефицитом железа.

Железо входит не только в состав гема, но также является компонентом множества ферментов и вмещивается во многие виды веществ. Сниженный уровень гемоглобина коррелировал с повышением ЛГ и пролактина, а также с иммунологической недостаточностью (М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский 2000, 2001).

Дефицит витамина В<sub>12</sub> приводит к нарушению деления клеток, а также к обменным нарушениям в нервных клетках (Шарманов Т.Ш. с соавт., 1991). Одним из проявлений нарушенного деления клеток является накопление старых нейтрофилов, имеющих более 5 сегментов в ядре. Группа подростков, имеющих гиперсегментированные нейтрофилы, была склонна к яичниковой гиперандrogenемии в результате нарушенного соотношения между лютеинизирующими и фолликулин-стимулирующими гормонами. Такая гиперандrogenемия носит «центральный» (нарушения на уровне гипоталамус-гипофиз), а не периферический (яичники) характер. Можно допустить, что причиной являются обменные нарушения в нервной ткани. Помимо этого регистрировались признаки гуморального иммунодефицита, характерные для дефицита витамина В<sub>12</sub> (Валивач М.Н., 1998).

Выше мы показали связь и влияние первого и второго уровней. Что же касается взаимосвязей второго и третьего уровней (влияние гормонального статуса на психологические и поведенческие характеристики), выявленных в наших ранних исследованиях у подростков, мы приводим ниже.

В соответствии с данными литературы, выраженная гипоэстрогенное состояние коррелировала со снижением агрессивности в тестах «Басса-Дарки» и по оценкам школьных учителей. Клинические проявления гиперкортицизма достоверно предрасполагали к употреблению алкоголя, более позднему половому развитию и более низкой агрессивности. Характерной особенностью этих подростков было неврологическое неблагополучие и склонность к повышенному нервно-психическому напряжению. Другой особенностью была предрасположенность к дефициту IgA со склонностью к разнообразным инфекциям. Одновременно в данной группе в 100% случаев регистрировались признаки гипотиреоза, который можно рассматривать как первичное состояние в местности эндемической по дефициту йода. Известно, что снижение функции щитовидной железы может привести к депрессии, а применение гормонов щитовидной железы эффективно у многих больных с эндогенной депрессией (Prange A.J., 1996).

Надпочечниковая гиперандrogenемия у подростков, не имеющих признаков гиперкортицизма, была достоверно связана с раздражительностью, изменением продолжительности менструального цикла, более ранним возникновением полового желания, что соответствует литературным данным

о положительном влиянии андрогенов на либидо. У подростков имеющих признаки надпочечниковой гиперандrogenемии на фоне гиперкортицизма

отмечалось более раннее пробуждение сексуальности и большая половая активность. Отмечались также гомосексуальные тенденции.

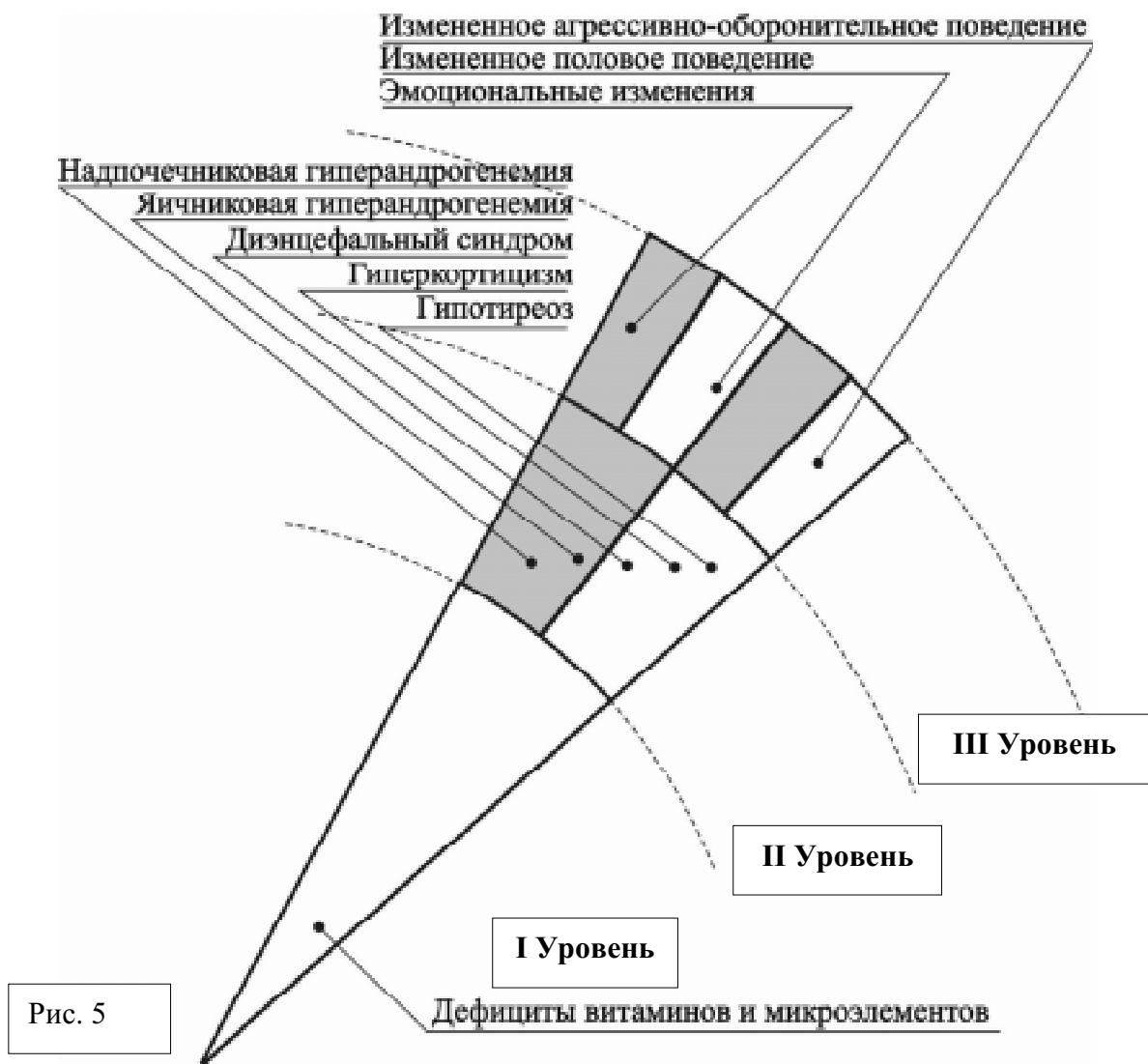


Рис. 5

Повышение уровня тестостерона выше нормы в сыворотке крови (склонность к гиперкортицизму с надпочечниковой гиперандrogenемией) достоверно коррелировали с более ранним пробуждением сексуальности и большой половой активности. В этом случае в 13.7 раза возрастал шанс развития нервно-психического напряжения. Психологические особенности характеризовались также большей предрасположенностью к употреблению наркотиков.

В качестве заключительного примера мы приводим рисунок № 5, где схематически показан трехуровневый подход к анализу соматопсихических влияний.

**Резюме.** Подводя итог данному разделу, можно сказать следующее:

§ Биологические факторы, играют важную роль в психологических, поведенческих особенностях и адаптивных возможностях индивидуума;

§ Нарушение биологического звена может привести к дезадаптивным формам реагирования и в результате к расстройствам психической сферы личности;

§ Психическая адаптация, как одна из высших форм гомеостаза организма человека, тесно взаимосвязана с физиологическим гомеостазом;

§ Гормональная система, особенно в период полового созревания, оказывает существенное влияние на психические процессы личности;

§ В свою очередь гормональный уровень и его нормальное функционирование зависит от состояния клетки, обменных процессов на клеточном уровне (гиповитаминозы, микроэлементозы);

§ Все эти три уровня: уровень внешних проявлений (поведение, эмоции, вегетативные проявления и т.д.), уровень физиологического гомеостаза (железы внутренней секреции, т.е. гормональный уровень, вегетативная нервная система) и кле-

точный уровень (обменно-энергетические процессы клетки, витамины, микроэлементы) тесно взаимосвязаны друг с другом и оказывают взаимовлияние друг на друга;

§ Для комплексной оценки и диагностики некоторых «пограничных» расстройств (астенические, астено-невротические состояния, психовегетативные проявления), расстройств психической адаптации, особенно связанных с пубертатом или вызванным им, целесообразно использовать трехуровневый подход, в оценке этих состояний;

§ Трехуровневый подход в оценке «пограничных» расстройств (астенические, астено-невротические состояния, психовегетативные проявления), расстройств психической адаптации позволяет более дифференцированно и качественно выстраивать терапевтическую стратегию данных расстройств, а также определять комплекс профилактических и реабилитационных мероприятий.

#### Литература:

1. Валивач М.Н., Россинский Ю.А. Гипоталамус и нарушение психической адаптации у девочек-подростков. Вопросы ментальной медицины и экологии. Москва-Павлодар, т. VII, № 2, 2001;

2. Валивач М.Н., Россинский Ю.А., Гаськов А.П. Связи психологических и поведенческих характеристик с биологическими, культуральными и социальными влияниями (по материалам исследования девочек-подростков г. Павлодара). Вопросы ментальной медицины и экологии. Москва-Кустанай, т. VI, № 3, 2000, с. 58-72;

3. Дильтан В.М. Четыре модели медицины. – Л.: 1987. – 288 с.;

4. Россинский Ю.А., Валивач М.Н., Гаськов А.П.,

Ровенский С.Е., Джунусов Г.А. Соматопсихические взаимосвязи у девочек-подростков г. Павлодара. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, № 2 (20), 2001, с. 30-39;

5. Россинский Ю.А., Валивач М.Н., Гаськов А.П., Ровенский С.Е., Джунусов Г.А. Анализ соматопсихических влияний у девочек-подростков г. Павлодара. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Материалы X научной отчетной сессии, посвященной 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН / Под ред. академика РАМН В.Я.-Семке. Выпуск 10, Томск, 2001, с. 19-21;

6. Шарманов Т.Ш. с соавт. // Малая Медицинская Энциклопедия. 1991. - С. 325-328;

7. Blum I., Segal S., Kaufman H., Sagiv M., Shalit M., Chowers I. Superiority of bromocriptine over pyridoxine in the treatment of patients with acromegaly or galactorrhea. *Isr J Med. Sci.*, 1980 01, 16: 1, 12-6;

8. Delitala G., Masala A., Alagna S., Devilla L. Effect of pyridoxine on human hypophyseal trophic hormone release: a possible stimulation of hypothalamic dopaminergic pathway. *J Clin Endocrinol. Metab.*, 1976 03, 42: 3, 603-606;

9. Keller B.T., Landes G.M., Kitos P.A. Evidence for more than one mechanism of action of the glucocorticoid hormones. *Biochim Biophys Acta*, 1982 00, 717: 2, 228-35;

10. King M.W., Ph. D / Medical Biochemistry/Terre Haute Center for Medical Education / Last modified: Friday, 16-Jun-00 10:23:32;

11. Prange A. Jr: Novel uses of thyroid hormones in-patients with affective disorders. *Thyroid*, 1996 Oct, 6:5, 537-43;

12. Sourkes T.L. Some current matters of monoamine oxidase biochemistry. *Schizophr. Bull.*, 1980 01, 6: 2, 289-91;

---

---

## ПСИХИАТРИЯ

### СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ НИЖНЕЙ ПАРАПЛЕГИИ С КОНТРАКТУРОЙ СУСТАВОВ У БОЛЬНОГО С КАТАТОНИЧЕСКОЙ ПРОФ-ШИЗОФРЕНИЕЙ С ВТОРИЧНОЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Л.И. Дахова, И.Ю. Ахунджанова

Широкое использование бутирофенолов при купировании галлюцинаторных проявлений определяет актуальность освещения проблемы осложнений. Зачастую побочные явления неизбежны, но чаще наблюдаются в форме легких и преходящих нарушений.

Рассматриваемый случай интересен тем, что выражены общетоксические действия галопериодала (экстрапирамидные расстройства), возникавшие на всех этапах лечения и претерпевавшие определенный яткочленный патоморфоз, вызвали экзацербацию ранее не зафиксированного шизофренического процесса и определения трудности дифференциальной диагностики, длительность и сложность лечения. Предпосылками к непереносимости нейролептиков явилась родовая травма, очевидно обусловленная дефектом нейрональных структур и медиаторного обмена, приведшая к обратимой психофафмакологической энцефалопатии:

- **Больной Ж., 18 лет**, госпитализирован в психическое отделение 8.11.01г. с выраженной кахексией, мутизмом, негативизмом, трепетом тела, нарушением глотания, отказом от еды. Инвалид 2 группы по олигофрении. Из анамнеза известно, что родился в семье служащих, старшим из 3-х детей. Беременность у матери с выраженным токсикозом, роды длительные, родился в асфиксии. Род тихим, отставал в развитии: сидит с 2-х лет, ходит с 3-х лет, фразовая речь с 4 лет. Воспитывался дома. В школу пошел с 7 лет, трижды дублировал 1-ый класс, чтение и письмо не усвоил. Формально окончил 4 класса. Малообщителен, друзей не имел, вспыльчив, обидчив, неуступчив. Дважды госпитализировался в ОПНД, но курсовое лечение нейролептиками не получал. Физически здоров, но неуклюж, моторные навыки не развиты, неопрятен. С 2000 года было замечено, что разговаривает сам с собой, стал более конфликтен, смеялся без причин. Госпитализирован 23.07.2001 года по 17.09.2001 года с ДЗ: олигофрения с галлюцинаторными включениями. Получал лечение: Галоперидол 7,5-10 мг в сутки (42 дня); Циклодол 2-6 мг в сутки. В поведении малообщителен, сонлив, постоянно озирался, слышал внутри головы мужские и женские «голоса», иногда отвечал им тихим голосом. Заставал в одной позе. Побочные явления

появились остро, в первый день поступления развелся большой судорожный припадок с тоническим и клоническими судорогами, на 6-7 день – акинето-регистрирующий синдром, через неделю появилось слюнотечение, усилилась заторможенность; субстуородные явления чередовались дурашливостью. К окончанию лечения галлюцинаторные расстройства стали реже, дезактуализировались. Выписан в удовлетворительном состоянии, с отмеченной нейролептиков и рекомендацией приема фенозепама. Дома вскоре развился синдром «отмены» (ухудшение псих. состояния выражалось нарастанием галлюцинаторно-кататонической симптоматики с мутизмом, негативизмом, отказом от еды; выраженными экстрапирамидными расстройствами – трепетом тела, таксикинезии, акатезии). Несмотря на достаточное лечение – циклодол, кофеин, кардиамин, аскорбиновая кислота, валиум, глюкоза, состояние ухудшалось, больной значительно потерял в весе, самостоятельно не передвигался.

8.10.2001 года больной Ж. вновь поступает в ОПНД на носилках, с выраженной дисрофией, артериальной гипотонией, нарушением глотания, таузовыми расстройствами, трепетом конечности. При осмотре выявлены сгибательные контрактуры локтевых и коленных суставов, нижняя параплегия и арефлексия, установочно средним размашистым нистагмом при взгляде справа, девиацией языка влево. НА ЭЭГ – легкие изменения б/з активности головного мозга регуляторного характера. ЭХО-ЭГ – без особенностей. РЭГ – Затруднение венозного оттока по гипертоническому типу. Заключение НЕВРОПАТОЛОГА: Вторичная энцефалопатия. Консилиум психиатров: Проф-шизофрения. Лечение: Кофеин п/к курсом: Пирацетам, рибоксин в/в; Аскорбиновая кислота капельно на Глюкозе; Кавинтон капельно курсом; Гемодез; Реланиум в/в; ГОМК в/в капельно; Тиосульфат НА в/в; Витамины группы В; Массаж; ЛФК; Очистительные клизмы. Кормление дробное, жидкой пищей с рук мед. персонала, зондовое кормление не применялось. По возобновлении функции глотания был назначен рисполепт 1 мг в сутки, Фенозепам 0,5 мг н/ночь, циклодол 6 мг в сутки. Появились движения рук, мимика оживилась, шевелил губами, мычал. В даль-

нейшем динамика замедлилась. В течении месяца нуждался в тщательном соматическом уходе, выведением мочи катетером, клизмах, кормлением, при увеличении доз рисполепта до 3 мг в сутки увеличились акинето-рэгидные расстройства (коррекция, реополиглюкин, циклодол, кофеин). Первыми восстановились движения локтевых суставов, пальцев рук, но ложку держал неуклюже, был неопрятен (три месяца лечения), эмоционально стал живее, отвечал на обращенную речь, охотно сидел в инвалидной коляске. 28.12.01 г. Отмечается повышение аппетита, прожорливость, восстановление речи и продуктивного общения, высказывал жалобы на боль в ногах, сообщал, что слышал «голоса» в голове, иногда смеялся без причины, пласал, доза рисполепта до 2 мг в сутки. При попытки тренировки навыков хождения отказывался: «Пожалуюсь Назарбаеву, вас всех уволят». 18.02.02 г. назначен трифтазин 5 мг в сутки, психотические расстройства купированы, хотя иногда конфликтовал с мед. персоналом и больными, пытался ударить рукой, демонстративно мочился и испражнялся под себя. При психологическом обследовании обнаружено: ограничение объема знаний, эмоциональное обеднение, нарушение операциональной стороны мышления в виде искажения процесса обобщения и паралогических суждений. Движения в ногах восстановились частично, ходил с поддержкой, мышцы голени, бедер атрофированы. Выпи-

сан домой с рекомендацией приема рисполепта 2 мг в сутки, продолжение массаж ЛФК.

Таким образом, нами описан случай шизофрении, возникшей в раннем возрасте на фоне отставания в развитии и олигофрениоподобным дефектом на органически неполночленной почве (Асфиксии в родах) и при применении нейролептиков осложнившийся различной экстрапирамидной симптоматикой на фоне галлюцинаторно-кататонических явлений и синдрома «отмены». Тяжесть длительности осложнений, массивность необходимой терапии, психологической травматизации пациента и родных – факты, указывающие на актуальность и значимость освещения подобных случаев в работе практического психиатра.

#### Литература:

1. Чазов Е.И. Справочник по оказанию скорой неотложной помощи. – Москва, 1974.
2. Аврутский Г.А. Лечение психически больных. – Москва, 1971.
3. Бочерников Н.И. Клиническая психиатрия. – Киев, 1989.
4. Бурзазян Г.А. Психофармакотерапия. – Ереван, 1985.
5. Спивак Л.И., Радский В.Р., Виленский Б.С. Осложнение психофармакологической терапии. – Ленинградское отделение, 1988.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.Н. Дюсембеков, Н.Н. Фонарева, Л.Ф. Джапаридзе,  
М.В. Бабенко, В.Г. Ковтун, И.Л. Джапаридзе

Больные с психическими расстройствами наряду с основной патологией страдают разнообразными заболеваниями внутренних органов, о чем свидетельствуют работы Э. Крепелина, М.И. Аствацатурова, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина. Исследования, проведенные на базе Областного Объединения «Психиатрия» выявили наличие разнообразной патологии внутренних органов у психических больных. Структура патологии внутренних органов выглядит следующим образом:

1. Болезни крови, кроветворных органов – 26 (1,2%);
2. Эндокринные болезни, расстройство питания и обмена веществ - 180 (8,3%);
3. Болезни системы кровообращения - 903 (41,2%);
4. Болезни органов дыхания - 303 (13,8%);
5. Болезни органов пищеварения - 269 (11,3%);
6. Болезни костно-мышечный системы

и соединительной ткани - 115 (5,3%);

7. Болезни органов мочевыделения - 108 (4,9%);
8. Поражение внутренних органов вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотики) - 286 (13,1%);

**Всего: - 2190 (100%).**

Как видно из вышеприведенных данных первое место по частоте проявлений занимают болезни сердечно-сосудистой системы, что составляет 41,2% от общего числа заболеваний внутренних органов у психических больных.

Диагностика заболеваний системы кровообращения зачастую затруднена в связи с малой дифференцировкой жалоб со стороны больного. Жалобы, как правило, носят аморфный характер с выраженным астеноипохондрическим акцентом. У психических больных жалобы на соматическое неблагополучие неразрывно связаны с психическим состоянием больного – часто нет возможнос-

---

---

ти разграничить соматические жалобы от психических проявлений.

К сожалению, собираемый анамнез малоинформативен. Наличие или отсутствие патологии сердечно-сосудистой системы определяется только при комплексном анализе данных объективного осмотра и клинико-инструментальном исследовании. В равной степени выше описанные проявления касаются течения всех заболеваний внутренних органов, но особое значение приобретают при заболеваниях системы кровообращения.

Обращает на себя внимание тот факт, что при острых сердечных и сосудистых катастрофах (инфаркт миокарда, гипертонический криз, пароксизмальные нарушения сердечного ритма, нарушения мозгового кровообращения) происходит смена болезненного радикала: патология со стороны внутренних органов и сосудистой системы меняет проявления основного заболевания в 72% случаев. Психические больные, до этого возбужденные и по бредовому мотиву тревожные, становятся спокойными; многоречивые, подвижные и экстравертированные – замолкают; у некоторых вдруг резко редуцируются или полностью исчезают бредовые и галлюцинаторные переживания; у ипохондрических резко меняется характер жалоб – прежние диффузные сенестопатии сменяются жалобами на конкретные патологические ощущения, соответствующие клиническим особенностям и локализации соматического патологического процесса.

Таким образом, распознание острого состояния зависит от бдительности медицинского персонала, отмечающих изменения в поведении больного, а также постоянной настороженности лечащего врача при немотивированной резкой смене психического состояния.

Структура болезней системы кровообращения у психических больных, по данным нашего учреждения, выглядит следующим образом: хронические ревматические болезни сердца (94), гипертоническая болезнь (53), ишемическая болезнь сердца (124), в том числе острый инфаркт миокарда (3), стенокардии (13), другие формы ИБС (23); церебро-васкулярные болезни (157), нейро-циркуляторные дистонии (475), всего (903).

При остром инфаркте миокарда (3), пароксизмальных нарушениях ритма (5) оказывалась неотложная помощь в условиях психиатрического стационара, и проводился экстренный перевод больного в специализированную кардиологическую клинику.

Как видно из вышеприведенных данных значительную часть составляют болезни, связанные с циркуляторными нарушениями.

Эта группа заболеваний формирует, в дальнейшем, сосудистую энцефалопатию, проявляющуюся астено-невротическим симптомокомплексом,

очаговыми поражениями головного мозга, среди которых превалируют (82%) нарушения функций черепно-мозговых нервов, нарушениями координации и статики, изменениями в рефлекторной сфере.

Следует отметить наличие большой частоты возникновения вегетативных дистоний (нейроциркуляторных дистоний, вегето-сосудистых дистоний) у психических больных, которые составляют 475 случаев или 52,6% от числа заболеваний системы кровообращения. Данный симптомокомплекс является наиболее часто встречающимся у больных с самой различной психопатологией; с неврозами, органическими поражениями головного мозга, эпилепсией, шизофренией, алкоголизмом, наркоманией. Расстройства сердечно-сосудистой системы при нейроциркуляторной дистонии являются функциональными. Больные предъявляют массу жалоб на различные болезненные и дискомфортные ощущения в прекардиальной области, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, колебания АД. Эти симптомы сопровождают страх, тревогу, беспокойство, внутренне напряжение или, в ряде случаев, предваряют их. Таким образом, нарушения вегетативного тонуса неразрывно связаны с различными психопатологическими состояниями, сопровождают их и вносят свои особенности в клиническую картину психического заболевания.

Интересен факт возникновения нейроциркуляторных дистоний у больных психиатрического стационара при повышенной чувствительности их к приему нейролептиков и антидепрессантов. Иногда, на фоне приема высоких, реже – средних доз этих препаратов возникает тахикардия, общая мышечная слабость, возможна гипотония. Расстройства вегетативного тонуса теряют остроту и значительно уменьшаются при снижении доз нейролептиков и антидепрессантов, однако, если психотропные средства необходимы больному по его психическому состоянию, применяют вегетостабилизаторы и бета-блокаторы.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются у психических больных с той же частотой, что в общей лечебной практике, и занимают ведущее место.

Наличие соматической патологии отражается на клинике и течении психического заболевания. Клинические проявления и диагностика заболеваний органов у психических больных имеют специфический характер, требуют всестороннего обследования соматической сферы.

Наличие заболеваний внутренних органов «подавляют» психотические проявления, и могут ухудшать психический статус больного, поэтому правильная и своевременная коррекция соматической патологии позитивно сказывается на течении и исходе психического расстройства.

---

---

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТАМИНА В ОТДЕЛЕНИИ НЕВРОЗОВ И ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

В.Н. Дюсембеков, Н.Н. Фонарева, М.В. Бабенко,  
О.Г. Трушкова, Л.Ф. Джапаридзе, В.Г. Ковтун

За период 1999-2001 г.г. в отделение поступило 1620 больных (соответственно 492-543-585), из них 57 (3,5%) страдали алкоголизмом с различными невротическими и психосоматическими расстройствами. Все 57 человек направлялись на лечение по поводу декомпенсации резидуально-органического поражения головного мозга, психопатоподобного синдрома, невротической депрессии. Эти больные скрывали злоупотребление алкоголем и только в ходе стационарного обследования, а также используя информацию, сообщенную родственниками удавалось выявить наличие у них алкоголизма. В данной группе больных (57)-45 мужчин и 12 женщин. По возрасту: до 20 лет - 3 человека, до 25-6, 26-30-11, 31-35-10, 36-40-16, старше 40 лет - 13 человек. Давность заболеваемости от 3-15 лет. Течение болезни у всех больных к моменту поступления имело затяжной характер. Ранее по поводу алкоголизма не лечился никто. Психопатологическая картина характеризовалась стабильностью и устойчивостью к медикаментозной терапии.

Как правило, на первом этапе лечения всем больным проводилась детоксикационная терапия гемодиализом, 5% глюкозой, физиологическим раствором, большими дозами витаминов группы В, С, пирацетамом в/в, сернокислой магнезией, инсулином в малых дозах. В одной группе больных (31 человек) с преобладающими неврозоподобными расстройствами, депрессивными нарушениями назначались транквилизаторы в больших дозах (реланиум 40 мг в/в, седуксен 40 мг в/в.) в течение 3-5 дней, грандаксин в сочетании с антидепрессантами (амитриптилин, эглонил, лароксил).

Вторая группа больных (12 человек) с целью коррекции сна и психопатоподобного поведения в течение первых 3-5 дней получала аминазин в/м до 400 мг в сутки.

Третьей группе больных (14 человек) ослабленным, с выраженным астеническим симптомокомплексом, особенно астено-ипохондрического и астено-сенестопатического ее вариантов, а также при сопутствующих алкоголизму соматоневрологических заболеваниях назначались иммуностимуляторы (пирогенал, сульфозин), а также проводилась аутогемотерапия и ее модифицированная методика с использованием аутогемолизированной крови. Для купирования аффективных расстройств, вегетативных дисфункций алкогольной природы нами применялась немедикаментозная терапия. Она включает, по показаниям, иглорефлекстерапию, фитотерапию, физиолечение.

С первых дней работы с пациентами и на всех этапах лечения проводилась психотерапия. Ее цель восстановить ресурсное состояние страдающего алкоголизмом, научить его достаточно комфортно себя чувствовать без алкоголя, выработать равнодушие к спиртным напиткам, обучить приемам переключений, аутогенной тренировке. Нами отмечено, что при таком клинико-патогенетическом подходе ускорена редукция абstinентной симптоматики, быстро наступает успокоение, ослабление интенсивности патологического влечения к спиртному, улучшение аппетита и сна, при этом сокращаются дозы традиционно назначаемых медикаментов (психотропные, снотворные и др.).

На втором этапе лечения 21 больному проводилась традиционная сенсибилизирующая терапия производными нитрофурана: фурадонин, фуразолидон, метронидазол, дисульфидам, колме (цианамид). Наш интерес вызвала вторая группа. С согласия больных и родственников нами у 36 больных из 57 проводилось лечение кетамином. С учетом известных противопоказаний препарат не назначался больным с нарушениями мозгового кровообращения, при выраженной гипертонии, при тяжелой декомпенсации системы кровообращения, судорожным синдромом.

После обязательного предварительного курса нейролингвистического программирования (НЛП) с использованием техник изменяющих субмодальность восприятия, производилось внутривенное введение кетамина в дозе 0,4 до 0,8 мг/кг массы больного (в зависимости от цели психотерапевтического воздействия). Перед введением препарата и каждые 15 минут в течение последующих 4-х часов определялись частота пульса, АД, частота дыхания. Кетамин назначался от 1 до 5 инъекций на курса с промежутком через день.

После введения кетамина у всех больных в течение 1-6 минут отмечались быстро нарастающие явления помрачения сознания, в это время проводился сеанс императивной гипнотерапии – на фоне ярких гипногенных галлюцинаций (достигающих ощущений реально происходящего) проводилось основное суггестивное воздействие врача на пациента. Свойство кетамина вызывать сильные отрицательные эмоции позволяет насыщенные личностные переживания больного переносить на «объект» психотерапевтического воздействия (фобии, алкоголь, наркотики и т.д.). Фактически кетамин за счет активизации зрительных центров позволяет вести сеанс на уровне «управляемого сно-

видения», что позволяет достигать выраженного эмоционального отклика у пациентов. На этом этапе работы очень важно вызвать элективную амнезию содержания внушения. По мере снижения концентрации лекарственного средства в крови начинается следующий этап психотерапевтической работы: императивная гипнотерапия заменяется методикой недирективного эриксонианского гипноза с использованием техник НЛП. Проводится «размывание» импринтинга пациента с использованием позитивных целей смысла и ценностей жизни. Следует отметить, что кетамин преимущественно ориентирован на личностно и интеллектуально сохранных больных. Он может быть использован как катализатор психоаналитически ориентированной психотерапии. В дальнейшем в течение 5-10 часов у больных сохранялись астенические проявления: вялость, сонливость, повышенная истощаемость психических процессов.

В ходе терапии кетамином ни у одного больного не наблюдалось каких либо выраженных токсических воздействий на органы и системы, не отмечалось гомеостатических нарушений, которые требовали бы дополнительных мероприятий по их устранению. Учитывая высокую психоэмоциональную напряженность во время проведения сеанса, у 10% больных отмечалась умеренная тахикардия (частота сердечных сокращений увеличилась на 15-24%, достигая в отдельных случаях 104 уд./мин.), у 7,2 - возрастало АД на 20-30% и достигало максимально 170/100 мм рт.ст.; у 4%-психомоторное

возбуждение, что нивелировалось обычной релаксирующей суггестией.

На 3 этапе лечение заканчивалось по желанию больных или плацеботерапией «Торпедо» (14), или имплантацией препарата «Эспираль» (9), или модификацией «Блокирования» с применением в/в введения кетамина (32). Выбор вариантов зависел от желания пациента. Каждому больному, окончившему курс лечения, дается памятка, где приводился необходимый совет и капсула (плацебо), которая дает возможность пациенту самостоятельно «снять код» или выйти из «модели», если результат его не будет удовлетворять. В течение последующих 6-ти месяцев больные ежемесячно приглашались для контроля и психотерапевтических бесед.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют, что в общей массе пролеченных больных 3,5% составили больные с пограничными невротическими расстройствами, в структуре которых одним из патогенетических этиофакторов являлся алкоголизм. Знание этиопатогенетических моментов позволяет нам выявлять и лечить маскированный алкоголизм.

При ретроспективном анализе нами было выявлено, что более стойкие ремиссии (от 1 до 3 лет) удалось достичь в той группе больных, где проводилось лечение кетамином, и у больных в возрастной группе свыше 35 лет.

Обсуждая результаты лечения, мы пришли к мнению, что лечение кетамином является одним из методов выбора в терапии алкоголизма.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ, УРОВНЯ И ОСНОВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

д.м.н., проф. А.Л.Катков, к.м.н. Ю.А.Россинский

г. Павлодар

**1. Введение**  
Рассматриваемая в данном сообщении проблема индивидуального и социального психического здоровья имеет два актуальных аспекта: *клинико-эпидемиологический*, связанный с неконтролируемым ростом заболеваемости, болезненности и соответствующих экономических потерь; *социальный*, обусловленный снижением качества психического здоровья с сопутствующими артефактами кризисного социального развития.

Если последние десятилетия прошлого века проходили под знаком возрастающего внимания к первому из перечисленных аспектов – клинико-эпидемиологическому, с оправданным интересом к данной проблеме со стороны психиатров и организаторов здравоохранения, то второй, социальный аспект проблемы только лишь выходит на авансцен-

ну общественного внимания и требует мобилизующей активности всего гуманитарного сектора.

Изменение масштабов и перенос акцентов интереса к рассматриваемому вопросу связаны, на наш взгляд, с вынужденным осознанием того факта, что общим знаменателем непростых проблем, с которыми мировое сообщество вступает в третье тысячелетие (очевидное расслоение значительной части населения планеты по уровню и качеству жизни; перманентный социальный (включая экономический, идеологический и политический) кризис во многих густонаселенных районах мира; рост преступности, включая распространение мирового терроризма; изобилие локальных политических и вооруженных конфликтов; эпидемия наркомании и сопутствующего ВИЧ/СПИДа; резкое ухудшение экологической ситуации), является несостоятель-

ность социума в главной, самоорганизующей функции.

В условиях, когда степень агрессивности и нестабильности информационной среды постоянно возрастает, а базисные, адаптационные свойства (биологический потенциал) социума, напротив, ухудшаются, данное качество – способность к самоорганизации – выступает основополагающей характеристикой здоровья.

Таким образом, основной способ повышения уровня индивидуального и социального здоровья в постиндустриальную, информационную эпоху заключается в *развитии* самоорганизующих способностей человека, а не *охране* его биологического статуса.

В свете всего вышесказанного становится понятным особый интерес к категории психологического здоровья (которое еще можно обозначить и как качество психического здоровья), наиболее близкого и адекватного последней задаче.

Нами предлагается следующее определение данной категории: под *психологическим здоровьем* понимается способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстроменяющейся, агрессивной среде.

Здесь же уместно сказать и о синергетическом (холистическом) принципе взаимоотношений различных, условно-выделяемых категорий здоровья: интегрального (общего); соматического (телесного); психического (душевного) и психологического.

В современном, функционально-понятном значении данных терминов, сущность вышеназванных категорий здоровья предстает в качестве взаимообусловленных, взаимозависимых, взаимодополняющих фундаментальных способностей человека, обеспечивающих:

- присутствие в реальности как активного объекта (соматическое здоровье);
- взаимодействие с реальностью как полноценного субъекта (психическое здоровье);
- усвоение, переработки и генерацию информации, адекватно адаптирующей индивида и социум к быстро меняющейся среде (психологическое здоровье).

Совокупность вышеназванных способностей обуславливает реализацию фундаментальной функции самоорганизации, саморазвития, которая и выступает как категория общего, интегрального здоровья человека.

Естественным приоритетом в приведенной конструкции выступает феномен психологического здоровья. Ценность данной категории абсолютна, в то время как ценность (в том числе и экономическая) других категорий здоровья опосредуется через феномен психологического здоровья. То есть

современного человека телесное здоровье интересует в той степени, в которой оно обеспечивает реальность психологических феноменов, известных как качество жизни и как позитивная идея жизни.

Из всего сказанного закономерно выводится ряд методологических проблем, которые требуют немедленительного решения:

- разработка комплексной системы индикаторов, определяющих уровень и качество индивидуального и социального психического здоровья;
- определение основных способов эффективного воздействия на состояние и уровень индивидуального и социального психического здоровья;
- адекватное реформирование деятельности главных гуманитарных, социальных, медицинских субъектов в чью компетенцию входят непосредственные и опосредованные функции охраны и развития психического (в широком смысле) здоровья населения.

## 2. Методология исследования

С учетом всего вышесказанного общая цель исследования формулировалась нами следующим образом: обоснование, разработка и экспериментальная апробация современной концепции индивидуального и социального здоровья, а также полного комплекса условий, способствующих активному развитию данного важнейшего феномена.

### Основные задачи исследования:

- обоснование новой парадигмы в области подходов к формированию различных категорий здоровья, более адекватных современному этапу общественного развития (постиндустриальному, информационному);
- разработка системы промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих объемные и качественные характеристики феномена психического здоровья в соответствующих параметрах измерения;
- исследование динамики состояния и уровня психического здоровья населения РК в системе избранных индикаторов и параметров;
- определение главных составляющих категорий психологического здоровья;
- определение степени соответствия и взаимозависимости отдельных категорий здоровья (соматического, психического, психологического, интегрального);
- определение степени устойчивости населения к агрессивному влиянию внешней среды, в зависимости от уровня исследуемых категорий здоровья и степени выраженности свойств, составляющих категорию психологического здоровья;
- определение путей повышения эффективности системы охраны и развития психического здоровья населения;
- реализация эксперимента по реформированию системы охраны психического здоровья населения в отдельных регионах РК;

- 
- проведение комплексного анализа эффективности предлагаемых инноваций;
  - разработка целевых стратегий, программ, нормативных актов, способствующих масштабному внедрению наиболее эффективных инноваций.

Основные методологические сложности в исследовании обсуждаемой проблемы заключаются в определении и оценке качественной составляющей феномена психического здоровья, особенно экономических параметров данной категории.

В ходе разработки концептуальной части исследовательского проекта мы пришли к выводу, что данная ключевая задача имеет решение только лишь в русле холистического научного архетипа (междисциплинарных и внедисциплинарных подходов). Разрабатывая данное направление научного поиска, нам на ранних этапах удалось выявить и продемонстрировать сущностную, наиболее показательную и парадоксальную взаимосвязь между объемами экономических потерь, несомых обществом в связи с утратой психического и соматического здоровья (болезненность, заболеваемость) и теми потерями, которые обусловлены снижением качества психического здоровья. Парадокс заключается в том, что снижение качества психического здоровья населения (уровня психологического здоровья) не повышает, а, напротив, понижает общий объем потерь, несомых в связи с утратой психического здоровья. В метафорическом ключе данную ситуацию можно представить следующим образом: качество психического здоровья определяет реальный уровень котировок «основной валюты», в которой оцениваются потери, несомые в связи с психическими заболеваниями. Но чем более обесценивается «валюта» в кризисные периоды развития социума, тем меньше объем потерь, определяемых как стоимость утраченного здоровья. В то время, как именно в эти кризисные периоды закономерно отмечается рост показателей болезненности и заболеваемости.

Этим предварительным примером мы хотели подчеркнуть, что только с учетом оценочных параметров качества психического здоровья, использованием холистического научного архетипа и междисциплинарных подходов, возможен адекватный поиск сущностных ответов на непростые вопросы в сфере динамики показателей индивидуального и социального здоровья.

Конкретная методология нашего исследования включала два больших этапа.

На первом этапе нами разрабатывалась система индикаторов и параметров, оценивающих качественные и объемные характеристики феномена психического здоровья, определялась степень их адекватности в мониторинге динамики состояния и уровня психического здоровья населения.

На втором этапе исследования нами были идентифицированы основные составляющие феномена

психологического здоровья; определена степень взаимозависимости категорий соматического, психического и психологического здоровья; доказана правомерность ключевого тезиса новой концепции здоровья: степень устойчивости населения к агрессивным влияниям внешней среды тем выше, чем выше уровень психологического здоровья населения.

Дополнительно, нами были определены оптимальные средства и способы конструктивного воздействия на динамику формирования индивидуального и социального психического здоровья.

Использовались следующие методы исследования:

- исторический (изучался спектр основных подходов к проблеме);
- социологический (изучалось наличие основных учитываемых признаков в популяции, путем углубленного социологического исследования – анкетирования, опроса);
- социально-психологический (изучались особенности реагирования отдельных групп населения на определенный вид информационного воздействия);
- метод экспертины оценок (определяется основной вектор и степень влияния информационной среды на состояние и уровень психического здоровья населения);
- метод комплексного экономического анализа (изучались шесть групп экономических показателей, отражающих объемные и качественные характеристики социального психического здоровья);
- статистический (анализировались распределение изучаемых признаков в популяции, степень корреляции между основными исследуемыми характеристиками);
- системный подход (как наиболее разработанный из внедисциплинарных подходов, использовался нами для демонстрации степени взаимозависимости изучаемых феноменов).

Отдельно следует сказать о том, что при реализации социологических и социально-психологических методов исследования, критерии, определяющие те или иные категории здоровья (соматическое, психическое, психологическое, интегральное) были надежно разделены. Таким образом, основное условие корректности анализа было нами выдержано.

В качестве модели агрессивного влияния среды мы избрали одну из самых актуальных проблем современности – распространение наркозависимости, имея в виду активную рекламу психоактивных веществ, резкую активизацию сети наркодилеров, агрессивный сетевой маркетинг, отмечающийся в данной сфере, и другие признаки, характеризующие данную проблему, как одну из самых сложных в ряду социальных вызовов последнего времени.

### **3. Результаты исследования**

3.1. Основные позиции в обосновании новой парадигмы индивидуального и социального психи-

ческого, а также интегрального здоровья нами были приведены в первых двух разделах настоящей статьи. Здесь лишь следует добавить, что данные положения, в значительной степени, выводились из фактологического материала, а не являлись гипо-

тезой в чистом виде.

3.2. В результате проведенного исследования подтвердилась адекватность следующих параметров оценки состояния и уровня психического здоровья населения (схема 1)

Схема 1.

*Основные параметры мониторинга психического здоровья населения*

	<b>Основные параметры оценки состояния и уровня социального здоровья</b>	<b>Система промежуточных индикаторов</b>	<b>Система конечных индикаторов</b>
1	Информационный	++	
2	Социальный	+	++
3	Социально-психологический	+	++
4	Медицинский	+	+
5	Экономический	+	+
6	Индекс человеческого развития (ИЧР и РЧП)		++

По информационному параметру методом экспертизы оценок с использованием контент-анализа нами оценивались следующие индикаторы: степень и основной вектор воздействия на состояние и уровень психического здоровья населения мобильных, опосредованных информационных каналов (ТВ, радио, пресса, кино-видеопрокат), а также стабильных, непосредственных информационных каналов (семья, система образования и воспитания, контактные аудитории, референтные группы).

По социальному параметру с использованием статистического метода нами оценивались следующие индикаторы: оценка состояния семьи (количество заключительных браков, разводов, процентное соотношение неполных семей), абсолютные и относительные показатели суицидального поведения, динамика показателей тяжких преступлений против личности, динамика основных экологических показателей.

По социально-психологическому параметру с использованием социологических и социально-психологических методов исследования, нами оценивались следующие индикаторы: социальная динамика (статус и доход), скорость адаптации, показатель интернальности (локус контроля), наличие позитивных целей и установок, качество жизни.

По медицинскому параметру с использованием статистических, клинических и социально-психологических методов исследования (анкетирование, интервью), нами оценивались следующие индикаторы: заболеваемость, болезненность (психиатри-

ческий профиль), заболеваемость среди детей и подростков, болезненность среди детей и подростков, процент повторных поступлений в стационар, число психически больных первично признанных инвалидами, контингент психически больных имеющих группу инвалидности, обеспеченность психиатрическими койками, обеспеченность врачами-психиатрами, показатели выраженности психических отклонений у респондентов.

По экономическому параметру, с использованием методов комплексного экономического анализа, нами оценивалась следующая система индикаторов (схема № 2), отражающих все аспекты стоимостных значений категории психического здоровья.

Индекс человеческого развития (или индекс развития человеческого потенциала) использовался нами с контрольной целью.

Наше исследование (первый этап) показало по всем исследуемым параметрам смещения уровня психического здоровья населения в зону кризиса с опережающими объемами экономических потерь в связи со снижением уровня и утратой качества психического здоровья. А также – возможность преодоления интуитационного дефицита в области формирования индивидуального и социально-го психического здоровья в результате эффективного использования соответствующих научно-обоснованных стратегий.

Результаты по вышеназванному разделу исследовательской программы нами публикуются в других сообщениях и поэтому здесь не приводятся.

*Показатели комплексного экономического анализа социального психического здоровья*

Схема 2.

Номер Группы	Обозначение группы показателей	Перечень показателей, входящих в группу
1	Показатели затрат	ЯПЗ (явные прямые затраты) бюджета специализированных лечебных учреждений, затраты на подготовку персонала; СПЗ (скрытые прямые затраты) бюджета домов-интернатов для психохроников, бюджеты специализированных ВТЭК, объемы пособий, выплачиваемых в связи со стойкой и временной утратой трудоспособности по психическому заболеванию; ОПЗ (общие прямые затраты) суммы явных и скрытых прямых затрат, ЯНЗ (явные непрямые затраты) стоимость продукции, не произведенной больными вследствие утраты трудоспособности; стоимость продукции, не произведенной персоналом лечебных учреждений, учреждений социального обеспечения, прибыль, которая могла быть получена при использовании основных фондов системы специализированной помощи в народном хозяйстве; СНЗ (скрытые непрямые затраты) стоимость продукции, непроизведенной работниками, косвенно занятыми в обеспечении деятельности специализированных учреждений (производство продуктов питания, электроэнергии и т.д.); стоимость продукции, не произведенной в результате снижения продуктивности работающих психически больных; стоимость продукции, непроизведенной в результате снижения продуктивности у лиц, находящихся в предболезненном или компенсированном болезненном состоянии, у родственников психически больных в связи с возникающими у них дистрессовыми состояниями в периоды обострения заболеваний, а также стоимость продукции, не произведенной в результате снижения качества психического здоровья населения; ОНЗ (общие непрямые затраты) сумма явных и скрытых непрямых затрат; ОЗ (общие затраты, несомые обществом, в связи с психическими заболеваниями и снижением качества психического здоровья населения)
2	Микроэкономические показатели эффективности	$\Sigma M_{Up1}/\Sigma M_{Up}$ МПП = СМУ <sub>1</sub> /СМУ <sub>п</sub> $\Sigma P_{Bn1}/\Sigma P_{Bn}$ МПЭ = СПБ <sub>1</sub> /СПБ <sub>п</sub>
3	Показатели соотношения	$\frac{ЯПЗ}{ПС1} = \frac{БСС}{100\%}$ ; $\frac{ЯПЗ}{ПС2} = \frac{ОПЗ}{100\%}$ ; $\frac{ОПЗ}{ПС3} = \frac{ОЗ}{100\%}$
4	Базовые экономические показатели	$\frac{ВВП}{спЦПЗ} = \frac{n}{n}$ ; $\frac{ОПЗ}{спЦА} = \frac{n}{n}$ ; $\frac{ОЗ}{спЦПБ} = \frac{n}{n}$ ; $\frac{АСП}{спЦП} = \frac{n}{n}$
5	Макроэкономические показатели эффективности	$\frac{Э(ОЗ)}{СП} = \frac{n}{n}$ $\frac{СПП (ДК-КЗМ-СДЛ-КИ-ПСУ)-ОПЗ}{АСП} = \frac{n}{n}$
6	Универсальные экономические показатели	$\frac{ВВП}{уэнСПЗ} = \frac{ОЗ}{OZ}$ ; $\frac{ВВП}{уэн УПЗ} = \frac{АСП}{ACSP}$ ; $\frac{АСП}{уКП} = \frac{ОПЗ}{OPZ}$ ; $\frac{ОСП}{уК ЭФ} = \frac{OZ}{OZ}$
<b>Условные обозначения (группы 2-5)</b>		
МУ - модуль услуг; СМУ - стоимость модуля услуг		ВВП - валовый внутренний продукт
ПБ - пролеченный больной; СПБ - стоимость пролеченного больного		ПС - показатель соотношения
п - общее количество жителей		БСС - бюджет социальной сферы
ОСП - относительная стоимость пользы		сп - совокупный показатель
Э (ОЗ) - экономия общих затрат		ЦПЗ - цена психического здоровья
АСП - абсолютная стоимость пользы		ЦА - цена активности
СПП - стоимость произведенной продукции		ЦПБ - цена психических болезней
еский показатель		ЦП - цена пользы
ДК - диспансерный контингент		уэн - универсальный экономиче-
ровья		СПЗ - состояние психического здо-
КЗМ - количество занятых мест (коек)		УПЗ - уровень психического здо-
вья		ровья
СДЛ - средняя длительность лечения		уК - универсальный коэффициент
КИ - количество неработающих инвалидов		П - продуктивности;
ПСУ - персонал специализированных учреждений (количество)		ЭФ - эффективности
<b>Ограничения:</b>		
1. Статистически значимые размеры популяции (выборки)		
2. Длительность временных периодов наблюдения (свыше 10 лет)		
3. Сопоставимость доступа к информационным ресурсам в сравниваемых регионах		

3.3. На втором этапе исследования нами были определены главные составляющие категории психологического (качество психического) здоровья. Для индивидуального показателя психологического здоровья были определены следующие критерии:

а) полноценная личностная идентификация (Я точно знаю, кто я такой; Я – это тот, кем Я себя чувствую, а не тот, кем меня хотят видеть другие);

б) навык ответственного выбора (Я точно знаю, чего Я хочу; Я сам принимаю решения в отношении своих действий в сложных ситуациях, и, затем, держусь принятого; Я умею отказаться от дивидендов конкурирующего сценария);

в) качество внутреннего локуса контроля (Я сам отвечаю за все то, что происходит со мною в жизни; Я отвечаю за свою жизнь);

г) полноценно сформированный позитивный жизненный сценарий (основная идея жизни, находящаяся в синергетических отношениях с социальными установками окружения);

д) наличие ресурса (интеллектуального, творческого, информационного) для реализации позитивного жизненного сценария.

В качестве социального показателя психологического здоровья была определена динамика индикаторов:

- а) социального статуса (социальная динамика);
- б) показателя локуса-контроля;
- в) показателя скорости адаптации;
- г) наличие позитивных целей и установок

Таким образом, показатель скорости адаптации и социальной динамики косвенно определяли адекватность ресурсных возможностей исследуемой микро или макропрограммы в реализации жизненных сценариев.

Показатели локуса-контроля и социальной динамики – степень сформированности навыков ответственного выбора.

В таблицах 1-2 отражено распределение исследуемых социальных показателей психологического здоровья населения (позиции 1-5), контрольных показателей (позиция 6-8), имеющих непосредственное отношение к обсуждаемой теме, среди населения Республики Казахстан в целом, а также в зависимости от пола, возраста и национальности в 2001 году (исследование включало 7031 респондентов из различных регионов Республики).

Как видно из приведенных данных, достаточно интенсивный уровень распределения среди населения РК обнаруживают признаки наличия пози-

тивных целей и установок (конструктивный жизненный сценарий) и высоко оцениваемого социального статуса. В то же время для абсолютного большинства исследуемых характерны средние темпы социальной динамики, неопределенный показатель интернальности (локуса контроля) и скорости адаптации. Таким образом, цена интенсивности показателя наличия позитивного жизненного сценария у значительной части исследуемых резко снижается.

1.1. Прежде чем проиллюстрировать распределение показателей высокого, среднего и низкого уровней исследуемых категорий здоровья среди населения РК, отметим, что под термином «общее психическое здоровье» в нижеследующих таблицах 3-4, имеется в виду показатель, объединяющий медицинские и психологические (качественные) критерии категории психического здоровья.

Из приведенных данных следует, что наибольший дефицит сопутствует высокому уровню психологического здоровья, при относительно удовлетворительных показателях интенсивности распределения высоких уровней психического и соматического здоровья.

1.2. Степень взаимозависимости отдельных категорий здоровья, также основных составляющих категорию психологического (качество психического) здоровья отражена в таблице 5. Здесь же приводятся показатели качества жизни, заинтересованности в собственном здоровье, показатели корреляции исследуемых индикаторов с группой активно-устойчивых, пассивно-устойчивых и группой риска по профилю наркозависимости.

Приведенные в таблице 5 сведения, с нашей точки зрения, наиболее интересны и демонстративны в смысле абсолютного приоритета психологического здоровья и опосредованности других категорий здоровья.

Крайне важны, также и результаты, показывающие опосредованный (вторичный) характер заинтересованности собственным здоровьем, тропность к употреблению алкоголя и табака, в зависимости от степени психического, психологического и соматического здоровья.

Обращает на себя внимание и тенденционное сходство по формирующим факторам феноменов психологического здоровья населения и антинаркотической устойчивости.

В то же время, понятно, что данные феномены, по крайней мере, по степени выраженности выше-названных формирующих свойств, не тождественны.

*Распределение социальных показателей психологического здоровья населения  
в Республике Казахстан в 2001 г.*

Таблица 1

		Всего		Пол		Возраст					
				1. мужской	2. женский	12-16	17-21	22-26	27-36	36-46	47-55
		Sample	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %
Total		7 031	100	2 981	4050	663	899	922	1 622	1 700	1 225
Социальная динамика	Высокая	256	3,6	3,9	3,4	6,5	5,6	5,0	3,6	2,6	1,2
	Средняя	6 629	94,3	93,9	94,6	92,9	93,4	93,4	94,5	94,5	95,8
	Низкая	146	2,1	2,2	2,0	0,6	1,0	1,6	2,0	2,9	2,9
Социальный статус	Высокий	3 253	46,3	50,7	43,0	76,5	55,8	42,6	42,2	42,0	36,9
	Средний	1 092	15,5	18,0	13,7	13,1	11,6	16,7	17,1	17,0	14,7
	Низкий	2 686	38,2	31,3	43,3	10,4	32,6	40,7	40,6	41,0	48,4
Локус контроль	Внутренний	437	6,2	7,6	5,2	4,1	5,9	8,1	7,0	6,2	5,1
	Средний показатель интернальности	6 452	91,8	90,6	92,6	91,1	92,8	89,4	91,4	92,0	93,3
	Внешний	142	2,0	1,8	2,2	4,8	1,3	2,5	1,5	1,8	1,6
Скорость адаптации	1. Высокая	115	1,6	1,9	1,5	5,0	2,6	2,0	1,3	0,8	0,5
	2. Средняя	6 790	96,6	96,8	96,4	94,7	97,1	97,4	97,8	96,3	95,3
	3. Низкая	126	1,8	1,3	2,1	0,3	0,3	0,7	0,9	2,9	4,2
Позитивные цели и установки	1. Высокие	4 816	68,5	71,2	66,5	81,0	78,5	74,5	68,9	63,5	56,3
	2. Средние	1 693	24,1	22,3	25,4	16,1	17,2	19,7	24,5	27,7	31,2
	3. Низкие	522	7,4	6,5	8,1	2,9	4,2	5,8	6,7	8,9	12,5
Заинтересованность собственным здоровьем	1. Высокая	354	5,0	4,4	5,5	6,3	6,7	6,2	5,1	3,6	4,2
	2. Средняя	6 614	94,1	94,4	93,8	92,8	92,7	92,8	94,4	95,1	94,9
	3. Низкая	63	0,9	1,2	0,7	0,9	0,7	1,0	0,6	1,3	0,9
Вовлеченность в религиозное мировоззрение	1. Высокая	478	6,8	5,4	7,8	7,1	3,6	5,1	7,5	7,0	9,1
	2. Средняя	4 798	68,2	64,6	70,9	71,0	68,1	70,5	69,9	67,7	63,8
	3. Низкая	1 755	25,0	30,0	21,3	21,9	28,4	24,4	22,6	25,4	27,2
Информированность о вреде наркотиков	1. Высокая	5 473	77,8	76,7	78,7	79,9	81,3	77,0	77,2	77,1	76,7
	2. Средняя	512	7,3	7,5	7,2	6,8	5,3	7,9	8,2	6,7	8,1
	3. Низкая	1 046	14,9	15,8	14,2	13,3	13,4	15,1	14,6	16,2	15,3

*Распределение социальных показателей психологического здоровья населения  
в Республике Казахстан в 2001 г.*

Таблица 2

		Всего	Национальность								
			Казахи	Русские	Узбеки	Корейцы	Немцы	Украинцы	Татары	Другие	
		Sample	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %
Total		7031	100	2461	3330	133	112	172	293	205	325
Социальная динамика	Высокая	256	3,6	4,3	3,1	3,0	5,4	2,9	3,1	2,0	5,5
	Средняя	6629	94,3	94,1	94,7	91,7	92,9	95,9	94,2	95,6	90,8
	Низкая	146	2,1	1,6	2,1	5,3	1,8	1,2	2,7	2,4	3,7
Социальный статус	Высокий	3253	46,3	48,6	45,5	40,6	41,1	47,7	42,0	44,4	45,5
	Средний	1 092	15,5	13,3	17,2	10,5	17,9	13,4	18,8	17,6	14,2
	Низкий	2686	38,2	38,2	37,4	48,9	41,1	39,0	39,3	38,1	40,3
Локус контроль	Внутренний	437	6,2	5,2	6,8	5,3	8,9	5,2	8,2	6,3	6,8
	Средний п/и	6452	91,8	92,5	91,4	93,2	90,2	92,4	89,8	91,2	91,4
	Внешний	142	2,0	2,4	1,8	1,5	0,9	2,3	2,1	2,4	1,9
Скорость адаптации	Высокая	115	1,6	1,6	1,8	1,5	1,8	1,2	0,3	0,5	1,9
	Средняя	6700	96,6	97,1	96,2	97,0	96,4	98,3	96,9	96,6	95,4
	Низкая	126	1,8	1,3	2,0	1,5	1,8	0,6	2,7	2,9	2,8
Позитивные цели и установки	Высокие	4816	68,5	72,4	66,1	72,2	70,5	67,4	64,2	62,4	70,2
	Средние	1693	24,1	21,2	26,2	21,1	22,3	22,7	25,6	29,8	22,2
	Низкие	522	7,4	6,4	7,8	6,8	7,1	9,9	10,2	7,8	7,7
Заинтересованность собственным здоровьем	Высокая	354	5,0	5,8	4,5	6,0	7,1	7,0	3,1	5,9	3,7
	Средняя	6614	94,1	93,6	94,4	92,5	92,9	91,9	95,9	93,2	95,4
	Низкая	63	0,9	0,6	1,1	1,5	0,0	1,2	1,0	1,0	0,9
Вовлеченность в р/м	Высокая	478	6,8	10,3	3,7	18,1	2,7	5,2	5,1	6,8	11.7
	Средняя	4798	68,2	71,9	66,1	67,7	68,8	65,7	64,5	67.31	68,3
	Низкая	1755	25,0	17,8	30,3	14,3	28,6	29,1	30,4	25,9	20,0
Информированность о вреде наркотиков	Высокая	5473	77,8	75,0	80,4	69,2	77,7	76,7	78,5	78,1	77,2
	Средняя	512	7,3	8,8	5,8	11,3	8,0	4,7	5,8	9,8	10,5
	Низкая	1046	14,9	16,3	13,8	19,6	14,3	18,6	15,7	12,2	12,3

*Распределение уровней психологического, психического, соматического здоровья  
среди населения РК*

Таблица 3

		Всего	Пол		Возраст						
			1. Мужской	2. Женский	12-16	17-21	22-26	27-35	36-46	47-55	
		Sample	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %
Total		7 031	100	2 981	4 050	663	899	922	1 622	1 700	1 225
Соматическое здоровье	Высокое	1 622	23,1	28,2	19,3	37,0	33,0	31,0	22,9	17,9	9,6
	Среднее	5 303	75,4	70,7	78,9	62,8	66,7	68,4	76,4	79,2	87,4
	Низкое	106	1,5	1,1	1,8	0,3	0,2	0,5	0,7	2,8	3,0
Психическое здоровье	Высокое	2 015	28,7	34,1	24,7	42,1	35,0	31,9	28,4	24,5	20,4
	Среднее	4 948	70,4	65,0	74,3	57,5	64,7	67,3	70,8	74,5	77,6
	Низкое	68	1,0	0,9	1,0	0,5	0,2	0,9	0,8	1,1	2,0
Психологическое здоровье	Высокое	327	4,7	4,9	4,5	6,2	6,6	5,9	4,6	3,4	3,4
	Среднее	6 672	94,9	94,8	95,0	93,5	93,4	93,8	95,0	96,1	95,7
	Низкое	32	0,5	0,3	0,5	0,3	0,0	0,3	0,4	0,5	0,9
Общее психическое здоровье	Высокое	102	1,5	1,7	1,2	3,5	2,6	1,3	1,4	0,8	0,6
	Среднее	6 188	88,0	88,6	87,6	89,7	88,7	90,1	88,4	86,9	86,0
	Низкое	741	10,5	9,7	11,2	6,8	8,8	8,6	10,2	12,2	13,5

*Распределение уровней психологического, психического, соматического здоровья  
среди населения РК (данные 2001 г.)*

Таблица 4

		Всего	Национальность								
			казахи	Русские	Узбеки	Корейцы	Немцы	Украинцы	Татары	другие	
		Sample	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %	Column %
Total		7 031	100	2 461	3 330	133	112	172	293	205	325
Соматическое здоровье	Высокое	1 622	23,1	25,6	21,1	23,3	17,9	28,5	17,4	20,0	29,9
	Среднее	5 303	75,4	73,2	77,2	72,9	82,1	69,2	81,2	77,1	69,2
	Низкое	106	1,5	1,2	1,6	3,8	0,0	2,3	1,4	2,9	0,9
Психическое здоровье	Высокое	2 015	28,7	32,1	25,8	36,1	30,4	28,5	27,0	29,3	28,9
	Среднее	4 948	70,4	66,8	73,2	63,2	69,6	70,9	71,7	69,3	70,2
	Низкое	68	1,0	1,0	0,9	0,8	0,0	0,6	1,4	1,5	0,9
Психологическое здоровье	Высокое	327	4,7	4,8	4,6	6,0	2,7	2,3	5,5	5,4	4,9
	Среднее	6 672	94,9	94,7	95,0	92,5	97,3	97,7	93,9	94,6	95,1
	Низкое	32	0,5	0,6	0,4	1,5	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
Общее психическое здоровье	Высокое	102	1,5	1,5	1,1	3,0	8,9	2,3	1,0	1,0	1,5
	Среднее	6 188	88,0	89,5	87,1	88,7	85,7	89,5	84,3	86,3	90,5
	Низкое	741	10,5	8,9	11,9	8,3	5,4	8,1	14,7	12,7	8,0

*Характеристика взаимосвязи (усредненных показателей корреляции) основных изучаемых параметров - психологического, психического и соматического здоровья и формирующих факторов у населения Республики Казахстан (данные 2001 г.)*

Таблица 5

Группы / параметры	Соматическое здоровье	Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Активно устойчивые	Пассивно устойчивые	Группа риска
Качество жизни	15,25	16,75	26,5	3,0	1,4	-1,1
Соматическое здоровье	А бс.	62,0	67,5	1,17	-1,2	-1,53
Психическое здоровье	16,6	А бс.	7,85	1,5	-1,5	-1,7
Психологическое здоровье	13,75	16,25	А бс.	1,8	-3,0	1,1
Позитивные цели и уст.	4,6	8,5	88,5	12,0	6,0	9,0
Локус контроля	1,8	4,25	11,5	4,0	1,7	11,5
Социальная динамика	34,8	9,2	11,0	2,3	1,4	1,0
Скорость адаптации	20,0	12,7	9,0	1,0	1,0	1,8
Заинтересованность собственным здоровьем	2,0	7,2	10,2	11,0	3,0	2,5
Употребление алкоголя/табака	-3,3 / -1,2	-6,8 / -1,5	-7,0 / 1,3	2,0% / 26,7%	2,9% / 27,7%	10,2% / 69,3%

Используя полученные данные, легко вывести формулу индивидуальной и социальной устойчивости (формулу здоровья, в современном понимании содержания данного термина) к агрессивному влиянию внешней среды. Данная формулировка будет включать в себя следующие компоненты:

- развитые свойства психологического здоровья;
- полноценную информацию о степени агрессивности (вредоносности) какого-либо агента среды, например, наркотика;
- реальную конфронтацию сценария взаимодействия, или употребления какого-либо агрессивного агента (например, наркотика или алкоголя) с позитивным сценарием жизни;
- исключение сценария наркопотребления из всех жизненных планов и горизонтов при любых обстоятельствах, или осмысленное создание достаточных степеней защиты от воздействия других вредоносных агентов.

3.6. Использование вышеназванных сведений способно, в принципе, значительно повышать ценность социальных и эпидемиологических исследо-

ваний по какому-либо аспекту интегрального здоровья. Например, исследования распространения наркозависимости среди населения. Помимо традиционных групп зависимых от психоактивных веществ и здоровых, в данном исследовании более обоснованно выделяются группы риска по названному профилю. Теперь они могут включать не только подростков с криминальным, отклоняющимся поведением и семейной дисгармонией, но и всех тех, у кого недостаточно сформированы свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. В то же время и группу устойчивых к вовлечению в орбиту наркотизма можно дифференцировать на пассивных (ограничивающих себя, что сами исключают для себя возможность употребления психоактивных веществ), активных (считающих, что необходима, кроме того, социальная противодействующая активность).

В качестве иллюстрации такого рода исследований мы приводим таблицу 6, где впервые население Республики Казахстан распределяется по вышеназванным критериям.

Таблица 6

*Характеристика устойчивости к вовлечению в орбиту зависимости от ПАВ населения Республики Казахстан (данные 2001 г.)*

	всего		пол	
	sample	column %	мужской	женский
			column %	column %
Total	7031	100	2 981	4 050
Наркозависимые	117	1,7	3,2	0,5
Группа риска (н)	771	11,0	19,4	4,7
Группа пассивно-воздержавшихся (н)	1 919	27,3	25,9	28,5
Группа активно устойчивых (н)	4 216	60,0	51,5	66,3
<i>Зависимые от алкоголя</i>	221	3,1	5,8	1,2
<i>Зависимые от табака</i>	2 225	31	53,6	15,5

3.7. Наиболее общий вывод, который можно сделать по материалам, иллюстрированным в таблицах 1-6, следующий:

– наше исследование подтверждает тот факт, что от 1 до 2 процентов населения нуждается в эффективной медицинской помощи в связи с кризисным уровнем психического здоровья и вовлечением в орбиту наркотизма;

– от 10 до 12 процентов населения нуждается в кризисной (срочной и энергичной) психолого-психотерапевтической помощи в связи с низким уровнем общего психического (включая качественные характеристики) здоровья и потенциальной угрозой приобщения к потреблению психоактивных веществ;

– до 90 процентов населения нуждается в планомерных мероприятиях, формирующих высокие

уровни общего психического здоровья и, соответственно, качества жизни;

– и, лишь, около 2 процентов населения нуждается в позитивном подкреплении конструктивного жизненного сценария, поддерживающего высокий уровень общего психического здоровья.

Из всего сказанного следует, что система активного формирования психического (в широком смысле) здоровья населения должна опираться, в основном, на усилия специалистов в области развивающих технологий (психотерапевтов, консультирующих и клинических психологов, педагогов-психологов, и т.д.), и, в значительно меньшей степени, на усилия специалистов-медиков.

Особые перспективы здесь связаны с развитием интегрированных развивающих практик, ориентированных на персонализацию – психотерапию

Схема 3

*Основные развивающие технологии*

<b>институализированные</b>	<b>произвольные</b>	<b>лечебно-оздоровительные</b>	<b>интегрированные</b>
1. семейные статусы и роли	1. спонтанные сюжетно-ролевые статусы, игры	1. физическая культура	1. психотерапия
2. воспитание	2. неформальные межличностные коммуникации	2. спорт	2. психологическое консультирование
3. образование	3. творчество – хобби - интерес	3. закаливание	
4. профессиональное обучение и деятельность	4. активное взаимодействие с информационным пространством	4. здоровый образ жизни	<b>Модели:</b> - педагогическая - психологическая - философская - социальная - религиозная - магическая - медицинская - интегративно-развивающая
5. религиозная деятельность и ритуалы		5. лечебные практики (некоторые виды немедикаментозной терапии)	
6. философское консультирование (информирование)			
7. психотехнологии (по Мюнстербергу)			
<i>Ориентация на социализацию</i>		<i>Ориентация на физическое здоровье</i>	<i>Ориентация на персонализацию</i>

---

---

и психологическое консультирование (схема 3).

Форсированное развитие данных научно-практических направлений (психотерапия, психологическое консультирование) в Республике Казахстан и будет являться необходимым базисом для формирования дееспособной системы активного формирования индивидуального и социального психического здоровья.

Что же касается комплексного анализа эффективности предлагаемых инноваций, то проведение такого анализа, с использованием разрабатываемой нами системы индикаторов и параметров оценки состояния и уровня психического здоровья населения, возможно после масштабного внедрения современных развивающих технологий в деятельность основных социальных институтов.

---

---

---

---

## НАРКОЛОГИЯ

### КОМПЛЕКСНОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЭТАНОЛА

Е.Г.Абакумов

г. Красноярск

В Российской Федерации современные лечебно-диагностические стандарты в наркологии регламентируются приказом МЗ РФ № 140 от 28.04.98 г. «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных». В документе сформулированы лечебные схемы для терапии расстройств, требующих быстрого и, как правило, краткосрочного вмешательства. В то же время, основную часть учтенных наркологических больных в последние годы составляют преимущественно лица со средней стадией зависимости от этанола, перенесшие психотические эпизоды, имеющие резидуальные и отсроченные психотические расстройства [1].

Предписываемый терапевтический стандарт во многом не является достаточно целесообразным. Это касается требования широко использовать витаминотерапию, психотропные препараты, физиолечение и психотерапию. Доказано, что дефицит витамина В1 при зависимости от этанола носит защитный характер и вводимый препарат в организме не усваивается [3]. Широкое использование витамина В12, с позиций гематолога, не всегда обосновано [10, 11]. У больных со средней стадией зависимости имеются проявления органической церебральной дефицитарности [15], а при органическом поражении ЦНС у больных увеличивается вероятность токсических побочных эффектов целого ряда психофармакологических препаратов. Наличие психоорганических, когнитивно-дефицитарных расстройств в существенной степени снижает значимость психотерапии, а ее эмоционально-стрессовые методы могут усилить нейровегетативные и кардиоваскулярные нарушения [2], и вообще эффективность психотерапии в традиционном ее понимании вызывает существенные сомнения [14]. При большинстве хронических заболеваний, основу которых составляют проявления церебральной дефицитарности, физиотерапевтические приемы позволяют воздействовать на отдельные звенья патогенеза, уменьшить выраженность только ряда симптомов [9]. Поэтому разработка новых диагностических и лечебных стандартов при резидуальных и отсроченных психотических расстройствах у лиц с зависимостью от алкоголя является обоснованным.

В последние годы отмечается патогенетическое родство наркологических заболеваний с хроничес-

кими болезнями терапевтического профиля [5], другими формами как медицинской, так и социальной патологии [21, 22, 23]. Для изучения патогенетических механизмов при хронической психической патологии рекомендуется использовать этиологическую («большую» - [24]) теорию, а также выделяемые в психиатрии дисфренический и психоорганический (большие) синдромы [19, 25]. В клинике зависимости от этанола в качестве основного расстройства предлагается учитывать выраженность проявлений психоорганического синдрома [17]. Изучение биологического и социально-психологического аспектов патогенеза при хронических заболеваниях со структурными изменениями в органах и системах привело к созданию для лечения таких форм патологии базовой («конвейерной») технологии, эффективность которой оказалась достаточно высокой [7]. Как следствие, данная технология может быть адаптирована для лечения лиц с наиболее распространенной формой зависимости от этанола – с преобладанием на средней стадии зависимости резидуальных и отсроченных психотических расстройств.

Мы провели исследование по проверке возможности использования «конвейерной» технологии для терапии больных с выраженным психоорганическими расстройствами вследствие зависимости от этанола. На базе Красноярского краевого наркологического диспансера обследовались лица, перенесшие делирии и галлюцины. Именно эти два психоза не вызывают у врачей диагностических сложностей при определении их нозологической принадлежности [18] и у больных с такими расстройствами наблюдается более злокачественный темп прогрессирования алкогольной зависимости [12]. В основную группу и в группу контроля включались лица, высказывавшие активную установку на длительное лечение и динамическое наблюдение.

Обследовались мужчины возраста до 48 лет, перенесшие делирий или галлюцины вследствие зависимости от этанола. У всех испытуемых наркологическая патология была основным хроническим заболеванием. Лица с клинически очерченными признаками выраженных личностных отклонений (психопатизацией) в преморбидном периоде в исследование не включались. В основную группу вошли 109 больных, в контрольную – 97. Испыту-

емые выделенных групп были хорошо сопоставимы при использовании метода паракопий.

При психопатологическом обследовании пациентов целенаправленно определялись синдромологические разновидности патологических форм эмоционального реагирования, так как эти отклонения у больных с зависимостью от этанола являются наиболее четко выраженными признаками психо-органического синдрома [8]. Данные психиатрических осмотров дополнялись выявлением информативных неврологических признаков органической церебральной дефицитарности. Определялись боковой горизонтальный нистагм и симптом Мари-неску-Радовичи. Именно эти два простые в определении признака считаются высоко информативными при сопоставлении неврологических и психопатологических проявлений у больных с зависимостью от этанола [8], с посттравматическим мозговым синдромом [2]. Значимым является определение этих двух неврологических симптомов при обследовании и контроле эффективности лечения больных с острыми психотическими расстройствами [16], хроническими терапевтическими заболеваниями [20].

Использована терапевтическая программа Я.П.Гирича [6] в модификации С.П.Муравского [13], разработанная для лечения неврологических дизэнцефальных пароксизмов. Включенные в программу лечебные приемы предусматривают воздействие на организм в трёх направлениях:

1) непосредственное улучшение состояния тонуса сосудов пораженного органа путем достижения релаксации поперечно-полостатых мышц при помощи миорелаксационных, массажных, мобилизационных и психотерапевтических техник;

2) опосредованное улучшение состояния тонуса сосудов других структурно-дефицитарных органов и систем, которое возникает вследствие устойчивой релаксации поперечно-полостатых мышц при использовании аналогичных релаксационных и психотерапевтических приёмов, а также массажных и мобилизационных манипуляций на позвоночнике;

3) опосредованное улучшение состояния тонуса сосудов путем суггестивной провокации переживаний, типичных для высшей ступени методики Шульца, способных обеспечить коррекцию эмоциональных нарушений, обусловленных преимущественно психотравмирующими ситуациями и дефектами воспитания в период раннего детства.

Эта программа использована для лечения в течение года пациентов основной группы. В первый месяц лечебные сеансы проводились еженедельно, во второй – один раз в две недели, в последующем – один раз в 2-3 недели при наличии стабильной ремиссии и более часто (но не чаще одного раза в 5-7 дней) при угрозе «срыва». В целом, каждый больной основной группы получил по 20-27 сеансов терапии в течение года. Испытуемые группы

контроля в течение этого же времени проходили лечение согласно нормативам, утвержденным приказом МЗ РФ № 140 от 28.04.98 г. «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных».

До начала лечения у больных основной (109 испытуемых) и контрольной (97 лиц) групп при клинических осмотрах (после редукции психотических расстройств) выявлено доминирование следующих разновидностей патологических форм эмоционального реагирования: а) эксплозивная, б) эпилептоидная, в) синдромологически полиморфная на фоне субдементности. На этом фоне спонтанно возникали психические пароксизмы непсихотического и психотического уровней, иногда судорожные расстройства.

Результаты терапии расценены хорошими у 65 больных. Высокий терапевтический результат отмечен у 56 больных основной и у 9 пациентов контрольной группы ( $P<0,01$ ). У этих испытуемых в первые 2-3 месяца терапии прекратились имевшие место до начала лечения психические пароксизмы непсихотического и психотического уровней, а также эпизодически возникающие у части больных судорожные проявления. В стрессовых ситуациях у пациентов начали появляться впервые клинически очерченные фобические, тревожные, депрессивные, недифференцированные диссоциативные и соматоформные расстройства (возникновение у больных с выраженными психоорганическими расстройствами ситуационно обусловленных синдромов невротического уровня является показателем регредиентной динамики психоорганического синдрома – [2]). У 36 больных (31 - из основной группы, 5 - из контрольной) произошло полное или частичное обратное развитие симптома Мари-неску-Радовичи и (или) бокового горизонтального нистагма.

Результаты терапии расценены удовлетворительными у 49 человек. Сюда вошли 28 обследованных из основной группы и 21 из группы контроля ( $P>0,05$ ). У лиц с удовлетворительными результатами в первые 2-3 месяца лечения также отмечено прекращение спонтанно возникающих психических пароксизмов непсихотического и психотического уровней, судорожных расстройств. В стрессовых ситуациях у испытуемых возникали клинически мало очерченные невротические и соматоформные расстройства, которые в последующем трансформировались в аффективные психо-органические пароксизмы непсихотического уровня. У 29 пациентов (все из основной группы) с удовлетворительными результатами терапии также отмечено полное или частичное обратное развитие симптома Мари-неску-Радовичи и (или) бокового горизонтального нистагма.

У 92 человек результаты лечения были расценены низкими (25 пациентов из основной и 67 из группы контроля;  $P<0,05$ ). У этих обследованных

видимой регредиентной динамики в клинике психических и неврологических отклонений не произошло.

Фактически полное воздержание от приемов этанола в течение года отмечено у 61 (55,9%) испытуемого основной группы и у 11 (11,3%) человека группы контроля ( $P<0,01$ ). У 38 (34,8%) лиц основной и 14 (14,4%) - из контрольной группы ( $P<0,05$ ) зафиксированы только кратковременные рецидивы алкоголизации, с длительными ремиссиями без развития психотических расстройств. У лиц же контроля в 55 (56,7%) случаях имели место только кратковременные ремиссии. У 10 испытуемых основной и 17 человек ( $P>0,05$ ) контрольной группы 2-3-х недельные алкогольные эксцессы повторялись 3-6 раз в течение года наблюдения. Кроме того, 9 больных из контрольной группы были госпитализированы по поводу психотических расстройств, а 11 – для «прерывания» длительных алкогольных эксцессов.

В целом, у испытуемых основной группы достоверно чаще по сравнению с лицами группы контроля отмечена в процессе лечения регредиентная динамика как психопатологических признаков психоорганического синдрома, так и неврологических проявлений органической церебральной дефицитарности. Использованная патогенетически ориентированная программа комплексного немедикаментозного лечения отличается максимальной стандартизацией (т.е. относится к «конвейерным» или малозатратным технологиям), может быть использована для амбулаторного лечения больных с психоорганическими расстройствами алкогольного генеза.

#### Литература:

1. Агарков А.П. Алкогольные психозы, сочетающиеся с травматическими и сосудистыми расстройствами головного мозга (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты) // Автoref. дис. на ... доктора мед. наук. – Томск. 2000. 36 с.
2. Березовская М.А. Обоснование технологии лечения непсихотического посттравматического мозгового синдрома // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. № 1. – С. 64-67
3. Бокий И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. – Л., 1976. – 120 с.
4. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Михалева Л.Д. и др. Лечебно-реабилитационные стандарты в организации деятельности наркологического стационара. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. № 4. – С. 48-49.
5. Бохан Н.А., Коробицына Т.В. Ассоциированные формы алкоголизма в общемедицинской амбулаторной сети. – Томск. 2000. – 231 с.
6. Гирич Я.П. Возможности противостояния врачей непрофессиональным «целителям» при лечении психосоматических болезней. – Красноярск, 1992. – 56 с.
7. Гирич Я.П. Новые возможности психотерапевтических технологий // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 2002. № 2. – С. 72-77.
8. Гирич Я.П. О взаимосвязи психопатологических и неврологических симптомов при алкоголизме в статике и динамике // Научно-практическая конференция молодых ученых по вопросам психиатрии / МНИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1975. Т. 72. – С. 110-116.
9. Гирич Я.П., Сумароков А.А. Вегетососудистая дистония: взгляд психотерапевта на проблему // Консилиум. – 1999. № 7(10). – С. 59-61.
10. Дворецкий Л.И. Дифференциальная диагностика при анемии // Рос. мед. журнал. – 1999. № 2. – С. 39-45.
11. Демидова А.В., Сысоева Н.А. Вопросы диагностики и терапии В12-дефицитной анемии // Клин. медицина. – 1996. № 1. – С. 59-60.
12. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Шумской Н.Г. Металкогольные (алкогольные) психозы // Алкоголизм (руководство для врачей) – М., 1983. – С. 225-307.
13. Муравский С.П. Психотерапевтические технологии при лечении психосоматических расстройств в практике врача сельской амбулатории // Автoref. дисс. ... кандидата мед. наук. – Томск. 2000. – 20 с.
14. Носков Г.Г. Неврозы: адаптация без психотерапевта // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. – 1999. № 4. – С. 66-68.
15. Пакеев С.О., Шайкенов М.Т., Шайкенова Р. Данные клинико-психопатологического исследования больных с различными формами алкогольного делирия // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 2002. № 2. – С. 120-121.
16. Рудич П.А. Алгоритм работы ургентной психиатрической службы // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 1996. № 1. – С. 20-26.
17. Семке В.Я., Гирич Я.П., Красильников Г.Т. и др. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях. – Томск. 1998. - 63 с.
18. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. – М., 1973. - - 384 с.
19. Сумароков А.А. Соматогенные и психосоциальные факторы при шизофрении // Автoref. дисс. на ... доктора мед. наук. – Томск. 2002. 41 с.
20. Юнусов М.Р. Психотерапевтические программы в практике интернистов // Вопр. ментальной медицины и экологии. - 1996. N 1. - C. 41-50.
21. Cohen L. Looming public – service layoffs causing stress, other problems, Ottawa MDS report // Can. Med. Assoc. J. – 1995. N 152 (11) – P. 1881-1882.
22. Dedeglu N. Health and social inequities in Turkey // Soc. Sci. Med. – 1990. V 31. N 3. – P. 387-392.
23. Leder S. Unemployment and health // Psychiatr. Pol. – 1994. V 28. N 6. – P. 651-666.

*24. Merton R.K Merton R.K. Social Structure and anomia. // Amer. Sociological Rev. - 1938. N 3. - P. 672-682.*

*25. Sandyk R. Positive symptoms and chronicity of illness in schizophrenia // Int. J. Neurosci. – 1993. V 70. N 1-2. – P. 65-67.*

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

к.м.н. С.А.Алтынбеков, Е.В.Денисова, А.С. Сембинова

г. Павлодар

Одним из векторов реализации программ «Здорового образа жизни» является борьба с наркоманией и наркобизнесом. В настоящее время большое внимание уделяется борьбе распространению наркомании в стране и изучение этого феномена на сегодняшний день определено как одно из приоритетных направлений.

В конце 20-го столетия на территории практически всех республик бывшего СССР, в том числе и Казахстана, «начался и разрастался наркотический взрыв среди детей и подростков» (Кашуба Ю.А., 1994). Резко увеличилось число «случайных потребителей наркотика», тех, кто хотя бы однажды употреблял наркотическое средство в немедицинских целях. По данным многоуровневого исследования проблем наркозависимости в РК их численность составляет 6,2% (923800 человека), которые пробовали наркотики; 2,2% (327800 человека) пробовали, но не знают, точно ли это был наркотик; никогда не пробовала большая часть населения страны 89,9% (13395100 человека), но при этом имеет устойчивую зависимость от наркотических веществ почти 2% опрошенных (254203 человека). Если учитывать и косвенные показатели, то реальное число наркозависимых в республике достигло 2,3% (343922 человек) от населения Республики Казахстан. (Катков А.Л. и Агентство социальных и маркетинговых исследований «БРИФ Центральная Азия» «Многоуровневое исследование проблем наркозависимости в Республике Казахстан» 2001 г.).

По мнению Алиева (1994), по данным официальной статистики выявляется не более 7-9% от действительного числа наркотизирующихся лиц.

Для сравнения приводим данные РФ: количество потребителей наркотиков в России уже перевалило за 2 млн., а по некоторым данным 3 млн. человек (по данным официальной статистики 350 тыс.) По данным Управления по борьбе с наркоманией МВД РФ, к 1992 г. на территории России около 10% населения хотя бы один раз «попробовали» вещество, относящееся к списку наркотических средств, 5% злоупотребляют ими систематически. Соответственно резко увеличилось и число больных наркоманиями.

В нашей стране, наряду с явным преобладанием больных алкогольной зависимостью, по темпу

роста заболеваемости наркоманией занимают ведущее место. Так, по данным официальной статистики в Республике Казахстан наблюдается значительное повышение уровня наркозависимых, в основном, за счет опиоидных наркопотребителей. В сравнении с 1997 и 2000 годами в 2 раза увеличился показатель болезненности именно у опиоидных наркоманов. Наиболее выражена тенденция первичной заболеваемости в период 1994 – 2000 г.г. За этот период времени уровень первичной заболеваемости вырос в 19,7 раза, и это, только основываясь на официальные статистические данные, учитываемые при постановке на учет в лечебные наркологические учреждения. При сравнении данных можно отметить, что вовлеченность в зависимость от наркотиков также, в основном, за счет опиатов, и составляет темп её роста за четыре, указанных года - 1,7 раза. В группах каннабиса и «других наркотиков» (психостимуляторы и ингалянты) показатели первичной заболеваемости с незначительными изменениями (отчет УКНПП ООН «Экспресс оценка положения в области злоупотребления наркотиками в Центральной Азии и Казахстане» А.С.Алтынбеков, А.Н.Рамм, Е.В.Денисова, 2000 г.).

В современной психиатрии и наркологии все большее признание получает представление о том, что наркомания, особенно на начальных этапах ее развития, является сложным биосоциальным феноменом, результатом взаимодействия различных социальных, культуральных, психологических и патопсихологических факторов.

С социокультуральной точки зрения злоупотребление веществами наркотического действия представляет собой поведенческую модель, возникновение и распространение которой зависит от принятой в данной социокультуральной среде нравственной оценки этой модели. Именно по этому сложившиеся внутри определенных социальных групп ценностные представления и ориентиры, поведенческие стандарты, культурные традиции обладают устойчивостью по отношению к определенной психологической конструкции личности и оказывают прямое влияние на поведенческие феномены отдельных индивидов вообще и также их приобщение к наркотическим веществам в частности.

Значительную роль в процессе приобщения к злоупотреблению наркотическими средствами иг-

рает и широко распространенное среди молодежи мнение о «мягкости» действия некоторых психоактивных веществ, например, марихуаны (Mott J., 1979; Brook J.S. и соавт., Boule M.H., Offord D.R., 1986). Это снимает табу с наркотического вещества на начальном этапе его употребления. Именно в связи с этим при изучении причин приобщения к злоупотреблению наркотическими средствами особое значение придается мотивации воздержания (Woodside A.B., Johannah J., 1979). При этом подчеркивается сугубо положительная роль таких ситуационных факторов, как морально-нравственная оценка обществом данного явления, мнение авторитетных лиц, отсутствие постоянных и легко доступных источников получения наркотика, что, в свою очередь, зависит от социокультуральных традиций данной общественной группы.

Значение и смысл употребления веществ наркотического действия менялись на различных этапах исторического развития общества. Если в современном обществе наркомания однозначно расценивается как негативное явление, то в известные исторические периоды употребления наркотических средств являлось нормой и иногда даже предписывались индивиду как обязательная форма поведения.

Наркологи и социологи справедливо считают, что при правильном определении группы риска в отношении злоупотребления наркотическими средствами процесс борьбы с наркоманиями существенно упростится. В связи с этим, очевидно, что для обеспечения эффективной профилактики наркотизма необходимо учитывать социокультуральные установки различных социальных групп на употребление наркотиков.

Наиболее важным аспектом изучения наркомании являются социально-психологический анализ микросоциального окружения лица, злоупотребляющего наркотическими веществами, выявление нарушений в сфере межличностного общения. Однако здесь необходимо отметить, что изучение всех этих факторов недостаточно для понимания мотивации употребления наркотиков. В каждом конкретном случае индивид сам выбирает формы поведения, поэтому факторы социального характера являются только предпосылкой для начала употребления его. При всей важности социального аспекта данной проблемы это лишь одна сторона такого сложного феномена, как наркомания.

Определенное значение имеет общая социальная ситуация, характерная для стран СНГ, в том числе и Казахстана, которая содержит фрустриционные, невротизирующие компоненты. Спектр последних нельзя ограничивать общеизвестными социальными и бытовыми трудностями, он включает в себя и проблему дефицита нравственных ориентиров.

В этой связи уместно сослаться на авторитет В.Франкла (1990), разработавшего концепцию «экзистенциального вакуума». В.Франкл аргументированно утверждает, что сегодня мы, по сути, имеем дело уже с фрустрацией не сексуальных потребностей, как во времена Фрейда, а с фрустрацией потребностей экзистенциальных. Сегодня пациент, по его мнению, страдает от утраты смысла жизни, ощущения пустоты своего бытия, что можно определить как экзистенциальный вакuum. Разрушение многовековых традиций, инфляция новых, искусственно насажденных, утрата многих общечеловеческих, нравственных ценностей – все это характерно для нашего времени и создают ту духовную пустоту, которая легко заполняется гедонистическим содержанием. По мнению В.Франкла: «Если у человека нет смысла жизни, осуществление которого сделало бы его счастливым, он пытается добиться осуществления этого счастья в обход осуществления смысла, в частности, с помощью наркотических, химических препаратов».

Особое значение имеет изучение тенденций к различной географической распространенности наркоманий, что позволяет ставить вопрос о наркогенных экологических районах, являясь подтверждением связи распространенности наркоманий с социокультуральными особенностями общественной группы, населяющей данный регион.

В ходе многоуровневого исследования проблем наркозависимости в РК обозначен уровень распространения наркомании в регионах Казахстана. Город Алматы, Центр и Север Казахстана делят первое место по количеству наркозависимых, в том числе зависимых от опиоидов и каннабиноидов.

Зная уровень распространения наркомании в РК, интересно сопоставить эти данные с экстенсивными показателями этнической принадлежности наркозависимых лиц РК.

В исследуемых группах среди наркозависимых 65,8% составили этнос русские, 9% - казахи по своей этнической принадлежности, 7,5% - украинцы, 3,2% - немцы, 2,95% – корейцы, столько же 2,9% - татары, 1,3% - узбеки.

Данные группы наркозависимых лиц были исследованы на уровень информированности о вреде наркотиков.

Оказывается, наркозависимые достаточно информированы о вреде наркотиков. И в группах опиоидных наркоманов составляет 69,8% и каннабиноидных – 68,5%. Средний показатель среди наркозависимых составил 68,5%.

Из двух исследуемых групп наиболее выражен низкий социальный статус наркозависимых лиц в группе опиоидных потребителей. Это также дает понимание того, что опиоидным наркозависимым намного сложней сформировать мотивацию для прекращения употребления наркотиков, выбрать позитивный жизненный сценарий. Конечно, эти

особенности должны учитываться при работе над мотивацией пациентов, проведении реабилитационных программ.

Одним из результатов исследования «Экспресс-оценки положения распространения наркомании в странах Центральной Азии и Казахстана» является этническая принадлежность наркозависимых в исследуемых регионах (Алматы, Павлодар). Наркозависимые представлены этническими группами: русские - 65,1% (Алматы), 44% (Павлодар), казахи - 20,9% (Алматы), 30% (Павлодар), другие этносы 14% (Алматы), 26% (Павлодар). Данные показатели тоже являются экстенсивными показателями.

При сравнении двух исследований соотношение экстенсивных показателей между этнических групп схожи.

Еще одним результатом проведенного исследования является определение моделей употребления наркотиков в РК, более точно, частота употребления наркотических веществ. По результатам исследований преобладает ежедневное употребление наркотических веществ.

В заключении мы остановимся на сравнении социально-демографических характеристик двух

исследований.

Первое, это процент вовлеченности в наркоманию мужчин и женщин. Согласно данным этих исследований, при проведении ежегодного анализа преобладают мужчины (по количественному составу).

И второе – это сравнительная характеристика наркозависимых лиц по возрасту. Ссылаясь на результаты исследований, мы видим, что основной процент наркозависимых приходится на возраст от 17 до 35 лет, зарегистрирован возраст 12 лет.

Знание особенностей распространения наркозависимости среди населения РК позволяют, более точно, определить вектор профилактических программ, направленных на сохранение здоровья населения республики, предотвращения распространения наркомании среди населения в целом, среди групп риска, а также повышение эффективности программ медико-социальной реабилитации больных наркоманией.

Если Вас заинтересовал данный материал, то вы можете с ним познакомиться подробно. Выпущены монографии «Многоуровневое исследование проблем наркозависимости в РК» и «Все о наркозависимости в Казахстане».

## ФАКТОРЫ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЭТАНОЛА

А.В.Звягин

Характер прогрессирования психоорганических расстройств алкогольного генеза всецело не определяется особенностями интоксикации этанолом, важны многие дополнительные отягощающие воздействия, систематизация которых в настоящее время только начинается [3]. При изучении же факторов риска требуется учитывать два обстоятельства: а) соответствие явлений, вызываемых вредностью, тем, которые свойственны данному заболеванию; б) степень полного «созревания» болезни для развития или «усложнения» [5 (стр. 4)].

Мы попытались выделить конкретные группы факторов, способствующих «созреванию» болезни (алкоголизма) для дальнейшего ее «усложнения». Обследован 381 мужчина возраста 32-41 года. Лица с клинически очерченными личностными отклонениями (психопатией) в преморбидном периоде в исследование не включались. Все испытуемые были хорошо сопоставимы при использовании метода паракопий (совпадение минимум трех формально определяемых показателей типа: пол, возраст, образование). В основную группу вошли 176 испытуемых со средней стадией (F10.2x2) зависимости от этанола. В качестве групп контроля обследовались 96 практически здоровых лиц и 109 больных шизофренией, инвалидов второй группы, у которых в

г. Красноярск

процессе течения заболевания и на период обследования не было синдромологически четко оформленных и стабильных психотических расстройств.

Использована классификация определения тяжести психоорганического синдрома А.Б.Кайдауловой [1]: на начальных этапах заболевания и при легком его течении психоорганические расстройства проявляются астено-сензитивными и астено-эксплозивными отклонениями; при злокачественном прогрессировании психоорганических расстройств формируются и сменяют друг друга эксплозивные, эпилептоидные и эпилептоидные на фоне субдементности, отклонения.

Из 176 испытуемых с зависимостью от этанола у 72 (группа А) человек имели место только астено-сензитивные и астено-эксплозивные отклонения, что позволило констатировать легкое течение заболевания (медленное прогрессирование психоорганического синдрома). У 104 (группа Б) обследованных фигурировали эксплозивные, эпилептоидные и эпилептоидные на фоне субдементности, нарушения, указывающие на злокачественное прогрессирование психоорганических расстройств.

Было выявлено, что темп прогрессирования психоорганического синдрома коррелирует с возрастом, при котором у лиц с зависимостью от этанола формируется состояние отмены (табл. 1).

Таблица 1

*Зависимость темпа прогрессирования психоорганического синдрома от возраста формирования у испытуемых состояния отмены*

Группы испытуемых Количество обследованных	A 72	B 104	P
Состояние отмены сформировалось в возрасте больного: до 24 лет	28	82	<0,05
в 24 года и старше	44	22	<0,05

Таким образом, в группе Б (лица со злокачественным прогрессированием психоорганических расстройств) в 78,8% случаев состояние отмены сформировалось в возрасте больного до 24 лет. Известно, что окончательное гистологическое формирование лобных долей головного мозга заканчивается только к 24 годам [2]. Следовательно, регулярное воздействие

этанола на гистологически незрелые структуры мозга может быть фактором риска злокачественного прогрессирования психоорганического синдрома.

Выявлены также зависимости между темпом прогрессирования психоорганических расстройств и частотой перенесения больными острых заболеваний (табл. 2).

Таблица 2

*Соотношение количества случаев болезни и дней нетрудоспособности у больных с медленным (группа А) и злокачественным (группа Б) прогрессированием психоорганических расстройств за 3 года наблюдения*

Группы испытуемых Количество обследованных	случаи заболевания		P	дни нетрудоспособности		P
	А 72	Б 104		А 72	Б 104	
грипп	10	56	<0,05	24	207	<0,01
ОРЗ	11	84	<0,01	132	429	<0,01
ангина	16	49	<0,01	149	899	<0,01
другие болезни	9	70	<0,01	98	729	<0,01

Оказалось, что по всем нозологическим единицам различия между двумя группами по количеству случаев заболевания и числу дней нетрудоспособности были на уровне высокой достоверности. Поэтому транзиторные заболевания преимущественно терапевтического профиля также следует

считать фактором риска прогрессирования психоорганического синдрома.

Мы также проверили результаты воздействия ряда биологических вредностей, как на матерей больных во время беременности и родов, так и на испытуемых в ранний преморбидный период (табл. 3).

Таблица 3

*Частота констатации соматогенезов в неонатальный период и в дошкольном возрасте*

Группы испытуемых	A N = 72	Б N = 104	В N = 109	Г N=96
<b>Биологические вредности у матерей больных:</b> Гестозы первой половины беременности	29 РБ<0,05	51 РА<0,05	27 РБ<0,05	31 РБ<0,05
Гестозы второй половины беременности	14	22	16	15
«Простудные» заболевания первой половины беременности	49 РБ<0,05	82 РА<0,05	64 РБ<0,05	37 РБ<0,05
«Простудные» заболевания второй половины беременности	30	45 РГ<0,05	31	29 РБ<0,05
Обострение хронических терапевтических болезней в период беременности	15	22	19	14
Акушерские осложнения периода родов	21 РБ<0,05	63 РА<0,05 РВ<0,05 РГ<0,05	28 РБ<0,05	19 РБ<0,05
<b>Биологические вредности у испытуемых:</b> Острые терапевтические болезни на первом году жизни	91	106	84	72
Острые терапевтические болезни с температурой выше 38 градусов в дошкольном возрасте	82	106	84	80
Травмы головы с потерей сознания в дошкольном возрасте	9 РБ<0,05	38 РА<0,05 РВ<0,05	11 РБ<0,05	12 РБ<0,05

Примечание: А – группа больных с медленным прогрессированием психоорганического синдрома;

Б – группа пациентов со злокачественным прогрессированием психоорганических расстройств;

В – больные шизофренией;

Г - здоровые лица.

Именно у лиц со злокачественным прогрессированием психоорганических расстройств (группа Б) достоверно чаще констатированы биологические вредности, как раннего детства, так и внутриутробного периода. Возможны два объяснения:

1) влияние биологических вредностей в период беременности и первые годы жизни сформировало повышенную «чувствительность» к подобным неблагоприятным воздействиям после достижения

совершеннолетия;

2) относительно низкая переносимость к биологическим вредностям (соматические болезни, алкогольная интоксикация) была «заложена» генетически.

Для проверки второго предположения мы изучили у испытуемых с зависимостью от этанола особенности морфоконституции. Известно, что морфометрические параметры, особенно получаемые при остеометрических методах, находятся под жестким генетическим контролем, что позволяет судить о состоянии реактивности организма в поколениях [6]. Проверялся эндокринологический морфотип по методике Э.М.Коханенко [4]. Результаты исследования приведены в таблице 4.

Таблица 4

*Зависимость темпа прогрессирования психоорганического синдрома от варианта эндокринологического морфотипа у больных европеоидного типа*

Группы испытуемых Количество обследованных	А 68	Б 89	P
Варианты морфотипа:			
1. идеальный	20	15	<0,05
2. гиперандроидный	24	18	<0,05
3. инфантильный	12	28	<0,05
4. феминный и бисексуальный	4	12	>0,05
5. астандартный	6	18	<0,05

---

Примечание: А – больные с медленно прогрессирующим психоорганическим синдромом;

Б – пациенты со злокачественным прогрессированием психоорганических расстройств.

Выявлено, что мягкое течение психоорганических расстройств типично для идеального и гиперандроидного вариантов морфотипов. При выраженных отклонениях от нормы (инфантильный, феминный, бисексуальный варианты) темп прогрессирования анализируемых расстройств был более злокачественным.

Следовательно, повышенная «чувствительность» к воздействию интоксикаций этанолом и влиянию других биологических вредностей закладывается не только в период раннего детства, внутриутробного созревания, но и «накапливается» генетически. Поэтому для дальнейшего изучения таких зависимостей обосновано использовать стресс-диатезную теорию, в рамках которой анализируются, особенности «накопления» в течении жизни индивидуума и в поколениях его родственников, факторов риска становления и последующего прогрессирования хронических неспецифических (в первую очередь, шизофрении) болезней.

---

*Литература:*

1. Кайдаялова А.Б. Динамика психоорганического синдрома при хронических интоксикациях (на модели алкоголизма) // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 1997. № 2. – С. 3-10.
2. Кононова Е.П. Лобная область мозга. – М., 1962. – 317 с.
3. Коробицына Т.В. Социально-психологические факторы риска развития психосоматических болезней и алкоголизма. – Красноярск. 2000. – 93 с.
4. Коханенко Э.М. Опыт применения эндокринологической антропометрии в клинике больных алкоголизмом и некоторыми формами половых расстройств // Акт. вопр. психиатр. эндокринологии. – М., 1978. – С. 18-21.
5. Семке В.Я., Гирич Я.П., Красильников Г.Т. и др. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях. – Томск. 1998. – 63 с.
6. Сумароков А.А. Факторы риска развития негативных расстройств мышления при шизофрении. Вопросы психогигиены. – Красноярск. 2000. – 135 с.

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

### ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н.Н.Рычков

Систематизация социально-психологических факторов, влияющих на формирование личности, является основой создания психогигиенических программ [5]. Для таких исследований А.Н.Леонтьев [4] рекомендовал применение разработанной им методики изучения мотивационного профиля личности с определением социально значимых форм деятельности и сопоставлением их мотивационной и операционально-технической сторон. Такой подход при систематизации факторов риска развития различных форм патологии позволяет условно игнорировать роль биологических воздействий [1]. Изучение категории «личность» с позиций мотивационной концепции может оказаться перспективным при разработке проблем шизофрении, алкоголизма и терапевтических болезней с преимущественным поражением гладкомышечных органов, патогенетические механизмы которых в последние годы все чаще рассматриваются в рамках этологической [3], а факторы риска их развития – с использованием стресс-диатезной [6] теорий. В то время как исследование возрастных особенностей формирования мотивационной структуры преморбидной личности у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями позволит существенно конкретизировать психогигиенические приемы [2, 8].

Для изучения преморбидных особенностей личности у больных с различными клиническими формами хронической патологии мы обследовали 262 испытуемых в возрасте 18-36 лет. В первую группу вошли 98 пациентов с заболеваниями внутренних органов, состоящих из гладкой мускулатуры (бронхиальная астма у 29 человек, гипертоническая болезнь – у 18, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 51 больного). Вторую группу составили 88 человек со средней стадией зависимости от этиалона. Третья включала 76 больных шизофренией (инвалиды второй группы, у которых на протяжении заболевания не доминировали выраженные и синдромологически очерченные психотические расстройства). Пациенты всех трех групп были хорошо сопоставимы при использовании метода паракопий (совпадение минимум трех, формально определяемых, показателей: пол, возраст, образование).

У испытуемых всех трех групп по методике А.Н.Леонтьева [4] определялись показатели мотивационной и операционально-технической сто-

г. Красноярск

рон социально значимых деятельности в различные возрастные периоды. В качестве нормы использованы стандарты возрастных особенностей формирования личности, разработанные Д.Б.Элькониным [7]: в первые месяцы (год) жизни преобладает непосредственное эмоциональное общение (доминирует мотивационная сторона), на втором году оно сменяется на предметно-мануальные деятельности (преобладает операционально-техническая составляющая). В возрасте от 3 до 7 лет – период «ролевой игры» – снова на первое место выходит мотивационная сторона; со временем начала обучения в школе начинает преобладать операционально-техническая составляющая, а в возрасте 14-17 лет (период интимно-личностного общения) опять доминирует мотивационная сторона деятельности; с возраста 17 лет (период «учебно-профессиональных деятельности») опять становится более четкой операционально-техническая составляющая.

Из 262 обследованных у 105 человек видимых отклонений от возрастного стандарта формирования мотивационного профиля личности мы не выявили. Большинство (85 испытуемых) составили больные с терапевтическими заболеваниями, 11 – пациенты с зависимостью от этиалона и 9 – больные шизофренией ( $P<0,01$ ).

У 84 лиц мотивационный профиль личности в преморбидном периоде был расценен как инфантильный. Такой профиль был определен у 72 больных с зависимостью от алкоголя, у 9 – с болезнями внутренних органов и у 3 с шизофренией ( $P<0,01$ ). Анализируя в рамках используемой методики «мимоходом» произнесенные высказывания, оговорки (именно они позволяют судить о мотивационной стороне деятельности) удалось отметить, что эти испытуемые положительно характеризовали своих знакомых и родных при помощи следующих высказываний: «не подведет», «душевный», «свой человек»; отрицательно: «сухарь», « занудный», «расчетливый». Такие характеристики отражают ориентированность на интимно-личностное общение, типичное для подростков, которое в последующем должно смениться на профессиональные ориентиры [2, 3, 7]. Отставание в формировании личности у них просматривалось с возраста 10-12 лет, то есть со времени учебы в 4-5 классах. У этих обследованных снижалась успеваемость, причем педагоги их характеризовали как способных, но ленивых. Уже в этом возрасте они стремились усвоить ми-

нимум знаний и сведений. Под любым предлогом уклонялись от общественных поручений. Не отличались старательностью и в работе по дому. Оставляли занятия в кружках, секциях в школе и вне её. Свободное время предпочитали проводить в безделье.

У 59 обследованных (все с диагнозом шизофrenии) при анализе формирования мотивационной сферы в возрастном аспекте мы не нашли типичной для остальных испытуемых периодической смены преобладания мотивационной и операционально-технической составляющей деятельности. Больные в детстве отличались спокойным характером, пассивностью, мечтательностью, никому не причиняли вреда, были послушными. Они не любили сказок, не увлекались детективными фильмами и телепередачами, у них было мало друзей. У 19 (29,76%) пациентов имелись четкие признаки «раннего взросления» (интерес к проблемам взрослых людей, негативное отношение к попыткам взрослых обращаться к ним в «детском ключе»), в подростковом возрасте у них не было друзей. В этот период они избегали спортивных состязаний, любили смотреть телевизор, слушать музыку, не принимали активного участия в общественной жизни. И в 10-12, и в 14-17 лет эти больные оценивали отрицательно взрослых и сверстников, используя фразы: «от плиты не оторвешь», «одним днем живет», «безалаберный», «неделями мяч гоняет». В положительных характеристиках преобладали: «не одним днем живет», «золотая голова», «шахматист от господа», «не робот, а личность». Следовательно, у обсуждаемых больных шизофrenией на протяжении практически всего периода несовершеннолетия мотивационная составляющая не была ведущей, а доминировала операционально-техническая (определенная по оценке доминирующих стереотипов социально значимого поведения) сторона деятельности.

У остальных 14 обследованных (зависимость от алкоголя – 5, шизофrenия – 5 и болезни внутрен-

них органов – 4 человека;  $P>0,05$ ) определенно оценить профиль личности не удалось.

Изложенное выше позволяет считать, что формирование мотивационного профиля личности в преморбидный период у больных с хроническими соматическими заболеваниями фактически соответствует возрастным стандартам. Для испытуемых с зависимостью от алкоголя характерно отставание формирования мотивационной сферы с возраста 10-12 лет. У больных шизофrenией преобладают грубые нарушения цикличности в смене основных этапов (операционально-технического и мотивационного) развития мотивационной сферы. Дальнейшие исследования в этом направлении представляют несомненный как теоретический, так и практический интерес.

#### Литература:

1. Асмолов А.Г. Деятельность и установка. – М., 1979. – 271 с.
2. Исямова Г.А. Социально-психологический анализ факторов риска в ментальной медицине // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 1996. № 1. – С. 12-19.
3. Коробицына Т.В. Социально-психологические факторы риска развития психосоматических болезней и алкоголизма. – Красноярск. 2000. – 95 с.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. – М., 1975. - 327 с.
5. Семке В.Я., Гирич Я.П., Красильников Г.Т. и др. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях. – Томск. 1998. – 63 с.
6. Сумароков А.А. Соматогенные и психосоциальные факторы при шизофрении // Автореф. дисс. на ... доктора мед. наук. – Томск. 2002. – 41 с.
7. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития советского школьника // Вопр. психологии. – 1971. № 4. – С. 21-23.
8. Якимов В.Б. Наркологически ориентированная психопрофилактическая программа. – Кустанай. 1996. – 95 с.

## ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### ПОГРАНИЧНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УЛЫТАУСКОГО РАЙОНА (по данным эпидемиологического обследования)

Т.К.Кудеринов

г. Караганда

Эпидемиологическое изучение распространенности нервно-психических расстройств среди населения, определение роли различных медико-биологических, вредных экологических факторов окружающей среды и экстремальных ситуаций, связанных с пребыванием населения Центрального Казахстана в регионе прилегающего к ракетному полигону пос. Байконур до настоящего времени не проводилось.

Особую актуальность приобретает влияние испытательного полигона, как хронического экологического и стрессового фактора, вызывающего различные пограничные нервно-психические расстройства, включающие невротические, астенические, депрессивные, психосоматические и другие психогенные и непсихогенные уровни психического нарушения. Представляется несомненным по нашему мнению, в возникновении соматогенных психических расстройств существенную роль играют стрессирующие факторы как острые, так и хронические. Выявление возрастающей распространенности этих расстройств (невротических, аффективных, психосоматических), знание этой пограничной психической патологии в общей медицинской практике, ранняя диагностика, своевременное и оптимальное лечение являются первоочередной и актуальной задачей практического здравоохранения.

С этой целью в июле, августе 2000 года нами проводилось комплексное исследование состояния психического здоровья населения Улытауского района, непосредственно прилегающего к ракетному полигону, а также Осакаровского района в качестве контрольной группы.

Для выявления пограничных нервно-психических расстройств среди практически здоровых лиц (работающих и неработающих) и не состоявших на диспансерном учете психиатрического учреждения нами были использованы следующие методы исследования:

1. Эпидемиологическая стандартизованная карта для выявления пограничной патологии
2. Психологический скрининг-опросник для выявления психоэмоционального стресса по Ридеру, в модификации Коповой
3. Экспериментально-психологические методики для определения уровня астенического состоя-

ния (ШАС) по Л.Д.Малковой в модификации Т.Г.Чертовой, созданная на базе данных клинико-психологического наблюдения известного опросника MMPI.

4. Скрининг-тест для выявления сниженного настроения (ШСН) (опросник в Зунге, адаптированный Т.П.Балашовой)

5. Метод цветного выбора Люшера для выявления невротических расстройств и предболезненных состояний эмоциональной напряженности и адаптированности.

По результатам комплексного исследования состояние психического здоровья с учетом удаленности от ракетного полигона и траекторий полета ракеты «Протон» и сброса ракетоносителей 1-2 ступени и сброса соответствующих остатков ракетного топлива «гептил», нами были выделены 3 группы обследованных лиц:

1 группа – п. Улытау (1 площадка падения ракеты)

2 группа – п. Жезды (2 площадка район падения ракеты)

3 группа – п. Осакаровка (контрольная группа).

Всего нами было проведено комплексное обследование у 1150 человек, в том числе п. Улытау – 254 человек, п. Жезды – 440 человек, всего по Улытаускому району было обследовано 694 человека, а в контрольной группе Осакаровского района число обследованных лиц составило 456 человек.

Следует отметить, что во время проведения анкетирования, обследуемые лица указывали на отрицательное психогенно-стрессовое и экологическое воздействие на состояние здоровья факторов падения ракеты «Протон» – 26,6% по Улытаускому району, включая поселок Улытау - 45,6% (1 площадка падения ракеты), п. Жезды – 16,7% среди обследованных лиц (1 площадка район падения ракеты). В то время как обследованные лица Осакаровского района (контрольная группа) – 29,3% указывали как отрицательный экологический фактор преимущественно на питьевую воду, которая была солоноватой и т.п.

Любопытным является то, что психоэмоциональный стресс – уровень по шкале Ридера - по всему массиву обследованного населения составлял – 10,7%, включая по Осакаровскому району – 16,4%, Улытаускому району – 7,1%; п. Улытау – 11,4%, п. Жезды – 4,5%. Такое обратное соотно-

шение цифр неблагоприятных экологических условий проживания и уровни психоэмоционального стресса объясняется, по нашему мнению, связано соотношениями большей адаптированностью жителей села по сравнению с городскими жителями к факторам наступивших неблагоприятных экономических, рыночных условий проживания.

Наши исследования проведены по шкале астенического состояния среди жителей Улытауского района (694 чел.) выявили у 236 человек астенические состояния, что составляет 33% от общего массива обследования. При этом на 1 месте обследования оказались лица в возрасте 26-40 лет (48%), на 2 месте лица старше 40 лет (30%), на 3 месте – 18-25 лет (18%). Следует отметить, что в п. Улытау из 256 обследованных лиц астенические состояния выявлены у 121 человека, что составляет 47,6%. Среди обследованных 440 человек в п. Жезды у 115 человек была выявлена астения (26,1%). В то время как в Осакаровском районе уровень астении составляет 29,3%.

Общеизвестно, что астения – это состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительностью и слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями, нарушениями сна, и является одной из проявлений универсальных категорий общей патологии.

Так, по данным Н.М.Жарикова и В.Я.Гиндикина (1996 г.) распространенность астенических состояний составляет 45,9 на 1000 населения.

В рамках малой психиатрии эти расстройства отмечаются при неврозах (в качестве основной синдромальной характеристики при неврастении, в качестве факультативных признаков при других неврозах), при астеническом варианте психоорганического синдрома, астенических депрессиях, могут встречаться в рамках фазовых состояний расстройствах личности и на разных этапах процессуальных и органических заболеваний и т.п. (В.Я.Гиндин, 1999 г.). Выявленные нами астенические состояния среди населения показали более значительную распространенность по сравнению с данными общеэпидемиологических исследований на 1000 населения. При этом частота астенического состояния на 1000 населения увеличена в 7,5 раза, по Улытаускому району, в том числе в п. Улытау – в 10 раз, в п. Жезды – в 5 раз, в п. Осакаровка – в 2,9 раза по сравнению со средне статистическими данными эпидемиологических обследований в других странах.

Наши исследования по выявлению уровня сниженного настроения показали, что у каждого третьего из обследованных лиц в Улытауском районе было отмечено снижение настроения – 29,8%, в то время как в 1 группе обследованных лиц п. Улытау составило – 40,2%, а среди обследованных п. Жезды только 23,6%.

Депрессивные состояния чрезвычайно широко распространены, и их число постоянно увеличивается, они встречаются во всех слоях населения, во всех культурах и связаны со значительными субъективными страданиями социальной декомпенсаций, склонность к суицидным действиям (Андст Дж., 1983).

Только в последнее время в связи с широким внедрением в практику унифицированных, диагностических систем появилась возможность в проведении таких сопоставлений. Так, по данным психиатрических исследований клинически распознаваемые депрессивные состояния, требующие медицинской помощи, обнаруживаются у 3% населения (П.Кильхольц, 1974). Согласно эпидемиологическим и социологическим исследованиям в мире насчитывалось около 100 млн. депрессивных больных (Van T.A., 1981 г.), В.Летинен (1983 г.) говорит о 7-8% взрослого населения. Рассматривая распространенность монополярных аффективных расстройств в индустриальных странах (М.М.Бейсман, Дж.Боуд, 1983), их находят у 3,2% мужчин и 4,5% у женщин, соответствующие данные о заболеваемости 82 на 100000 мужчин и 247-598 на 100000 женщин. По данным ряда авторов считается, что, вероятно, в течение жизни униполярные депрессии отмечаются у 10% мужчин и 20% женщин (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

Анализ наших данных выявил, у каждого третьего из обследованных лиц Улытауского района сниженное настроение (по уровню ШСН), в то время как в 1 группе обследованных лиц п. Улытау – 40,2% и обследованных лиц п. Жезды – 23,6%. Требует углубленного анализа выявленный высокий удельный вес сниженного настроения среди 2-1 группы обследованных лиц Осакаровского района – 62,7%, которое, по-видимому, связано с дезадаптированностью населения, возникшим с распадом коллективных хозяйств в новых рыночных условиях, отсутствием материальных доходов, финансовым неблагополучием населения и т.д.

Наши исследования свидетельствуют о том, что имеет место высокая частота распространенности депрессивных состояний по всему массиву обследованных групп (42,8%) п. Улытау – 40,2%, п. Жезды – 23,6%, Осакаровка – 62,7% и, соответственно, по сравнению со средними эпидемиологическими данными депрессивных состояний в других странах уровень сниженного настроения превышает по всему массиву в 5 раз, п. Улытау – в 5 раз, п. Жезды – в 3 раза, п. Осакаровка – в 6 раз. Наши исследования свидетельствуют о широкой распространенности пограничной психической патологии среди населения, прилегающего к региону ракетного полигона Байконур и, характеризуется значительной частотой психоэмоционального стресса, высоким удельным весом астенических и депрессивных состояний среди населения, отражающих мощные факторы стрессогенных и экологически вредных воздействий близости ракетного полигона.

---

---

*Сравнительная экологическая характеристика уровней стресса астенических состояний (ШАС), сниженного настроения (ШСН) среди населения Улытауского и Осакаровского районов*

Район обследования	Количество лиц указан., отрицательные экологические условия	Уровень стресса	ШАС (абс/%)	ШСН (абс/%)	Всего обследовано лиц
Улытауский п. Улытау	116/45,6%	29/11,4%	121/47,6%	103/40, 2%	254
п. Жезды	69/16,7%	20/4,5%	115/26,1%	104/23,6%	440
Всего по району	185/26,6%	49/7,1%	236/33%	207/29,8%	694
Осакаровский	136/29,3%	75/16,4%	13/29,3%	286/62,7%	456
Итого	321/27,9%	124/10,7%	370/32%	493/42,8%	1150

*Литература:*

1. Бамдас Б.С. Астенические состояния. М., 1961 г., 203 с.
2. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978
3. Гиндинкин В.Я., Герцик Л.Г. Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1987 г. 27-30 с.
4. Карвасарский Б.А. Неврозы. Изд. 2-е. М., 1990, 573 с.
5. Смулевич А.Б., Концевой В.А., Гиндинкин В.Я. и др. Раннее распознавание соматизированных психических расстройств и общемедицинской практи-ке (методические рекомендации). М., 1988, 44 с.
6. Корнетов Н.А. Психические депрессии (клиника, патогенез). Томск, 1993 г., 239 с.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия (перевод с английского). Т.1. - М., 1994, 671 с.
8. Свядов А.М. Неврозы, изд. 5-ое. М., 1996 г., 368 с.
9. Пограничная психическая патология в об-щемедицинской практике под ред. А.Б.Смулевич. М., 2000, 158 с.

---

---

## ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ

### НЕОБХОДИМОСТЬ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ «ВИРТУАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ» ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩИМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ ОБУЧЕНИЯ

к.пед.н. Л.В.Богомолова

Противоречия, существующие в процессах семейного воспитания, общеобразовательного развития детей и в общественных ценностных ориентациях оказывают «виртуальное воздействие» на эмоционально-физическое неблагополучие детей и подростков.

Виртуальное воздействие происходит не только в «экранном пространстве» кинопроизведений или демонстрируемых компьютерных игр и различных программ. Виртуальное воздействие образуется рядом противоречий, не всегда «улавливаемых» в быту. Это воздействие оказывает негативное влияние на формирование умов и чувственности современных поколений. Причем, это искусно создаваемая в социуме реальность, имеет свойства при неправильном с ней обращении повергать неокрепшую душу в сметенное, тревожное, угнетенное состояние, формируя устойчивые невротические реакции, не только через образные мыслиформы, но и через поведенческий «имидж» взаимодействия между людьми. Что влечет за собой устойчивое развитие реальных факторов риска от социопатогенного разрушения психического здоровья личности. В обзорной статье мы лишь выделим различные т.н. виртуальные реальности для последующих этапов более пристального их рассмотрения.

1. Обратимся к статистике. Современное состояние детей дошкольного возраста по данным Центра Здоровья РАМН таково: около 70% дошкольников имеют функциональные отклонения в состоянии здоровья. Ведущее место по распространенности среди детей 4-7 лет занимают болезни нервной системы (30-40%).

Статистические данные анализа результатов готовности детей к обучению НИИ гигиены детей и подростков, Института возрастной физиологии, Института дефектологии РАО показывают, что от 52 до 73% обследованных детей характеризуются отставанием эмоционально-волевой сферы, динамической организации движений, слухоречевой памяти, сферы образов представлений.

2. Существует еще ряд невыявленных статистической показаний, реально действующих на здоровье детей и взрослых, о которых педагогическое сообщество (родителей и учителей) стыдливо умалчивает. Это ежедневные факты психического насилия.

В.Н.Шкатулла выделяет следующие формы психического насилия:

- Угрозы в адрес обучающегося;
- Его преднамеренная изоляция;
- Предъявление к обучающемуся чрезмерных требований, не соответствующих возрасту;
- Оскорбление и унижение достоинства;
- Систематическая необоснованная критика ребенка, выводящая его из душевного равновесия;
- Постоянная негативная характеристика обучающегося;
- Демонстративное негативное отношение к нему;
- Запугивание ребенка;
- Чрезмерное повышение голоса.

Если в первом случае речь идет об «изъянах» семейных традиций домашнего и «учрежденческого» воспитания, то во втором случае – профессиональные традиции учительства авторитарно-манипулятивного стиля мышления и поведения. Кроме этого, к физическому и психическому насилию прибегают педагоги или склонные к насилию, или не имеющие педагогического опыта и из-за этого неспособные эффективно управлять детским коллективом. Эта тема стоит отдельных размышлений и еще ждет своего научного анализа.

3. Выделим еще более «запущенную область» виртуального воздействия, которая выделяется низким уровнем аудиовизуальной культуры населения. Кратко раскроем этот тезис.

Сегодня все более очевидной задачей искусства становится изображение патологических процессов в человеческой душе. Искусство не только исследует, но все больше становится провокатором такого деструктивного развития личности. Например, видеопродукцией создается миф, что современной цивилизации как будто бы необходим неврастеник, человек боящийся, тревожный, постоянно чем-то неудовлетворенный, для того, чтобы он заедал, запивал и искал другие способы анестезирования той духовной неустойчивости, которая в нем технократической цивилизацией должна поддерживаться. Одно из наименований ее – «цивилизация инстинктов», формируемая потребительские инстинкты. Ведь, чтобы развивалось неограниченно производство, а, следовательно, и капитал: нужно получить потребителя, который способен безгранично потреблять. В то время как гармоничный человек – это устойчивый человек, он всегда имеет ограничители, умерен в потреблении, и прин-

цип аскетизма как органический принцип заложен в структуру всех здоровых культур.

На этом фоне, можно рассмотреть то, что называют всесторонним кризисом нашего времени». Он состоит из разных процессов. Эти процессы складываются и воздействуют друг на друга. Но отдельные составляющие этого процесса, которые нами выявлены, обнаруживают парадоксальность. Парадоксы современности образуются из многих частных усилий, осуществляемых в разных направлениях, где вполне позитивные усилия приводят к отрицательным результатам. Наблюдая воздействие «переходной» культуры общества в психологическом ракурсе, мы констатируем образование феномена негативного, неблагоприятного воздействия на душевно-духовное состояние человека. Создается система ложных ценностей, где нет места здоровому человеку со здоровой благополучной семьей. Все больше «жертвами» природы этого процесса становится подрастающее поколение: дети и молодежь. В этом контексте общественной культуры становится не область развлечения и досуг, а уровень сознания и то, как мыслят и действуют люди: и дети, и взрослые.

4. «Виртуальная реальность» формируется также на фоне «правовой ленности». Правовое поле современных родителей и образовательных учреждений выделяет новые сферы актуального развития родительской и административной компетенции, которая полностью ни той, ни другой стороной еще не осознается и не реализуется. Соответственно, новые формы работы с родителями еще в полной мере не формируются. Прежние, «построенные» на вызове родителей в школу в случае конфликтной ситуации и родительские собрания, по своим установкам и методам процесс надлежащего формирования современной родительской компетенции не производят.

5. При создании здоровье сберегающих технологий обучения мы обращаем внимание на возможности нейтрализации «соционегативизма». Сегодня социальная культура общества склонна стирать индивидуальность, так как процесс вплетения в ткань существующей культуры, формирование личности, усвоение программ жизнедеятельности, речи, способов коммуникации и техники удовлетворения потребностей, правил межличностного взаимодействия, методов и стиля мышления, правил, логики ведет к *дeиндивидуализации*, поскольку «окружающие» бдительно следят за тем, чтобы все многообразие проявлений жизни соответствовало нормам и стандартам, одинаковым для всех. В этом контексте общественная культура могущественна и опасна, так как обезличивает человека.

**Зарубежные и отечественные психологи (Р.Лейнг, Э.Берн, М.И.Данилова, Ю.М.Орлов.) приводят большое количество примеров, когда общественная и массовая культуры программи-**

**руют каждого из нас, не заботясь о нашем благополучии. Например, закрепление в эпатирующих программах обучения постоянной установки только на успех, устойчивое подражание т.н. абстрактному идеалу, предписания к образцовым типам послушного, «правильного» поведения, ведущего к манипуляции человеком и его чувственной «эксплуатации» и т.д. Современные ученые-практики обращают внимание на необходимость формирования потребности у людей быть неповторимыми, отдельными, ориентированными на большее, чем нормы культуры и овладение умением принимать людей такими, какими они есть.**

6. Для создания необходимых условий педагогической помощи, традиционные формы и методы обучения и воспитания оказываются недостаточными, так как они преимущественно вербальны, словесно-объяснительны. В то время как социально-негативные, семейные и учебно-педагогические формы взаимодействия чаще всего невербальны по силе воздействия и по преимуществу – запечатльяльны. Поэтому важно в ближайшем будущем выделить и обосновать новые возможности педагогической терапии и психотерапии состояний, образуемые ситуациями школьных и учебных форм поведения и мышления в деле формирования личностных эмоционально-волевых качеств саморегуляции, уровней аудиовизуализации и восприятия мыслеформ, овладения навыками самосозидания и индивидуальной телесно-пластической и речевой выразительности детей и подростков, учителей и родителей.

Создание и развитие методов и приемов здоровье сберегающих технологий обучения, как показывает личный опыт, возможно осуществить с учетом использования психосоматических подходов, развивающиеся в медицинской теории и практике. Кроме этого нами успешно развиваются возможности *художественных методов преподавания*, с учетом психоневрологического подхода. Главное отличие методов и приемов здоровье сберегающих технологий обучения заключается в том, что их воздействие более благоприятно, психически безопасно для закрепления эмоционального благополучия и психического комфорта детей и взрослых. Эти методы и приемы принципиально отличны по стилю и эффекту преподавания: они более гибко, мягко развивают доверительные отношения и искреннее взаимодействие в различной учебной аудитории, в том числе и в родительской.

Таким образом, здоровье сберегающие технологии необходимы при комплексной нейтрализации соционатогенных факторов, образуемых при отсутствии надлежащей компетенции преподавателей и родителей. Эти факторы образуют различные, безличные виртуальные реальности, обуславливающие:

- 
- 
1. психосоматические нарушения в детском развитии;
  2. психическое насилие в общеобразовательных процессах обучения;
  3. низкий уровень аудивизуальной культуры личности;
  4. кризис «переходных состояний» общественной культуры;
  5. преобладание словесно-умозрительных мето-

дов вместо запечатлительных;

6. правовую ленность современных преподавателей и родителей.

Внедрение здоровье сберегающих технологий обучения крайне актуально для: 1) профилактики психического здоровья в школе и в семье; 2) развития методов психической безопасности обучения и воспитания.

## СУФИЙСКИЕ ПРАКТИКИ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ

Н.Б.Шахмедин

г. Костанай

Для создания особых терапевтических и трансперсональных состояний мы обращаемся к одному из самых богатых традиционных духовных посланий – *Суфизму. Суфизм – это путь мистиков, путь любви, жизни, изобилия, восторга и празднования.*

Суфизмом были разработаны изощренные методы для достижения духовного преображения. Начальный этап Пути является, собственно, психотерапевтическим. Это попытка исправить наиболее грубые нарушения в работе психики и сделать ученика более осведомленным о самом себе. Концепция бессознательного, ставшая общепризнанной благодаря З.Фрейду, значительно старше, чем учение психоанализа. Неосознаваемые движения души были объектом пристального внимания наставников Пути. Среди методов, применявшимися суфиями, был и анализ сновидений, столь важный для Фрейда. В духовной психологии суфиев различают два основных вида бессознательного: присущее сердцу (дель) и присущее «повелевающей душе» или «командующему – Я» (нафс- и амара). Считается, что сердце – это божественный дар. Оно уподобляется зеркалу, которое надлежит очищать от ржавчины природного и материального мира, покуда оно не отполируется и не отразит Истину.

Следующий этап Пути имеет дело с более тонкими материями. Суфии полагают, что обычный человек ведет жизнь, подобную сну. Суфиями была разработана методика поддержания «пробужденности». Одним из аспектов метода является техника постоянного понимания имени Божественного, называемая зикр. *Зикр* (вспоминание) – основная суфийская практика, водой *зикра* смывается «ожесточенность сердца и беспокойство ума», сознание же наполняется особой пустотой и слиянием с целым известное как состояние *фана* (исчезновение). Другие компоненты суфийского метода постижения - *моракеба* (медитация), *мохасеба* (самоанализ), *фекр* (размышление), *сэма* (специаль-

ные телодвижения как у знаменитых «кружащихся дервиш» *суфийского ордена Мевлевийя*), фиксация позы (стоп-медитация), контроль за дыханием и др.

Суфийское дыхание является уникальным методом очищения – наполнения. Во время этой высокоэнергетической практики открываются два важнейших центра (долины) – долина самовыражения и любви. Долина самовыражения (горловая чакра у йогов) ответственна за волю и творчество. Долина любви (сердечная чакра) проявляет качество сердца – любовь-ненависть, радость-печаль, счастье-горе. Ясно становится, что эмоциональные и волевые расстройства зависят от состояния этих долин. Под влиянием терапевтической магии суфийского дыхания родилось так называемое холотропное дыхание С.Грофа, который, несомненно, имел представление о суфийском дыхании и использовал его в суфийскую музыку для своих разработок, о чем частично упоминает в своих трудах.

В течение 4-х лет при работе с пограничными нервно-психическими расстройствами нами отмечено следующее: у участников терапевтических групп редуцируется симптоматика, снимается астения, отмечается прилив энергии, бодрость. А также снятие депрессии и субдепрессии, повышается настроение, появляется радость, блеск в глазах, интерес к жизни, чувство удовлетворения собой и происходящим вокруг.

По волевым расстройствам и интеллектуальной деятельности отмечено снятие бездеятельности, пассивности, безысходности, появляется желание творить, созидать и действовать. Участники групп начинают писать стихи, рассказы и всесторонне творчески проявлять себя.

Начиная с 1996 года мы активно применяли оздоровление восточным духовными практиками в форме «Школы саморегуляции». На тренинги в «школу» приходили люди с жалобами на расстройства нервной системы, органов пищеварения, сер-

дечно-сосудистые заболевания. А также с жалобами на заболевания печени и желчевыводящих путей, дыхательной системы, кожные болезни и многие другие соматические проявления дисбаланса в организме. В качестве технических средств применялись восточная гимнастика, медитации и катартические методы суфийской духовной психологии. Занятия проходили форме 10-ти дневных семинаров. Проводилось 2-х кратное заполнение анкет, в 1-ый и 10-ый дни.

При обработке более 3-х сотней анкет 1998-2000 г.г. выявлены следующие результаты:

На вопрос «Какие улучшения произошли в вашем организме к 10-му дню были получены следующие ответы (приведем часть из них):

- Улучшение самочувствия и подъем настроения у 284 из 287 предъявивших жалобы со стороны нервной системы.
- Появление бодрости и легкости в теле 93.
- Улучшение сна, его глубины у 83, в т.ч. 5 отмечают уменьшение продолжительности сна, необходимой для полноценного отдыха. И это только 5 описанных случаев, в практике же этот феномен встречался значительно чаще. Но мы в этой работе говорим только о записанных случаях.
- Нормализация функционирования пищеварительной системы отметили 36 человек.
- Изменение аппетита у 47 человек, из кото-

рых 33, имевших пониженный аппетит или его отсутствие, отметили повышение, а 14 имевших повышенный с радостью говорят о понижении. Организм начинает принимать только необходимое ему количество – это еще один часто встречающийся феномен саморегуляции.

• Полное исчезновение боли в области органа отметили в 74 анкетах, значительное уменьшение боли в 19 случаях.

• Нормализацию артериального давления в 18 случаях, пульса в сторону возрастной нормы – 16.

• Улучшение функции дыхательной системы у 6 человек, в т.ч. есть 2 случая избавления от приступов удушья при астме.

• Возвращения гибкости позвоночника – 43.

• 14 Курсантов отметили восстановление и улучшение слуха.

• 49 улучшение функции органов зрения (часть курсантов ставили это целью, но отмечено и самопроизвольное улучшение зрения), из них ясность и четкость – 19.

Таким образом, мы сами, как и наши курсанты, смогли убедиться в эффективности методов восточной медицины и целительства суфииев, последние же не склонны придавать этому особого значения, считая это побочным продуктом духовного преображения.

---

---

## ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

### СВЯЗУЮЩЕЕ ЗВЕНО В ЦЕПИ РАЗВИТИЯ ЦИВИЛИЗАЦИИ

О.Ф.Савченко

#### 1. Связь между людьми

Новейшие достижения науки и техники сделали большой прорыв за минувшее столетие в области связи. Но все эти достижения связаны с техническим прогрессом.

Новейшие открытия в области трансперсональной психологии говорят о том, что нет ничего нового, всё, что мы открываем для себя заново, было уже известно на протяжении существования ранее живших цивилизаций. Сознание человека многомерно. Мы хорошо помним прошлое, осознаём существование в настоящем времени и зачастую предвидим будущее. Одни идут к нему подсознательно, другие планируют. Как найти временную связь, которая даёт нам возможность заглянуть в прошлое и будущее. Испытавшие клиническую смерть говорят об этом. Вещие сны помогают ориентироваться в будущем. Всё это говорит о том, что связь есть. Сам механизм её происхождения интересует многих.

Изучение головного мозга послужило открытию новых научных течений, созданию компьютера, который постоянно совершенствуется.

Умение жить по Законам Космоса – вот путь к духовному совершенствованию. Человеческий мозг способен аккумулировать в себе поток информации. После смерти знания не исчезают, а вместе с энергией переходят в информационное поле Земли. И так идёт накопление энергии, несущей в себе знания, способности, умения пользоваться такой энергией и есть связующее звено в цепи развития цивилизации. Умение жить по Законам Космоса – вот путь к духовному совершенству. Только осознав и постигнув значимость этих законов, можно привести к гармонии тело и душу. Многое можно почерпнуть из церковных заповедей, но это не всё. Они могут наставить только на путь истинный, но более глубокие знания всегда скрывались от мирских людей и допускались к ним только продвинутые. Этими знаниями на земле может пользоваться каждый из нас и прийти к ним нужно самостоятельно. Люди считают такие способности фантастическими. Нам надо объединить их все вместе – вот это и будет эталон человека будущего. Но в стране не разработаны сейчас такие программы. В большом количестве людей таких нет. Поэтому идёт сейчас серьёзная работа на первом этапе по поиску, чтобы восстановить хотя бы объём способностей, узнатый, на что способен человек Земли в целом. Мне

довелось общаться со многими, но мало кто осознаёт истинное положение вещей. Они считают себя пришельцами. Как эти способности проявляются? Чаще всего в результате экстремальных ситуаций: болезни, аварии, различных несчастий и т. д. Открываются новые участки головного мозга. Приходят в рабочее состояние. Как можно, используя эти свойства человеческого мозга, вернуть способности или развить хотя бы имеющиеся. Насколько далеко можно зайти в этих исследованиях может дать ответ только связь. Это главная способность человека. Через нее можно связать все участки мозга и получить информацию из прошлых жизней субъекта. А, восстановив прошлые жизни, естественным путём можно вернуть его в знакомые состояния, но забытые в результате многих воплощений. Если уходят способности это не значит, что их не было.

Только серьёзная кропотливая работа над собой может помочь приблизиться к этой цели и в основе лежит связь. Когда мы приобретаем возможность слышать собственное эго – вот тот заветный рубеж, к которому мы должны стремиться. Если этот путь пройден, перед человеком открывается совсем другой мир. Способность общения на расстоянии и достигается на уровне этого рубежа – это и есть связь с прошлым, настоящим и будущим. Это связь всех поколений, живших когда-то на Земле.

Если основные события на Земле запечатлены в летописях, то детали иногда у людей проскальзывают в видениях, вдруг неожиданно мелькает та или иная картинка. Это тоже память, но связь уже идёт на другом уровне, мозг работает отдельными участками. Вступает во взаимодействие левое и правое полушарие. А мы знаем, что правое и левое полушарие имеют разные функции. Связь на расстоянии пробивается энергией, которая посыпается одним субъектом к другому. Это ещё один вид связи на энергетическом уровне – эмоциональный, когда чисто индивидуальные способности улавливаются, такие, которые свойственны данной личности. При помощи них и различаются люди при общении. Похожих нет. У каждого есть что-то своё индивидуальное.

Энергия – у каждого человека индивидуальна и выполняет более объемлемые функции. Без энергии человек перестаёт существовать – умирает, но в узком понятии. Отмирает только физическая оболочка. На это много причин. Самая банальная нет гармонии. Человек не совершенствуется, а дегра-

дирует. Можно спросить, а почему умирают молодыми? Причин много, но одна из них, когда душа вселяется не в развитое тело, она его и покидает. Во времени ничего не стоит на месте, всё развивается и когда духовный уровень человека высокий, то в физическую оболочку вселяется только для подпитки земной энергией, или ради миссии. Но если в жизни создаются благоприятные условия и окружающая среда способствуют развитию или наоборот есть необходимость отдавать своё. Вот только так и достигается рост духовности на Земле и всего того к чему человечество готово на данном этапе.

Есть и ещё один вид связи, который даётся на Земле воистину избранным. Это в истории известно, как письмо. Эта связь идёт помимо сознания сразу напрямую из мозга к конечностям. При этом более глубокие механизмы запускаются в организме. Эта связь выходит за приелы планеты. Такая связь и творит историю на Земле. Как бы не складывались обстоятельства, но мы живём по написанному, по предсказанному ранее живущими. Это находится уже за приелами человеческого мозга. В данном случае он работает, как проводник. Вот такие виды связи изучаются и существуют на Земле. И от нашей с вами работы зависит очень многое. Мы идём, как первопроходцы к истокам земных цивилизаций, которые когда-то были на Земле. Только овладев всеми знаниями, которые существуют и пока ещё недоступны нам, но, овладев ими, мы сможем выйти за приелы солнечной системы.

## 2. Ускорение времени

Когда бы люди не смотрели на циферблат, они видят бегущую секундную стрелку. Они осознают, что время идёт, а в действительности время течёт по-разному, в зависимости от процессов, происходящих внутри солнечной системы, и это явление можно назвать солнечными бурями.

Планету Землю солнечное излучение достаёт за незначительный промежуток времени, но когда встречается с энергией, выбрасываемой ядром Земли, происходит реакция, которая влияет на всё происходящее на Земле.

Мы часто становимся свидетелями явлений, которые на Земле не достаточно изучены. Но главное на них повлиять невозможно. Также как за ночь обязательно приходит день, и лето сменяет осень.

Под влиянием антропогенного фактора происходят изменения в земной атмосфере, что естественно не может не сказаться на мощности проникновения на Землю солнечной энергии, при со-прикосновении с энергией Земли идёт ускорение реакции взаимодействия – это влияет на скорость времени и всё происходящее на Земле. Это сейчас наблюдается повсеместно и во всём. Будь то наука или практика.

Притяжение Земли должно увеличиваться. Следовательно, будет притягивать к себе больше энергии космоса. Это, в свою очередь, будет вести ещё больше к непредсказуемости явлений на Земле. Загрязнение атмосферы уже плохо оказывается на здоровье всего живого на Земле: исчезают одни виды, мутируют другие; и люди, в общем, это всё осознают, но не осознают всей серьёзности происходящего.

## 3. Реакция организма на энергетические изменения в солнечной системе

Человеку свойственно неадекватное поведение на те или иные события. Но почему это происходит? Последнее время наука всё чаще задаёт себе этот вопрос. Много всяких гипотез. Существует мнение, что нами управляют и от части это так. Но, в природе всё взаимосвязано, как в космосе, так и в организме. Вся вселенная подчиняется законам космоса.

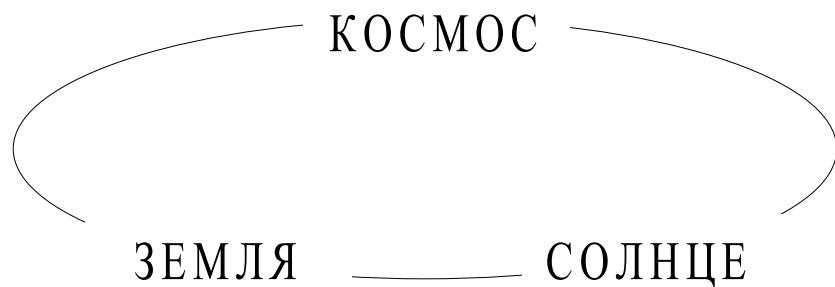


Рис.1.

Всё находится в энергетическом круговороте. Нарушение этих процессов необратимо, как цепная реакция. Это отражается на магнитных полях, которыми пронизана вся атмосфера. Каждая энергетическая волна несёт в себе энергетическую информацию и если встречает на своем пути другую – поглощает её. Материально это проявляется в

катализмах, катастрофах, в общественных отношениях, на организме человека и т.д. Как следствие, нарушение энергетического баланса в организме человека проявляется болезнями.

Мы знаем, что тело человека делится на 3 основных тела с подпланами и все они взаимосвязаны энергетически.



Рис. 2. Состав человеческого тела.

Когда подвержено влиянию одно из них – это не может не оказаться на других. Вместо того чтобы использовать новейшие технологии по улучшению экологии на Земле, люди ищут вакцину от СПИДа, но второе будет нарастать, как снежный ком. Нездоровое отношение к земной экологии, как следствие вызывает отклонения в энергетических процессах на более глубоком уровне. Если происходит изменение в одном энергетическом теле – это неизбежно ведет к изменениям в других и в конечном итоге на физическом плане – это болезни. Серьёзные энергетические нарушения проявляются и тяжёлыми заболеваниями. Поэтому лечение надо начинать с оздоровления энергии организма, экологии, атмосферы планеты. Все изменения, происходящие на энергетическом плане, называются кармическими.

#### 4. Наши достижения науки в области связи

Если научные открытия в области связи были в течение последнего столетия, то телепатическая связь существует на протяжении всей истории человечества, но пользовались ею не все, а только избранные. Почему идёт такой отбор? Кто за этим стоит? Возвращаемся опять к энергии. Как и на каком уровне кто её воспринимает. На эти факто-

ры всё материальное не имеет никакого влияния. Энергетические тела имеют каждое свою частоту восприятия энергетической информации. Одно на планетарном уровне, другое на материальном, третье на космическом. Почему происходит такое деление? Это во многом зависит от предыдущих воплощений, от происхождения данной субстанции, но всё находится под контролем информационного поля Земли, которое, в свою очередь, имеет связь с космическим разумом, опять-таки на энергетическом уровне. Эта связь бессмертна и бесконечна в пространстве. Ей подвластно всё, поэтому чтобы не произошло на Земле, всё всегда было и будет под контролем. И если люди Земли не будут жить по Законам космоса – он нас уничтожит. Эти Законы – Заповеди божьи и в своё время были переданы на Землю через Христа, а, в общем, можно сказать тремя словами: ВЕРА ВО ВСЕОБЪЕМЛЮЩУЮ ЛЮБОВЬ.

#### 5. Борьба противоположностей

На малой орбите вокруг Земли вращается энергетическая субстанция. Если представить себе на рисунке, то выглядит это как две стороны одной медали.

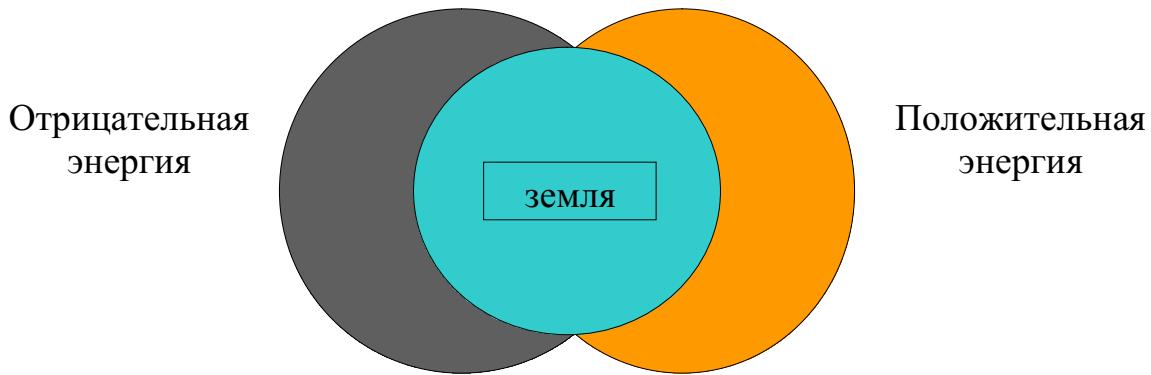


Рис. 3.

Эти две субстанции постоянно противостоят друг другу и находятся в состоянии борьбы постоянно. На материальном плане ещё можно выразить в отношениях, как добро и зло, правда и ложь, война и мир – положительные и отрицательные отношения между людьми. Когда баланс этих двух

субстанций равен и находится в относительно спокойном состоянии, мы занимаемся созиданием. Если отрицательная энергия преобладает, происходит «цепная» реакция, возрождающая разрушительную силу. (Рис.4)

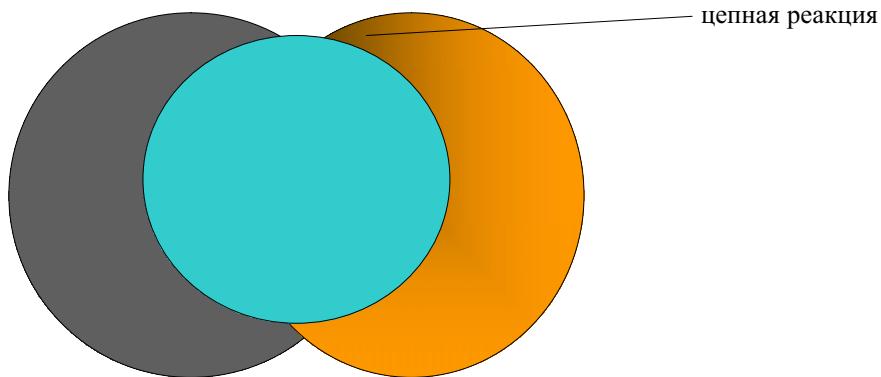


Рис. 4. Это и есть борьба противоположностей.

## 6. Виды информационного обмена

Выше говорилось об энергетическом обмене информации, но есть и другой вид, который передаётся при помощи эмоций, жестов, взглядов. Каждому свойственен свой вид энергии, который соответствует определённому телу. Всё, что можно видеть наглядно, мы относим на физический план: язык жестов, восприятие музыки человеком и других звуков.

Астральное тело играет роль переходного - от человека к окружающей среде и цвет его ауры зависит от энергетической силы личности и его сущности (рис. 5).

## 7. Нострадамус о начале эпохи Водолея

Предсказания Нострадамуса проверены временем. Сведения о 21 веке показали своим внешним видом – эмоциями. Это можно трактовать так: зем-

ной цивилизации открывается доступ к информационному полю Земли. Настало время новых форм общения.

Передача мысли на расстоянии – эти способности доступны для людей, мозг которых способен воспринимать информацию не только на физическом плане, но и на астральном и ментальном. Таких людей сейчас на Земле мало, но в течение века этими способностями должен овладеть каждый человек на Земле. Уровень развития цивилизации поднимается на порядок выше. Планета наша переходит в новое энергетическое пространство. Способность организма воспринимать новую энергию и поможет развить новые способности.

## 8. Всеобъемлющая любовь

Несовершенные общественные отношения не позволяют достичь духовного совершенства земной цивилизации. Надо искоренять всё, что вызы-



Рис. 5. Аура

вает отрицательные эмоции. Вера в людей, ближнего своего и любовь – эти качества должны преобладать в отношениях, чтобы очистить своё тело от отрицательной энергии, наладить энергетическую связь тел, повысить способность организма к выживанию – поднять иммунитет, очиститься от кармических заболеваний. Это поможет обществу вырасти духовно и произвести здоровое, крепкое

потомство, более совершенное на Земле, положить начало новой цивилизации.

#### **9. Остелограмма людей нового общества**

- 1) Жизнь людей на Земле с инопланетным руководством;
- 2) Начало поднятия экономики и жизненного уровня людей;

- 
- 
- 3) Международные отношения и начало объединения общества на Земле;
  - 4) Люди межгосударственного и государственного значения и их работа;
  - 5) Люди и их жизнь в новом обществе;
  - 6) Люди и их отношения к обществу;
  - 7) Период чистки в обществе и в государственных органах, смена государственных лидеров, уход с Земли инопланетного руководства;
  - 8) Люди и их жизнь в новом обществе, поиск самостоятельного пути развития общества;
  - 9) Уход с Земли и следующего общественного строя и приход в общество космических отношений – жизнь людей по законам космоса;
  - 10) Связь людей Земли с другими планетами;
  - 11) Люди Земли и их отношения к инопланетным цивилизациям;
  - 12) Контакты с инопланетными цивилизациями;
  - 13) Период развития общества в любви и гармонии;
  - 14) Переход Земли в высшее измерение;
  - 15) Рост духовности и качественное изменение тел.

## **10. Люди и их отношение к обществу**

Прошли тысячелетия, одно поколение нашей цивилизации сменилось другим, аккумулируя знания, жизненный опыт, совершенствуя обществен-

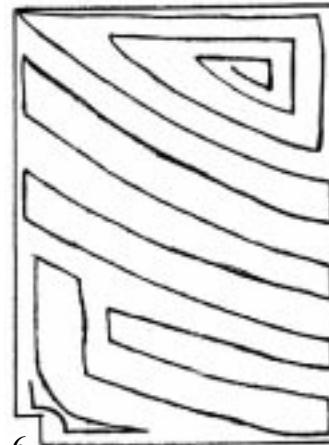


Рис. 6

ные отношения. Сейчас мы являемся свидетелями глобальных перемен на Земле. Цепная реакция на энергетическом плане не обойдёт стороной и общественные формации, которым суждено уйти в историю и открыть путь новым, более совершенным. Совершенствуя виды информационного обмена, мы сможем выйти на информационное поле вселенной и воспользоваться банком данных, накопленных на других планетах, другими цивилизациями и выбрать для себя путь к более совершенной общественной формации.

---

---

## ОБЗОР, ИНФОРМАЦИЯ

### РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И МЕРЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ В ОБЩЕМИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

С.Р. Мусинов

#### I. Общемировые тенденции распространения наркозависимости

Потребление наркотиков с мистическими и сакральными целями длилось тысячелетиями, тогда как переход к массовому применению для одурманивания через этап лекарственного использования совершился очень быстро. Уже первая четверть XX века поставила вопрос о связи употребления наркотика с уголовными преступлениями в связи с осознанием тяжести последствий данного явления (Е.А.Кошкина, 2002 г.).

Проблема наркоманий и токсикоманий в последние годы достигла глобальных масштабов, имеет многогранный характер, включает экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты (А.А.Габиани, 1987, 1990; Э.А.Бабаян 1988, 1990, 1991; Н.А.Сирота 1990; Г.Г.Силласте, 1993; А.Г.Врублевский и др., 1994, 1995; И.Н.Пятницкая, 1994, 1995; Г.А.Корчагина, И.А.Никифоров, 1994; Т.А.Боголюбова, 1995; Е.А.Кошкина, 1996-2000; Н.Н.Иванец и др., 1997-2000; М.Л.Рохлина и др., 2001; M.Gossop, 1984; B.F. Grant, 1995; K.Kendler et.al., 1997).

Новой особенностью наркотизма в наше время является изменение основных мотивов потребления наркотических веществ и динамика процесса. Общим мотивом для всех поражаемых групп стал поиск эйфории, именно это является главным в процессе приобщения к потреблению наркотиков (Н.С.Курек, 1996). Резко изменилась динамика наркотизации в обществе во всех странах – вместо волнообразности процесса (до 60-х – 70-х годов) наблюдается распространение вне конкретной связи с «модой» на определенные вещества, хотя, конечно, каждый из известных наркотиков проходит свой путь внедрения в спектр потребляемых наркотических веществ. На основании проведенного анализа И.Н.Пятницкая (1995) делает основной вывод: «Тенденции наркотизма настолько серьезны и угрожающи обществу, что это явление требует к себе не просто внимания, но чрезвычайных социальных мер».

В начале 80-х годов ООН была сделана попытка оценить число наркоманов в мире по данным, полученным из 146 стран (Р.Н.Hughes, 1983).

Анализ показал, что всего злоупотребляли наркотиками и близкими к ним по опасности психотропными средствами 47,2 млн. человек, из них около 3 млн. – опиатами; около 6 млн. – кокаином

и листьями коки; 29,7 млн. – препаратами конопли; 2,3 млн. – стимуляторами группы амфетамина; 2 млн. – галлюциногенами; 4,2 млн. – транквилизаторами, барбитуратами, седативными средствами, которые также находятся под контролем комиссии по наркотикам ООН в соответствии с Конвенцией по психотропным средствам 1971 года. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в начале 80-х годов около 1% населения в мире было причастно к злоупотреблению наркотиками. При этом 84,3% от общего числа наркопотребителей в мире приходилось на США, на Европу – 1,6%, на страны Юго-Восточной Азии – 8,3%, Восточного Средиземноморья – 2,4%, Африки – 1,7% (ООН, 1987, 1990; Б.Ренсед и др., 1987; Р.Н.Hughes, 1983).

#### 1.1. Распространение наркозависимости в Западной и Восточной Европе

В Европу наркотики пришли относительно позже, чем в другие страны, и последствия этого процесса здесь оказались особенно тяжелыми (Е.А.Кошкина, 2002). До начала 80-х годов в странах Восточной Европы распространению наркоманией не придавалось значения, в отличие от государств Западной Европы, хотя большинство стран этих регионов являются участниками Конвенций 1961 и 1971 г.г. и участвуют в программах по противостоянию распространению наркотиков (ЕЭС, 1996).

Некоторые цифры по данным ВОЗ (WHO, 1992), отражающие ситуацию в конце 80-х – начале 90-х годов, выглядят следующим образом. В Чехословакии было зарегистрировано в 1989-90 г.г. до 8,5 тыс. наркопотребителей (население 15,4 млн.); в Болгарии – 1,3 тыс. наркопотребителей (население 8,9 млн.); во Франции – до 120-150 тыс. наркопотребителей (население 55 млн.); в Германии – 60-80 тыс. наркопотребителей (население 61 млн. человек без Восточной Германии); в Италии – 60 тыс. наркопотребителей (население 56,8 млн.).

Анализ ситуации в сфере наркопотребления в начале 90-х годов показывает следующее. По данным W.Tchronicker (1992) на территории ФРГ было зарегистрировано 100 тыс. наркозависимых. Ежегодно возрастало количество вновь зарегистрированных потребителей наркотических веществ (с 10013 в 1990 г. до 13426 в 1991 г.). Такая динамика в целом характерна и для других стран Западной Европы (B.C.Senay, 1991). В Ирландии при населении в 3,5 млн. за период 1985-90 г.г. лечению

подверглись 3515 наркотерапевтов. В Греции при населении 9,9 млн. насчитывалось 40000-50000 наркотерапевтов. В Норвегии (4,1 млн. население) в 1990 г. зарегистрировано 4000 наркотерапевтов. В Швеции в этот же период (население 8,3 млн.) от 10000 до 14000 зарегистрированных наркотерапевтов – инъекционных наркоманов.

## **1.2. Распространение наркозависимости в США**

Впервые о наркомании, как о серьезной и медицинской проблеме было заявлено в конце 50-х годов, после того как K.Laemmle (1961) отметил резкое увеличение числа наркоманов в стране вообще и среди подростков в частности. По его данным в тот период подростки составляли до 45% пациентов наркологических клиник.

По различным данным 80-х – 90-х годов число наркоманов в США в этот период составляло от 30 до 50 млн. человек (P.H.Hughes, 1983; D.L.MacDonald, 1986; N.Miller, 1990). Довольно показательно в этом смысле исследование N.Miller (1990), которое обнаружило, что у трети людей, подвергшихся тестированию на наркотики при трудоустройстве, обнаружены положительные результаты, а также тот факт, что среди больных алкоголизмом в возрасте до 30 лет, в добавление к алкоголю 80% употребляют наркотики.

## **1.3. Распространение наркозависимости в других регионах мира**

Эпидемиологические исследования, проводимые в различных регионах мира, показывают высокий уровень распространенности наркозависимости среди молодежи и маргинальных групп населения в странах Индокитая и Юго-Восточной Азии (E.M.Colbach, R.E.Grove, 1970; J.Westermeyer, 1988), Австралии (N.Hartland, D.McDonald et. al., 1992); Египта (M.Soulif, F.Yunis, H.Taha, 1986).

В африканских странах, где наркомания стала распространяться сравнительно недавно, отмечается рост злоупотребления психоактивными веществами (A.Asuni, A.Pela, 1986).

Обнаруживаются общие черты «портретного сходства» наркозависимых в странах Европы, Африки и Америки – это молодой мужчина, житель города, холостой, малообразованный, рабочий низкой квалификации, безработный или не имеющий постоянной работы человек (T.M.Ryan, M.W.Booth, Yih-Ing Nser, 1988).

Эпидемиологические исследования в различных странах мира показали, что распространение наркоманий происходит, прежде всего, за счет лиц подростково-юношеского возраста (E.Baselga, 1972; D.Fejer, R.G.Smart, 1973; K.Bernstein, 1982; D.B.Kandel, 1983; J.G.Bachman, J.M.Jr.Wallace, P.M. O'Malley et. al., 1991; P.J.Bush, R.J.Iannotti, 1992). По данным D.Macdonald (1986) в США 40-50% всех злоупотребляющих наркотическими средствами пациентов впервые употребили наркотик за 3 года до окончания средней школы.

## **1.4. Характеристики распространения отдельных видов наркотической зависимости**

Низкая наркогенная активность гашиша способствовала тому, что до настоящего времени не только в населении, но и среди многих исследователей и особенно среди зарубежных авторов бытует мнение о том, что употребление гашиша не приводит к развитию психической и физической зависимости (H.S.Kaplan, 1971; W.E.Thornton, B.P.Thornton, 1974). В связи с этим подростки и молодые люди с легкостью приобщаются к употреблению гашиша, который является входными воротами для более «тяжелых» наркотических веществ. В ФРГ была отмечена тенденция к увеличению лиц, употребляющих наркотики (в основном, гашиш) в возрасте 14-24 лет (H.Hunnekens, 1986). В Великобритании в 1979 г. 46% студентов употребляли гашиш или производные конопли (G. Edwards, 1979). В Цюрихе (Швейцария) 25% юношей и 16% девушек в возрасте до 18 лет регулярно употребляли наркотики, чаще всего гашиш (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1997).

В африканских странах наиболее частой является гашишемия (A.Asuni, A.Pela, 1986 г.).

Все более широкое распространение в большинстве европейских стран отмечается в отношении кокаиновой зависимости (ООН, 1987, 1990).

В скандинавских странах и других странах Западной Европы в наибольшей степени распространено злоупотребление амфетаминами и героином (P.H.Hudges et.al., 1983). Во Франции среди больных, лечащихся от наркомании, в 69% случаев зависимость обусловлена героином, в 13% - каннабисом, и только 1% случаев – кокаином (M.Mennesinger, 1991).

С середины 90-х годов в европейских странах наметилась тенденция к росту смешанного употребления различных психоактивных веществ – алкоголя, каннабиса, амфетаминов, экстази (ЕЭС, 1996).

В странах Востока для каждого социального слоя типичны «свои» наркотики. В разных общественных группах различаются способы их использования, условия и допустимый возраст приема (T.M.Ryan, M.N.Ronnsaville, Yih-Ing Nser, 1988; R.G.Smart, G.F.Murphy, A.N.Arif, 1988). В Иране курят опий преимущественно люди пожилого возраста, а молодежь потребляет героин (H.A.Azarakhsh, 1972). В Индии героином пользуются в основном зажиточные люди (S.Adilyanjee, D.Mohan, 1988). В Таиланде курильщиками опия являются преимущественно жители села, а потребителями герина – городские жители (V.Poshachinda, 1988).

Имеются данные о том, что в конце 80-х годов на страны Азии приходилось до 60% используемого мирового количества героина (B.Whitaker, 1987).

Исследования, проведенные в США, показали присутствие различных моделей наркотизации в

разных субкультурах страны (T.R.Kosten, B.J.Rounsville, H.D.Kleber, 1985; T.M.Ryan, M.W.Rounsville, Yih-Ing Nser, 1988; R.G.Smart, G.F.Murray, A.N.Arif, 1988).

В данном отношении наиболее показательны исследования, устанавливающие взаимосвязи между этническими, субкультуральными, культуральными особенностями населения, социальными условиями проживания с одной стороны и распространностью, видом, особенностями формирования наркозависимости, разновидностями и степенью тяжести осложнений – с другой (J.Dunn, T.A.Fahy, 1990; M.W.Kahn et. al., 1992; F.Beauvias, B.Segal, 1992; N.G.Dinges, Q.Duong-Tran, 1993; W.de Vries Martin, D.C.Kaplan, T.M.J.Derks, 1997; G.W.Hall et. al., 1997; V.M.Hesselbrock, B.Segal, 1997; K.S.Kendler et.al., 1997).

Итоги по мировой динамике роста распространения наркозависимости вообще и по отдельным видам наркопотребления в частности подводят последние исследования ООН (цит. по Аналитическому докладу, 2000, Наркомания в России: угроза нации), согласно которым в настоящее время в мире употребляют марихуану 142 млн. человек, амфетамины и синтетические наркотики – 30,5 млн., кокаин – 13,4 млн., героин и опиаты – 8 млн. человек. От 20% до 30% дееспособного населения планеты так или иначе вовлечено в деятельность, повторствующую или противоборствующую потреблению психоактивных веществ. Ежегодные доходы от незаконного оборота наркотиков в мире в последние годы превышают 400 млрд. долларов США.

Таким образом, следует констатировать, что с начала 80-х годов масштабы проблемы распространения наркозависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза. В тоже время динамика роста наркопотребления в странах Восточной Европы и Центральной Азии значительно опережала общемировую.

## **2. Общемировые тенденции распространения потребления алкоголя и связанных с этим социальных последствий**

Общий уровень и структура потребления спиртных напитков населением во многом определяют наличие проблем пьянства (N.Rehn, R.Room, G.Edwards, 2001).

На основе только зарегистрированного уровня потребления алкоголя страны мира можно условно разделить на страны с высоким уровнем потребления (свыше 10 литров на человека в год), страны со средним уровнем потребления (свыше 5 литров на человека в год) и страны с низким уровнем потребления (ниже 5 литров на человека в год). Картина принадлежности стран к тому или иному уровню может существенно меняться при добавлении цифр незарегистрированного потребления алкоголя (World drink trends, 1999).

## **2.1. Характеристики потребления алкоголя взрослым населением**

• Страны с высоким уровнем потребления: Германия, Ирландия, Испания, Литва, Люксембург, Португалия, Словения, Франция и Чешская Республика (9 стран), а также Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Греция, Дания, Латвия, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина (в общей сложности 17 стран);

• Страны со средним уровнем потребления: Австрия, Беларусь, Бельгия, Болгария, Венгрия, Греция, Дания, Италия, Латвия, Мальта, Нидерланды, Польша, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Соединенное Королевство, Финляндия и Швеция (18 стран), а также Исландия, Норвегия, Швеция, Эстония (в общей сложности 22 страны);

• Страны с низким уровнем потребления: Азербайджан, Бывшая Югославская Республика Македония, Израиль, Исландия, Киргизстан, Норвегия, Республика Молдова, Турция, Украина, Швеция и Эстония (11 стран), а также Азербайджан, Израиль, Киргизия и Турция (в общей сложности 15 стран).

Уровень незарегистрированного потребления варьируется и является особенно высоким в таких странах, как Эстония (6 литров на человека в год), Венгрия (10 литров), Латвия (14 литров). Литва (6,5 литров), Республика Молдова (7 литров), Российская Федерация (7,5 литров), Бывшая Югославская Республика Македония (14,5 литров), и Украина (11,5 литров); все эти страны расположены в восточной части региона.

В группу стран с высоким уровнем потребления алкоголя входят страны, находящиеся в самых различных географических зонах, начиная от многих государств – членов Европейского союза (ЕС) как на севере (Германия, Дания, Ирландия и Люксембург), так и на юге Европы (Греция, Испания, Португалия и Франция), и кончая странами Балтии (Латвия и Литва), странами Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) (Венгрия, Словения и Чешская Республика) и, наконец, независимыми государствами (СНГ) бывшего СССР (Республика Молдова, Российская Федерация и Украина). Некоторые другие страны (Бельгия, Словакия и Румыния) приближаются к контрольному показателю, составляющему 10 литров на человека в год; однако, если бы были учтены оценочные данные в отношении незарегистрированного потребления, то эти страны, вероятно, достигли бы этого уровня или превзошли бы его.

Общая картина потребления алкоголя в 12 странах СНГ показывает, что по данному показателю эти страны можно приблизительно разделить на три группы – без указания точных уровней потребления алкоголя. Странами с низким уровнем потребления, что объясняется отчасти религиозными причинами, являются Азербайджан, Таджикистан, Тур-

кменистан и Узбекистан. Страны со средним уровнем потребления алкоголя – это Армения и Грузия (главным образом, потребление вина), а также Казахстан и Киргизия. К странам с высоким уровнем потребления алкоголя относятся Беларусь, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина.

Вкратце можно сказать, что в 27 из 28 стран уровень зарегистрированного потребления превышает 5 литров на человека в год. Если добавить к этому незарегистрированное потребление (в тех случаях, когда имеются соответствующие данные), то число стран, в которых уровень потребления превышает 10 литров на человека в год, составит 17. По сравнению с ситуацией, существовавшей 5 лет назад (n=40), доля стран, в которых уровень потребления превышает 10 литров на человека в год, увеличилась от 35% до 45%; аналогичное увеличение (от 78% до 89%) отмечается в отношении числа стран, в которых уровень потребления алкоголя превышает 5 литров на человека в год (World drink trends, 1999).

## **2.2. Тенденции в отношении уровней потребления**

Уровни потребления алкоголя постоянно колеблются и, таким образом, для этой цели был выбран десятилетний период. Было проведено сопоставление уровней зарегистрированного потребления алкоголя за период с 1988 по 1998 г.г., и страны были соответственно разделены на три группы: страны с тенденцией к росту потребления алкоголя, страны с тенденцией к уменьшению и страны с неизменным уровнем потребления алкоголя. Для определения роста или уменьшения уровня потребления учитывались только изменения, составляющие порядка 10% или больше.

Среди стран, где за последние десять лет зарегистрированное потребление алкоголя уменьшилось, что можно выделить Болгарию, Италию, Украину, Швейцарию и Эстонию. Вместе с тем, на Украине и в Эстонии высок уровень незарегистрированного потребления. Потребление несколько уменьшилось также в Австрии, Бельгии, Венгрии, Испании, Польше, Словакии, Франции и Швеции. Что касается Венгрии, то это уменьшение может быть компенсировано существенным незарегистрированным потреблением. Кроме того, в нескольких из этих стран уровни потребления по-прежнему довольно высоки. При сопоставлении этих данных с данными за период, предшествовавший 90-м годам, складывается впечатление о том, что в некоторых странах темпы уменьшения потребления снизились (Исландия, Нидерланды, Норвегия и Португалия), в то время как в других странах (Австрия, Бельгия, Болгария, Италия, Польша и Швеция), такое уменьшение началось в более поздний период.

Странами, где зарегистрированный уровень потребления алкоголя существенно возрос, явля-

ются Турция (175%), Российская Федерация (79%), Беларусь (67%), Ирландия (56%), Латвия (45%) и Чешская Республика (26%). Менее значительное увеличение произошло в Бывшей Югославской Республике Македония, Греции, Люксембурге, Португалии и Румынии. В Литве и Республике Молдова уровень потребления также, возможно, возрос, однако у нас нет данных с 1998 г. Поскольку по многим из этих стран нет информации относительно оценочных уровней незарегистрированного потребления, к этим данным следует подходить с осторожностью. В ряде стран (главным образом из числа тех, где в последнее время происходили крупные политические и социально-экономические преобразования) уровни зарегистрированного потребления указывают на тенденцию к уменьшению, однако, если учесть оценочные данные в отношении незарегистрированного потребления и другие показатели (такие как показатели вреда, причиненного потреблением алкоголя), то можно говорить о тенденции к росту потребления. Во многих из этих стран уровни потребления резко снизились в период с середины до конца 80-х годов (период антиалкогольной кампании в бывшем СССР), однако после этого имел место существенный рост. В странах, где тенденция к росту потребления алкоголя наблюдалась пятью годами ранее (Бывшая Югославская Республика Македония, Греция, Люксембург и Чешская Республика), уровень потребления продолжает возрастать, хотя и неодинаковыми темпами.

К числу стран с относительно стабильными уровнями потребления алкоголя в десятилетний период с 1988 по 1998 относятся Германия, Дания, Исландия, Нидерланды, Норвегия, Словения, Соединенное Королевство и Финляндия. Из этих стран, по крайней мере, в Словении высок уровень незарегистрированного потребления. Из стран, где ранее уровень потребления алкоголя был стабильным, в Дании, Соединенном Королевстве и Финляндии потребление было стабильным на протяжении более длительного периода времени по сравнению с остальными странами.

Вследствие высоких уровней незарегистрированного потребления алкоголя, особенно в СЦВЕ и СНГ, а также в связи с тем, что в некоторых странах уровни потребления алкоголя в различные годы существенно колеблются, трудно точно показать различные направления тенденции за десятилетний период. В целом, на основании зарегистрированных уровней потребления алкоголя можно сделать вывод о том, что уровень потребления алкоголя является относительно стабильным в 8 странах, растет в 11 странах и снижается в 13 странах.

Сопоставление этих данных с данными за период с 80-х годов до начала 90-х годов показывает, что в некоторых странах рост уровня потребления алкоголя сменился некоторым уменьшением. Чис-

ло стран со стабильным уровнем потребления осталось на уровне 8, число стран с растущим уровнем потребления снизилось с 21 до 11, в то время как число стран, где существует тенденция к уменьшению уровня потребления, возросло с 11 до 13.

На субрегиональном уровне картина является довольно четкой. В Северных странах уровень потребления алкоголя остается стабильным, и единственным исключением является Швеция, где происходит снижение потребления. В странах Балтии – Латвии и Литве – потребление увеличивается, в то время как в Эстонии прослеживается не вполне четкая тенденция к уменьшению. Среди 15 стран ЕС существенный рост потребления отмечается в одной стране – Ирландии; в меньшей степени потребление алкоголя возрастает также в Греции, Люксембурге и Португалии. В остальных странах ЕС этот уровень уменьшается в шести странах и остается неизменным в пяти странах. В регионе СЦВЕ потребление увеличивается в Бывшей Югославской Республике Македонии, Румынии и Чешской Республике. Наконец, в СНГ потребление увеличивается в Беларуси и Российской Федерации.

### **2.3. Предпочтение в отношении алкогольных напитков**

В зависимости от традиционных предпочтений, отдаваемых населением тем или иным спиртным напиткам, страны делятся на следующие группы: страны, где предпочитается пиво, страны, где предпочитаются вина, и страны, где предпочитаются крепкие спиртные напитки. Для 27 стран Региона, по которым имеются данные в отношении зарегистрированного потребления алкоголя с разбивкой по различным спиртным напиткам, в 1998 г. средний уровень потребления составлял 2,2 литра на человека по крепким спиртным напиткам, 71,6 литра по человека по пиву и 25,9 литра на человека по винам. Странами, превысившими этот региональный средний показатель по различным категориям спиртных напитков, являются следующие:

- По пиву: Австрия, Бельгия, Германия, Дания, Ирландия, Люксембург, Нидерланды, Словакия, Соединенное Королевство, Финляндия и Чешская Республика;
- По винам: Австрия, Венгрия, Греция, Дания, Испания, Италия, Люксембург, Португалия, Франция и Швейцария;
- По крепким спиртным напиткам: Болгария, Венгрия, Греция, Испания, Латвия, Польша, Российская Федерация, Румыния, Словакия и Франция.

Несколько стран отнесены более чем к одной группе (Австрия, Венгрия, Греция, Дания, Испания, Люксембург, Словакия и Франция), в то время как в Исландии, Мальте, Норвегии и Швеции потребление различных спиртных напитков является столь низким и равномерно распределенным, что эти страны четко не относятся ни к одной из вышеуказанных групп.

Более детальное рассмотрение данных изменений, касающихся предпочтений в отношении напитков, за десятилетний период с 1988 по 1998 гг. по 15 странам (пять стран, где в основном потребляется пиво, пять стран, где в основном потребляется вино, и пять стран, где в основном потребляются спиртные напитки), позволяет выявить различающиеся тенденции. Потребление крепких спиртных напитков возрастает в трех странах (Латвия, Российская Федерация и Румыния), где и без того уже наблюдается высокий уровень потребления крепких спиртных напитков. Потребление пива растет в семи странах (Ирландия и Чешская Республика (относящиеся к группе стран, где преобладает потребление пива); Италия и Португалия (относящиеся к странам, где преобладает потребление вина); и Латвия, Польша и Российская Федерация (страны, где в структуре потребления преобладают крепкие спиртные напитки)). Кроме того, потребление вина возрастает также в трех странах, где пиво является предпочтительным спиртным напитком: Ирландии, Соединенном Королевстве и Чешской Республике. Из этого можно сделать общий осторожный вывод о том, что в странах, где предпочтение отдается крепким спиртным напиткам, растет потребление крепких спиртных напитков и/или пива. Во многих странах, где предпочтение отдается вину, уменьшается общее потребление алкоголя; вместе с тем, там, где оно растет, в основном это относится на счет потребления пива. Более того, в традиционно «пивных» странах растет потребление вина, а в некоторых случаях также и пива (N.Rehn, R.Room, G.Edwards, 2001).

### **2.4. Некоторые показатели связанного с алкоголем социального и физического вреда в странах Европы**

**Бельгия:** Приблизительно 20% всех преступлений совершаются в нетрезвом состоянии, а в случае преступлений с применением насилия и актов вандализма этот показатель повышается до 40%. Приблизительно 6% контингента рабочей силы в Бельгии, по-видимому, злоупотребляют алкоголем, в 30% несчастных случаев на рабочем месте могут быть связаны с употреблением алкоголя.

**Дания:** Связанная с алкоголем смертность (в результате таких заболеваний, как цирроз, панкреатиты, алкоголизм, алкогольное отравление и психозы) увеличилась в Дании почти вдвое: 15,2 на 100 000 жителей в 1970 г. И 29,5 на 100 000 жителей в 1994 г., причем это произошло, несмотря на уменьшение употребления алкоголя, начиная с 1983 г. С употреблением алкоголя связаны 25,1% смертельных случаев в результате дорожно-транспортных происшествий и 16,3% связанных с ними заболеваемости.

**Эстония:** Уровень смертности в результате травм и отравлений в три раза выше аналогичного среднего показателя в остальных странах Европы.

С употреблением алкоголя связано 40% дорожно-транспортных происшествий, 50% несчастных случаев со смертельным исходом на воде, 60-70% связанных с насилием преступлений, хулиганских преступков и краж автотранспортных средств и 80% преступлений с применением насилия, совершенных несовершеннолетними. Одна треть всех пациентов с психологическими расстройствами – это лица, злоупотребляющие алкоголем. Случаи скоропостижной смерти в результате опьянения увеличились вдвое в период 1990-1993 г.г. (до 20%), а число смертельных случаев в результате алкогольного отравления увеличилось в три раза, как среди мужчин, так и среди женщин. Каждый год алкоголь уносит 1500 жизней.

Финляндия: 44,5% мужчин и 84,4% женщин, покончивших жизнь самоубийством, злоупотребляли алкоголем, 2500 случаев смерти были связаны с употреблением алкоголя, что составляет 5% всех случаев смерти.

Франция: Каждый год алкоголь становится причиной 1000 случаев плодного алкогольного синдрома, 10-20% несчастных случаев на производстве, 40% дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом (4000 случаев смерти в результате управления транспортным средством в нетрезвом виде) и 13% всех случаев госпитализации. Каждый год от злоупотребления алкоголем погибает 50 000 человек, 130 000 человек получают травмы и увечья в результате дорожно-транспортных происшествий и 3 000 кончают жизнь самоубийством. Что касается общих показателей смертности, то 9% случаев смерти связаны с алкоголем, например, в 1997 г. От злоупотребления алкоголем погибли 42 963 человека (в сравнении с 41 777 случаями смерти в результате табакокурения и 547 случаями смерти в результате употребления незаконных наркотиков).

Германия: В возрастной группе от 18 до 69 лет 9,3 миллиона человек (16% от общей численности населения) употребляют алкоголь в дозах, представляющих риск для здоровья, а 2,7 миллиона человек из этой группы злоупотребляют алкоголем. Около 10-17% людей, обращающихся за той или иной медицинской помощью, испытывают проблемы, связанные с алкоголем, или страдают от требующей лечения алкогольной зависимости. По имеющимся оценкам, от причин, связанных с употреблением алкоголя, погибает 40 000 человек в год.

Венгрия: Показатель самоубийств в стране является самым высоким в Европе (в 1994 г. он достигал 55,5 на 100 000 жителей). При вскрытии лиц, умерших в результате самоубийства, было установлено, что 52,0% из них страдали ожирением печени в сравнении с 3% среди населения в целом. Здесь также следует указать, что 12,9% всех несчастных случаев были связаны с пьянством; 77,0% дорожно-транспортных нарушений были совершены под

влиянием алкоголя. 35,4% всех осужденных правонарушителей совершили преступления также под воздействием алкоголя. Статистика последних пяти лет показывает, что цирроз на почве употребления алкоголя был основной причиной смерти в некоторых возрастных группах мужчин трудоспособного возраста. Увеличение общего коэффициента смертности обусловлено приблизительно на 90% случаями смерти людей в результате употребления алкоголя (и табакокурения). Случаи заболеваний циррозом среди мужчин увеличилась с 19,0% на 100 000 жителей в 1970 г. до 208,8 в 1994 г. Коэффициент смертности, связанной со злоупотреблением алкоголем (психозы, алкоголизм, цирроз, интоксикация и алкогольная кардиомиопатия в совокупности), повысился с 18,2 в 1980 г. до 87,9 в 1994 г.

Исландия: По имеющимся данным, 71% женщин, ставших жертвами насилия в семье, называют главной причиной этого явления пьянство мужей, а 22% женщин употребляют алкоголь для снятия стресса, обусловленного насилием. Из числа всех опрошенных пьющих людей 0,7% из них сообщили, что употребляют алкоголь по причине плохих отношений с работодателями.

Нидерланды: В 1995 г. к последствиям, связанным с употреблением алкоголя, были отнесены: 660 случаев смерти, в которых алкоголь был первой причиной, 843 случаев смерти, в которых алкоголь был второй причиной, 1000 случаев заболевания раком, 90 случаев бытовых травм и 265 дорожно-транспортных происшествий.

Норвегия: Порядка 80% преступлений с применением насилия, 60% изнасилований, поджогов и актов вандализма и 40% краж и грабежей были совершены людьми, находящимися под воздействием алкоголя.

Польша: 79% насильственных действий в семье, 56% убийств и 40% краж совершались людьми, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. В 1997 г. 1341 случай самоубийства был связан с алкоголем, а в 1996 г. было зарегистрировано 1446 случаев алкогольного отравления со смертельным исходом.

Российская Федерация: В 1994 г. 68,4; изнасилований, 47,2% краж, 62,2% всех нападений с применением насилия были совершены людьми, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. Согласно данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, 40% мужчин и 17% женщин страдают алкоголизмом. Еще 20% населения употребляют алкоголь в больших дозах время от времени. В 1999 г., согласно официальной статистике, на 100 000 жителей приходилось 24,4 алкоголика из числа подростков (17,4 на 100 000 жителей в 1995 г.).

Испания: Одна четверть проявлений насилия в семье обусловлена злоупотреблением алкоголем. В

1995 г. было зафиксировано 19 996 случаев смерти, связанных с употреблением алкоголя (6% от общего показателя смертности в Испании), в результате чего было утрачено 224 370 лет предстоящей жизни.

Швеция: В 1992 г. 87% покушений на самоубийство были совершены в состоянии алкогольного опьянения, а 86% насильственных действий были совершены людьми, находящимися под воздействием алкоголя. В 1994 г. 1155 случаев смерти были вызваны злоупотреблением алкоголем (5000 случаев преждевременной смерти в год).

Швейцария: Свыше 5% случаев смерти в Швейцарии обусловлены злоупотреблением алкоголем (3500 человек в 1994 г.). Приблизительно 8,5% всех утраченных лет предстоящей жизни – это результат злоупотребления алкоголем. Плодный алкогольный синдром регистрируется приблизительно в двух случаях на 1000 рождений. Свыше 10% дорожно-транспортных происшествий, повлекших травмы, и свыше 20% дорожно-транспортных происшествий, повлекших смерть, связаны с употреблением алкоголя.

Соединенное Королевство: По имеющимся данным, 25% всех задержанных людей, находились в состоянии алкогольного опьянения, и 50% всех преступлений с применением насилия, 65% покушений на самоубийство и 75% нападений были также совершены людьми, находящимися под воздействием алкоголя. Кроме того, прослеживается устойчивая связь между проявлениями насилия в семье, жестоким обращением с детьми и употреблением алкоголя. Ежегодно около 33 000 случаев смерти в год в Англии и Уэльсе обусловлены употреблением алкоголя (R.Velleman, 1990, J.Orford, 1990; G.Edwards, 1994; I.Rossow, 1996; H.Holder, 1998; Proposals for a national alcohol strategy for England, 1999; K.Bloomfield, 1999; T.Norstrom, 1999; H.Klingemann, 2000; N.Rehn, R.Room, G.Edwards, 2001).

## **2.5. Социально-экономические издержки, связанные с потреблением алкоголя**

По данным H.Klingemann (2001), E.Single (1996) связанные с алкоголем издержки, несомые обществом, являются еще более дорогостоящими, чем те, которые имеют место в связи с распространением табачной и наркотической зависимости. В общих чертах их можно сгруппировать следующим образом: прямые издержки (расходы системы здравоохранения, правосудия и социального обеспечения; прямой материальный ущерб); косвенные издержки (потери в результате заболеваемости, безработицы, преждевременной смертности). На основании имеющихся данных можно сделать вывод о том, что 1) социально-экономические издержки, связанные с употреблением алкоголя составляют от 1% до 3% валового внутреннего продукта; 2) около 20% общих издержек представляют собой пря-

мые расходы – средства, затрачиваемые системами здравоохранения, социального обеспечения и правосудия; 3) около 10% общих издержек приходится на материальный ущерб; 4) около 70% общих издержек приходится на недополученные доходы в результате преждевременной смерти, утраты или снижения трудоспособности.

В бюджетах европейских стран социальные издержки, связанные с употреблением алкоголя соизмеримы, или даже превышают государственные расходы на социальную безопасность и обеспечение, составляя примерно 25% от общегосударственных расходов на здравоохранение.

## **2.6 Характеристики потребления алкоголя подростками**

Все большую тревогу вызывают масштабы потребления алкоголя среди подростков. В настоящее время имеются неопровергимые данные о том, что молодежь, в том числе девушки, потребляют больше алкогольных напитков, чем раньше. Особенно это относится к пиву и другим, так называемым «слабоалкогольным напиткам», которые изготавливаются непосредственно для этой группы населения (M.S.Burgher, 1999; C.Curtie, 2000).

В рамках проекта ВОЗ получены исчерпывающие данные о масштабах употребления алкоголя среди подростков в 28 странах (W.Settertobulte, B.V.Jensen, K.Hurrelmann, 2001). В частности, показано, что в большинстве стран 50% 11-летних детей, по меньшей мере, один раз в жизни пробовали алкогольные напитки. В старших возрастных группах доля детей, не употреблявших спиртные напитки, стабильно снижается. Доля 15-летних подростков, никогда не употреблявших алкоголь, превышает 10% лишь в небольшом числе стран. Во всех возрастных группах больше всего трезвенников в Норвегии, Израиле, Швейцарии. Для Великобритании, Чехии, Словакии, Литвы и Дании характерна особо низкая доля трезвенников среди подростков. Для категории 15-летних подростков различий между странами меньше, чем для 11-летних.

В подавляющем большинстве стран доля 11-летних подростков, регулярно потребляющих алкоголь, составляет показатель менее 5%. Эта доля особенно низка в Норвегии, Финляндии, Германии, Латвии и Швейцарии, в которых случаи регулярного потребления алкоголя среди 11-летних девочек фактически отсутствуют. С другой стороны в некоторых странах (Греция, Словакия, Великобритания, Чехия) отмечается весьма высокий уровень потребления в этой группе. Этот уровень возрастает до умеренной степени в группе 13-летних подростков без изменений в порядке расположения стран. Среди 15-летних потребление алкоголя является обычным явлением среди большинства молодых людей во всех странах. Однако наиболее высокие уровни регулярно пьющих подростков отмечаются в Великобритании, Бельгии, Дании,

Австрии, Греции. И, наоборот, низкие – в Польше, Эстонии, Швейцарии, Норвегии, Швеции, Гренландии, Литве, Финляндии (D.J.Hawkins, 1992; E.Nordbohne, 1992; T.E.Duncan, 1995; D.R.Foxcroft, 1995; F.Petermann, 1995; WHO, 1996; A.M.Harkin, 1997; B.B.Jensen, 1997; N.S.Tobler, H.H.Stratton, 1997; WHO, 1997; S.P.Jones, P.C.L.Heaven, 1998; J.L.Maggs, K.Hurrelmann, 1998; J.Tuinstra, 1998; M.S.Burgher, 1999; M.Freitag, 1999; H.H.Maes, 1999; C.Curre, 2000; T.E.Delman, 2000; B.B.Jensen, 2000; S.Nic Gabhairn, Y.Francois, 2000; B.B.Jensen, 2001).

Общий вывод данного раздела состоит в том, что структура распространения употребления алкоголя в мире неоднородна, как и динамика масштабов данного явления. В тоже время практически всеми исследователями отмечается общий вектор смещения употребления алкогольных напитков в группу подростков и молодежи, а также огромные негативные социальные последствия данного явления.

### **3. Распространение наркозависимости и алкоголизма в странах СНГ**

Большинство проявлений злоупотребления и торговли наркотиками достаточно успешно пресекалось в бывшем Советском Союзе, особенно в первые десятилетия коммунистического правления. Традиционное употребление гашиша и опиума оставалось только в Средней Азии и Дальнем Востоке. С конца 70-х годов стал заметен рост незаконного использования наркотиков среди неформальной молодежи, в большей степени в европейских областях. В последующие десятилетия в орбиту наркотизма вовлекался все больший спектр населения.

Изменения наркоситуации в рассматриваемом регионе начиная с 1990 г. были драматическими. Многие страны СНГ (главным образом, Таджикистан, Киргызстан, Казахстан, Россия) стали главным маршрутом для торговли героином. К концу десятилетия общее число только зарегистрированных наркопотребителей в регионе, как минимум, возросло на 400%.

Быстрое расширение злоупотребления наркотиками в СНГ было связано с тревожными тенденциями: 1) устойчивое увеличение использования героина и других «тяжелых» наркотиков; 2) внутреннего способа введения наркотиков, распространение ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов; 3) резкое снижение возраста вовлекаемых в наркозависимость (подростки, дети) (ООН, 2002).

#### **3.1. Наркозависимость и алкоголизм в Российской Федерации**

По официальным статистическим данным число находящихся под наблюдением наркологических диспансеров больных наркоманиями увеличилось за 10 лет (1991-2000 г.г.) почти в 9 раз и составило в 2000 г. 269 093 человека или 185,8 на 100 тыс. населения (в 1991 г. – 21,2 на 100 тыс. населения).

В этот же период число больных токсикоманиами, наблюдающихся в наркологических диспансерах, увеличилось в 1,9 раз (с 4,7 до 8,4 на 100 тыс. населения). Всего в 2000 г. в медицинских учреждениях РФ был зарегистрирован 12 821 больной с диагнозом токсикомании.

На конец 2000 г. в России насчитывалось 41 тыс. женщин, больных наркоманиями и состоящих на учете в наркологических диспансерах (53,9 на 100 тыс. населения).

В 2000 г. под наблюдением наркологических диспансеров находилось 9062 подростка, больных наркоманиями (125,1 на 100 тыс. подросткового населения). В сравнении с 1991 г. уровень, как заболеваемости, так и болезненности подростковыми наркоманиями увеличился в 17 раз (показатель заболеваемости возрос с 4,9 до 84,5 на 100 тыс.). Показатели заболеваемости наркоманиями среди подростков почти в 2 раза превышают аналогичные показатели среди всего населения (84,5 и 50,6 на 100 тыс. населения, соответственно), а токсикоманиями – в 8 раз.

За истекшее десятилетие произошло и утяжеление контингента потребляющих наркотики (Е.А.Кошкина, 2002).

Вызывает особую тревогу рост наркомании среди школьников, прежде в крупных городах. Согласно данным П.Д.Шабанова (2002) наркотические вещества употребляют в Санкт-Петербурге до 30% школьников (однократно – 8,9%, несколько раз – 15,6%; многократно – 2,7%), свыше 50% учащихся ПТУ (однократно – 14,5%; несколько раз – 26,1%; многократно – 11,6%), свыше 50% учащихся техникумов (однократно – 12,9%; несколько раз – 28,5%; многократно – 13,7%), около 50% учащихся ВУЗов (однократно – 12,2%; несколько раз – 26,7%; многократно – 7,6%). «Тяжелые» наркотики становятся все более доступными молодежи. Наблюдаются факты массовой продажи в школах Москвы наркотиков по сверхзанизенным ценам, с целью обеспечения привыкания и вовлечения в орбиту наркотизма все большего числа потребителей. За 1996 г. среди пациентов НИИ наркологии героиновые наркоманы составляли 28,4%. В 1997 г. – 74,4% (Наркомания в России. Аналитический доклад, 1998).

В тоже время общая тенденция к обретению процессом распространения наркозависимости среди населения РФ, особенно подростков и молодежи, характера эпидемиологического, сохраняется и в отдельных регионах Российской Федерации, и в стране в целом (С.Гусев, 1988; И.И.Казанцев, Ю.Г.Барсуков, А.М.Томилов, 1991; В.В.Колесников, И.А.Койкова, 1992; Т.Б.Гречаная и др., 1993; А.Г.Врублевский др., 1994; А.Г.Врублевский и др., 1995; В.Ф.Егоров, Ю.С.Бородкин и др., 1995; Е.А.Кошкина и др., 1996; В.Ф.Егоров, Е.А.Кошкина и др., 1997; Н.Н.Иванец, Т.Л.Волгиня и др., 1997; А.Б.Ложбанидзе, 2001). Некоторые

эксперты в пределах и вне Правительственной оценки отмечают, что общее число наркопотребителей в Российской Федерации в 2002 г. составляет 2,5-3-х миллионов человек (ООН, 2002 г.; Наркомания в России. Аналитический доклад, 2000). Вместе с тем, помимо медицинских аспектов все большее внимание привлекают другие социальные (экономические и криминальные) аспекты проблемы распространения наркозависимости.

Так, например, подсчитано, что средняя продолжительность ушедших из жизни наркоманов, после начала употребления наркотиков – 4-4,5 года. Отсюда колоссальные экономические потери, несомые обществом. Уголовной статистикой зафиксирован очередной резкий скачок числа зарегистрированных преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков – 243,6 тысяч в 2000 году – 12,6% больше чем в 1999 году. Имеются данные о том, что из 10 имущественных преступлений практически каждые 6 совершаются наркоманами для добывания средств, необходимых для приобретения наркотика. Происходит заметное увеличение числа граждан, участвующих в наркобизнесе (сетевой маркетинг), формирование и консолидация организованных преступных групп и сообществ наркодельцов (около 60 в РФ) (Наркомания в России, Аналитический доклад 1998-2000 г.; Б.П.Целинский, 2001). Число ВИЧ-инфицированных по Российской Федерации 878 в 1994 году увеличилось до 170957 в 2001 году, количество вновь зарегистрированных случаев, соответственно, с 161 до 80756. Более 60% из них заразились путем внутривенного использования наркотических веществ (ООН, 2002).

Ситуация и основные тенденции в сфере распространения алкогольной зависимости в России за рассматриваемый период отличалось от вышеописанной. К началу 2001 года под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях находилось 2190854 больных алкоголизмом (1513,1 на 100 тысяч населения), что составляет 1,5% от всего населения страны. Данный показатель по сравнению с 1991 годом незначительно уменьшился – на 13% (1750,8 на 100 тысяч населения в 1991 году). В тоже время показатель заболеваемости алкоголизмом увеличился по сравнению с 1991 г. на 11,7% (116,7 – в 1991г; 130,4 – в 2000г. на 100 тысяч населения). В связи с этим, есть все основания полагать, что истинное количество больных алкоголизмом не уменьшилось, а, напротив, возросло. Об этом свидетельствует и рост алкогольных психозов в 2000 году в 3,8 раза по сравнению с 1991 г. (71,5 – в 2000 г.; 18,8 – в 1991 г. на 100 тысяч населения). Статистические данные свидетельствуют об увеличении числа женщин, больных алкоголизмом. В 80-х годах соотношение мужчин и женщин с алкоголизмом было 10:1, в 2000 г. - 5:1. Общее количество женщин, страдающих алкого-

лизмом на конец 2000 г. составляло 341 тыс. или 443,5 на 100 тысяч женского населения. За период 1991-2000 г. количество подростков злоупотребляющих алкоголем, состоящих по наблюдением у наркологов увеличилось на 23% с 41033 до 59394 (с 663,1 - в 1991г. до 819,8 – в 2000 г. на 100 тысяч подросткового населения). Отмечается и рост алкогольных психозов в подростковой среде (Е.А.Кошкина 1998-2002 г.г.). Отмеченные тенденции характерны в целом для различных регионов Российской Федерации и разнообразных этнических групп (А.Д.Мишкинд, 1982; Г.М.Баранчик, 1992; Л.А.Лозовик, А.В.Юхименко, 1993; Т.Л.Волгина, 1997; Т.Л.Волгина, С.А.Синенко, М.А.Чудакова, 1997; А.К.Зинковский и др., 1997; В.И.Михайлов, Н.А.Творогова, 1997; Л.Д.Михалева, 1997; С.М.Мостовой, 2002; Ю.Е.Разводовский 2002; В.В.Янзинов, 2002).

### **3.2. Наркозависимость и алкоголизм в Республике Казахстан и Центрально-Азиатском регионе**

Уровень распространения зависимости от психоактивных веществ в Казахстане и Центрально-Азиатских странах, в сравнении с показателями других стран мира, очень высок (Ф. Кумпл, С.Франке, 2002). Этому способствует комплекс специфических geopolитических, географических социально-экологических и психологических факторов последних десятилетий (М.С. Бейсенов, 2001), а также общих факторов, определяющих развитие наркоситуации в мире (Ж. Алимханов, 2001). Количество вновь выявленных лиц, употребляющих наркотики за последние 10 лет (показатель первичной заболеваемости) выросло в 20 раз, обнаруживая стабильную тенденцию к росту (Ф.Кумпл, С.Франке, 2002). По данным официальной статистики (Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан 1990-2000 г.г., статистические сборники), первичная заболеваемость вследствие употребления психоактивных веществ в период с 1990 по 2000 г.г. увеличилась с 96,1 до 294,0 на 100 тысяч населения. Показатель первичной заболеваемости вследствие употребления алкоголя возрос с 92,2 до 215,0 на 100 тысяч населения. Первичный показатель официально учтенный заболеваемости в связи с употреблением опиоидов в 2000 г. по Республике Казахстан составил 57,5 на 100 тысяч населения; употреблением каннабиноидов – 15,4; седативных и снотворных средств – 0,1; стимуляторов, включая кофеин – 0,06; галлюциногенов – 0,04; летучих растворителей – 1,6; сочетанного употребления наркотических и других психоактивных веществ – 2,3 на 100 тысяч населения. Общая тенденция последних лет – рост употребления опиоидов на фоне относительного снижения употребления других наркотических веществ.

Показатель болезненности в связи с употреблением психоактивных веществ по Республике Казах-

стан в период с 1990 по 2000 г.г. возрос с 1125,2 до 1725,6. В том числе в связи с употреблением алкоголя – с 1106,3 до 1440,7. Показатель болезненности в связи с употреблением опиоидов в 2000 году по Казахстану составил 182,8 на 100 тысяч населения; каннабиноидов – 75,9; снотворных и седативных средств – 0,8; кокаина – 0,02; стимуляторов, включая кофеин – 0,8; галлюциногенов – 0,1; летучих растворителей – 6,4; сочетанного употребления наркотических и других психоактивных веществ – 11,3.

Аналогичные показатели первичной заболеваемости и болезненность на 100 тысяч подросткового населения в Республике Казахстан составили в 2000 году по общему классу психоактивных веществ, соответственно – 585,1 и 11362,6; в связи с употреблением алкоголя – 406,2 и 923,1; опиоидов – 56,3 и 109,2; каннабиноидов – 60,7 и 121,3; снотворных и седативных средств – 0,9 и 3,3; галлюциногенов – 0,1 и 2,3; летучих растворителей – 15,0 и 80,8; сочетанного употребления наркотических и других психоактивных веществ – 3,4 и 5,0. Общая тенденция к преобладанию опиоидной (героиновой) зависимости, 20-кратном росту заболеваемости и 10-кратному росту болезненности максимально присутствует и во многом обеспечивается данной возрастной группой.

Показатели первичной заболеваемости и болезненности на 100 тысяч детского населения в Республике Казахстан составили в 2000 году по общему классу психоактивных веществ, соответственно – 8,8 и 25,8; в связи с употреблением алкоголя – 5,3 и 19,9; опиоидов – 0,3 и 0,3; каннабиноидов – 0,5 и 2,5; снотворных и седативных средств – 0,07 и 0,1; галлюциногенов – 0,07 и 0,07; летучих растворителей – 2,2 и 2,5; сочетанного употребления наркотических и других психоактивных веществ – 0,03 и 0,03. При анализе вышеприведенных показателей распространенности патологической зависимости к различным классам психоактивных веществ следует учитывать, что дифференцированная оценка и динамика данных показателей среди детского населения в Республике Казахстан стала проводиться лишь с 2000 года.

В то же время следует иметь в виду, что официальные данные об учтенной болезненности и заболеваемости по профилю психологической зависимости от психоактивных веществ отражают лишь часть истинного положения в сфере распространения наркозависимости в данном регионе. Согласно экспресс-оценке положения в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии (ООН, 2002) абсолютное число наркопотребителей в Казахстане на период начала 2000 года составляло 165-186 тыс., при населении 14869021 человек (1,11 – 1,25%); в Кыргызстане – 80-100 тыс., при населении 4867481 человек (1,64 – 2,0%); в Таджикистане – 45-55 тыс., при населении 6131000

человек (0,73 – 0,89%); в Узбекистане – 65-91 тыс., при населении 24813109 (0,26 – 0,36%). Общими тенденциями распространения наркозависимости для названного региона является следующие: неконтролируемый рост заболеваемости и болезненности по данному профилю; основным наркотиком, особенно для внутривенного употребления, становится герoin плохого качества, стоимость которого составляет 1-2 доллара США за дозу; внутривенное потребление наркотиков – основная причина стремительного распространения ВИЧ/СПИДа и других заболеваний, передающихся через кровь (Ф. Кумпл, С. Франке, 2002). Вышеописанные тенденции характерны и для отдельных регионов Казахстана (Т.Р. Евтушенко, Т.И. Шмакова, 2002; Л.З. Есенбаева, 2002; Н.Ж. Кенжебаева, Б.А. Коожаметов и др., 2002). В несколько меньшей степени они характерны для сельского населения (Ю.А. Белоног, 2002). Имеются особенности характера темпа, уровня распространения а также представления об алкогольной, табачной наркотической зависимости в различной этнической и культуральной среде многонационального Казахстана (С.А. Алтынбеков, П.В. Бутенко, 2001; С.А. Алтынбеков, Е.В. Денисова, 2001; М.Х. Жаксылыкова, В.С. Красникова, 2001; Ж.А. Жолдасова, 2001; А.М. Идрисова, Б.Б. Джарбусынова, 2001; А.С. Каражанова, 2001; С.Н. Молчанов, В.С. Красникова, 2001; Т.В. Пак, Б.Б. Джарбусынова, 2001).

#### **4. Меры противодействия в сфере распространения наркозависимости и алкоголизма. Общемировая практика.**

С начала прошлого века прогрессивная мировая общественность, осознавая опасность и социальные последствия распространения алкоголизма и наркозависимости, предпринимает организованные меры противодействия как в плане общих, скординированных усилий – международное сотрудничество – так и в аспекте реализации широкомасштабных национальных программ.

##### **4.1. Международному сотрудничеству в сфере противодействия распространению наркозависимости и алкоголизма.**

Первыми вехами в практике международного антитабаческого сотрудничества являлись созданная в 1909 г. Шанхайская комиссия по опиуму, а также принятая в 1912 году первая конвенция по опиуму, где прямо указывалось на необходимость законодательного пресечения незаконной торговли опиумом в связи с очевидными деструктивными социальными последствиями. С 1946 года, после создания Организации Объединенных Наций, вся международная антитабаческая деятельность координируется ООН. В частности в 1946 г. ООН утверждает Комиссию по наркотическим веществам и Отдел по наркотическим средствам. В обязанности данных подразделений входит разработка единых стандартов и подходов к определению

нию наркотических веществ. В 1955 г. проводится первый Конгресс ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, в ходе которого делается особый акцент на связи преступности с наркобизнесом. В 1961 г. принимается Единая конвенция о наркотических средствах, а в 1968 г. создается международный комитет по контролю над наркотиками, с функциями разработки стратегии международной антинаркотической деятельности. В 1971 г. принимается Конвенция о психотропных веществах. В 1987 г. происходит принятие Всеобъемлющего международного плана будущей деятельности по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами, где в первую очередь, обращается внимание на необходимость мультисекториального подхода в решении данной проблемы. В 1988 г. принимается Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, а в 1990 г. Генеральная Ассамблея ООН принимает всемирную программу действий по борьбе с незаконными наркотиками. В 1991 г. Организацией Объединенных Наций разрабатывается и принимается программа по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП) со следующими функциями: программа обеспечивает просвещение в области опасности злоупотребления наркотиками; поддерживает международные усилия по борьбе с изготовлением наркотиков, их незаконным оборотом и связанной с наркотиками преступностью; содействует усилиям по снижению уровня злоупотребления наркотиками, особенно среди молодежи и уязвимых групп населения; налаживает на местном, национальном и международном уровнях сотрудничество по вопросам борьбы с наркотиками; обеспечивает информацию, анализ и услуги специалистов по связанным с наркотиками вопросами. В 1997 г. при ООН создается Управление по контролю над наркотиками и предупреждению преступности (УКНПП), которое, помимо ЮНДКП включает Центр по международному предупреждению преступности (ЦМПП). ЦМПП содействует укреплению международного сотрудничества в деле предупреждения и контроля преступности; оказывает поддержку в развитии систем уголовного правосудия; помогает государствам-членам решать задачи и преодолевать угрозы, возникающие в связи с изменением характера транснациональной организованной преступности, тесно связанной с незаконным оборотом наркотиков. В 1998 г. проводится Двадцатая специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН, посвященная совместной борьбе с мировой проблемой наркотиков, где обращается внимание на глобализацию и беспрецедентные масштабы проблемы распространения наркозависимости в мире и необходимость адекватных (глобальных и масштабных) ответов. Наконец, в 1999 г. при ООН создается специальный сектор по предупреж-

дению терроризма, поддерживаемого, в том числе, и на средства, вырученные от незаконной торговли наркотиками. Деятельность названных структур позволяет достаточно успешно консолидировать международный опыт противодействия распространению наркозависимости и незаконного наркооборота, повышать эффективность национальных усилий, предпринимаемых в данном направлении (Единая Конвенция о наркотических средствах от 30 марта 1961 года, Конвенция о психотропных веществах от 21 февраля 1971 года, О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ. Конвенция ООН от 20 декабря 1988 года, United Nations publication, 2000). Общие расходы УКНПП ООН (включая общие расходы ЮНДКП и ЦМПП) в миллионах долларах США в 1996 г. составили – 66,6; в 1997 – 66,0; в 1998 – 68,6; в 1999 – 88,7; в 2000 – 98,7; в 2001 – 104,0. Во всех подразделениях УКНПП работает около 360 сотрудников в 22 отделениях на местах (United Nations publication, 2002). Отдельно следует обозначить роль Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) - специализированного учреждения ООН, основная функция которого состоит в решении международных проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, в частности и проблем распространения патологической зависимости от психоактивных веществ. ВОЗ тесно сотрудничает с сектором Организации Объединенных наций по вопросам образования, науки, культуры, Международной организацией труда, Фондом ООН по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (ЮНФДАК), Ассоциацией государств Юго-Восточной Азии (АСЕАН), Секретариатом Содружества Наций, Европейским Советом, ОБСЕ, Арабской международной организацией социальной защиты от преступлений, многочисленными неправительственными организациями, имеющими консультативный статус при ВОЗ (Б. Рексед, К Эдмондсон и др., 1987). Помимо общих разработок направлений деятельности, вносящих наибольший вклад в улучшение здоровья людей, включающих аспект антиалкогольной и антинаркотической активности (WHO, Regional Office for Europe, 1993), ВОЗ привлекает все новые страны к участию в международных договорах о контроле над наркотическими средствами и психотропными веществами. В целом, антинаркотическая стратегия ВОЗ направлена на: 1) разработку политических мер и нормативных актов в области контроля над лекарственными средствами; 2) надлежащую регистрацию и распределение лекарственных средств; 3) надзор за снабжением психотропными лекарственными средствами и их использованием; 4) адекватную оценку зависимости от психоактивных веществ; 5) полноценное лечение и реабилитацию лиц, страдающих химической зависимостью; 6) эффективную профилактику и сокращение

спроса на наркотические средства и психотропные вещества; 7) сокращение поставок психоактивных лекарственных средств и проведение в жизнь соответствующих законов (ВОЗ, Женева, 1987; ВОЗ, Женева, 1988). Целенаправленно и последовательно Всемирная Организация Здравоохранения проводит в жизнь политику сокращения спроса и уменьшения вреда в связи с употреблением алкоголя. (Дж. Эдвардс, М.М. Гросс и др., 1978; И. Рутман, Д. Моузер и др., 1988). Масштабная исследовательская, информационно-просветительская и организационная работа в данном направлении привела к тому, что страны – члены ВОЗ приняли многолетний план действий по борьбе с потреблением алкоголя, основанный на 10 стратегиях, подтвердивших свою эффективность в многочисленных исследованиях: 1) Информирование людей о последствиях потребления алкоголя для здоровья, семьи и общества и об эффективных мерах, которые могут быть приняты для предупреждения или сведения к минимуму ущерба, путем создания масштабных просветительских программ, начиная с раннего детства. 2) Пропаганда общественной, частной и трудовой сред обитания, защищенных от несчастных случаев, насилия и других отрицательных последствий потребления алкоголя. 3) Принятие и обеспечение выполнения законов, направленных на эффективное недопущение вождения в состоянии опьянения. 4) Укрепление здоровья путем контроля за наличием, например для молодежи, и воздействия на ценообразование алкогольных напитков, например с помощью механизма налогообложения. 5) Осуществление строгого контроля, признавая имеющиеся в некоторых странах запреты, за прямым и косвенным рекламированием алкогольных напитков и обеспечение того, чтобы никакая форма рекламирования не была направлена специально или конкретно на молодежь, например, путем увязывания алкоголя со спортивными событиями и мероприятиями. 6) Обеспечение доступности эффективных служб лечения и реабилитации – с помощью получившего необходимую подготовку персонала – для лиц с опасным или причиняющим ущерб и для членов их семей. 7) Усиление морально-этической и юридической ответственности тех, кто причастен к сбыту или обслуживанию с предложением алкогольных напитков, обеспечение строгого контроля за безопасностью продукции, а также выполнение соответствующих мер, направленных на борьбу с противозаконным производством и продажей. 8) Усиление способности общества решать связанные с алкоголем проблемы путем подготовки и обучения специалистов различных секторов, таких как здравоохранение, социальное обеспечение, просвещение и судопроизводство, наряду с усилением коммунально-общинного развития и руководства. 9) Поддержка неправительственных организаций и дви-

жений самопомощи, способствующих укреплению здорового образа жизни – особенно тех, что стремятся предупредить или сократить связанный с алкоголем ущерб. 10) Создание на широкой основе алкогольных программ в странах с учетом настоящей Европейской хартии по алкоголю; разработка ясных и четких задач и показателей конечных результатов; мониторинг достижений; а также обеспечение периодического обновления программ на основе оценки.

(Европейская Хартия по алкоголю, Париж, 1995; Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя 2000-2005, ВОЗ, 2000; Декларация: Молодежь и алкоголь, Стокгольм, 2001)

#### **4.2. Противодействие распространению наркозависимости и алкоголизма в странах мира. Национальный опыт**

##### **4.2.1. Противодействие в законодательной сфере**

Большинство стран, подписавших Конвенцию «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» придерживается двух основных направлений политики предупреждения распространения наркотиков и их немедицинского потребления: 1) решительная и жесткая борьба с незаконным распространением наркотиков и их нелегальным рынком; 2) гуманизация отношения к лицам, страдающим наркоманиями. Законодательные нормы, препятствующие незаконному обороту наркотиков, практически во всех странах разбросаны по нормативным актам, относящимся к разным отраслям права: норм уголовных кодексов; норм здравоохранительных кодексов; специальных законов, регулирующих применение всех или отдельных видов наркотических средств; профессиональных кодексов или инструкций, регулирующих поведение определенных групп специалистов (врачей, фармацевтов и др.); инструкций по оптовой или розничной торговле наркотическими средствами; промышленных инструкций (в области химической и фармацевтической промышленности); транспортных инструкций (перевозка наркотиков); таможенных кодексов и инструкций. Нарушение данного законодательства в отдельных странах оценивается по-разному. Так, например, во Франции, Италии, Швейцарии, Люксембурге прием наркотиков запрещается, но в Италии наказание за нарушение данного закона не определено. В Великобритании и Ирландии наказуем только прием опиума. В Дании, Германии, Голландии, Португалии употребление наркотиков не является уголовно наказуемым. В Бельгии, Дании, Германии приобретение наркотических средств для личного использования наказывается так же, как и приобретение их с целью дальнейшей продажи. Законодательство Бельгии и Греции не делает различий между обладанием наркотиками торговца-

ми и потребителями. В Греции, Италии, Португалии приобретение наркотиков с целью личного потребления рассматривается как отличное от приобретения в связи с торговлей ими. Германия, Ирландия, Италия, Португалия и Великобритания рассматривают обладание наркотиками потребителем с целью личного потребления, как отличное от приобретение в связи с продажей в дальнейшем. Соответственно разнятся и санкции. Отличается регионарная дифференциация ответственности, в зависимости от того, в отношении какого наркотического средства совершено деяние. Деяние с гашишем (марихуаной) менее строго наказываются в Ирландии, Нидерландах, Италии, Испании. Законодательство Бельгии, Дании, Франции, Германии, Греции, Люксембурга, Португалии не делают различий между наркотическими средствами. В Великобритании наркотики разделены на три уровня по степени опасности, соответственно определяется наказание. Строгость санкций за наиболее распространенные виды преступлений, связанных с незаконным наркооборотом (нелегальное производство наркотиков, нелегальное обращения наркотиков, хранение наркотических средств, нарушение официальных полномочий в сфере производства и обращения наркотиков в стране, сообщение ложной информации при учете обращения наркотиков, «отмывание» денег, добытых вследствие незаконного наркооборота) различно. В Великобритании срок лишения свободы, определяемый за незаконное производство наркотиков, колеблется от 5 до 14 лет, в США – от 1 года до 15 лет, в Германии – до 4-х лет или штраф. Чаще всего в национальных законодательствах не дается определение наркомана или лица, употребляющего наркотики, и не делается различий между ними. Нет определений этих понятий в законодательствах Нидерландов, Испании, Великобритании, Ирландии, Франции, Португалии, Люксембурга, Бельгии, Дании, Германии. В этих странах указанные термины употребляются в основном в судебном производстве на основании заключений специалистов, нанятых для этих целей. В законодательстве ряда стран, например, Италии, Греции для установления наркогенного статуса правонарушителя могут быть предприняты: диагностический осмотр, клиническая или функциональная оценка степени зависимости и частоты употребления психоактивного вещества, специальные лабораторные анализы для объективизации имеющихся данных. Таким образом, в большинстве стран мира не существует жесткой системы учета лиц, зависимых от психоактивных веществ, а их наркогенный статус определяется компетентными специалистами в связи с конкретными, как правило, судебно-следственными ситуациями. В уголовных законодательствах стран Западной Европы существует системы поощрения к лечению правонарушителей – наркоманов, которым

в качестве альтернативы уголовному наказанию может быть назначено лечение, однако в случае несоблюдения режима лечения приговор приводится в исполнение – Дания, Испания, Бельгия, Греция, Ирландия, Люксембург, Португалия, Великобритания, Нидерланды (В.Е.Пелипас, И.О.Соломонидина, 1998; С.А.Караганов, И.Е.Малашенко, А.В.Федоров, 1998; United Nation publication, 2000-2001).

#### **4.2.2. Противодействие в сфере социальной политики и профилактики**

В настоящее время основные направления политики в отношении наркотических средств во многих странах отражаются не только законодательством, сколько в национальных программах по предупреждению злоупотребления наркотиками, алкоголем и их распространения. Значение таких программ заключается в концептуальном осмыслении проблемы, а также методов и возможностей ее решения, в разработке и комплексном проведении мероприятий по решению двух общих задач: 1) снижение предложения наркотиков и алкоголя; 2) снижение потребности в них. Отличительной чертой политики в отношении предупреждения наркоманий в разных странах является стремление воздействовать на всю совокупность факторов риска заболевания. Наркомания и алкоголизм все чаще относятся к социальным заболеваниям. В этом плане самыми общими профилактическими мероприятиями считаются разработка и внедрение программ, стимулирующих стремление к здоровому образу жизни. В данной связи объектом целенаправленной социальной политики во многих странах является средства массовой информации, где протекционируется соответствующая социальная реклама и не допускается прямая и косвенная реклама психоактивных веществ (В.Е.Пелипас, И.О.Соломонидина, 1998; Д.А.Соломзес, В.Чеурсон, 1998). В США общенациональная программа борьбы с наркотиками предполагает централизованную увязку всех региональных, общественных, ведомственных подпрограмм с четкой координацией их реализации, например, программой Министерства здравоохранения «Здоровый народ к 2000 году», программой Министерства образования и массового просвещения, правительственный программы «Зоны бедности и регионы развития предпринимательства», программы Министерства жилья и городского развития и т.д. Кроме того особый акцент делается на: 1) выработку долгосрочных стратегий (на 10 лет); выделения необходимых финансовых ресурсов (около 1 миллиарда долларов ежегодно); четко ориентированные пропагандистско-информационные компании с подключением наиболее значимых лиц страны, общественных деятелей, звезд спорта и шоу-бизнеса; целенаправленное и широкое подключение общественных движ

жений и структур на всех уровнях – от общественных до коммунальных; максимальное использование семьи как основы противодействия алкоголю и наркотикам; стимулирование коммерческих и финансовых структур, принимающих участие в борьбе против наркотиков и алкоголя. При этом комплексный подход к работе с населением строится по различным принципам: возрастному, социальному, территориальному. Особое внимание уделяется «зонам риска». Национальная программа противодействия наркотикам в США ставит задачу сделать свободными от наркотиков школы, рабочие места и улицы. Всемерно поощряются все формы партнерства между бизнесом, школами, религиозными группами, органами социального обеспечения, правоохранительными органами, СМИ и общественными деятелями, в работе по освобождению жилых массивов от наркотиков, преступности, насилия (Б.Р.Маккэфри, 1999; У.Модзельски, 1999; Б. Диаз, 1999).

В Германии большое внимание уделяется адресным программам антинаркотической деятельности в перспективных группах населения: молодежи; военнослужащих; лиц, несущих альтернативную гражданскую службу; родителей. Специальной информацией охвачены школьные работники и так называемые советники, посредники, консультанты, то есть те, кто работает с молодежью вне школы. По всей стране создана сеть консультационных антинаркотических центров, где работают специалисты, тесно сотрудничающие с вышеизложенными советниками. Они, кроме того, инициируют различные антинаркотические акции, координируют деятельность многих организаций, действующих в данном направлении, информируют наркозависимых о новых лечебных методах и информационных программах. Деятельность такого рода центров и специалистов координируется и направляется Германским национальным центром против злоупотребления наркотиками и финансируется правительством.

Во Франции большое внимание уделяется развитию конструктивного сотрудничества между врачами, учителями, фармацевтами, полицейскими, социальными служащими в аспекте повышения эффективности и улучшения координации антинаркотической деятельности. Особый акцент делается на предупреждение распространения наркотиков в школьной среде – создаются «школьные средовые комитеты», тесно сотрудничающие с различными организациями. В 1990 году, согласно приказу Министерства национального образования им был придан официальный статус.

Во многих европейских странах и США социальная политика последних лет направлена на преодоление враждебности в отношении лиц, страдающих наркоманиями. Обращается внимание на то, что наркозависимые, находящиеся под угрозой об-

щественного ostrакизма, имеют проблемы с жильем, работой. В данной связи реализуются специальные информационные и социальные программы, в частности, выделяются специальные жилые помещения (ночлежные дома, временные жилища), предоставляется помощь в профессиональном обучении и трудуоустройстве, поощряются работодатели, реинтегрирующие наркозависимых в трудовую среду (В.Е.Пелипас, И.О.Соломонидина, 1998).

Что касается целенаправленной социальной антиалкогольной политики, то для большинства развитых, ориентирующихся на развитие стран к началу текущего века стало фактически бесспорным, что ее главной целью должна быть защита здоровья, материального благополучия и безопасности населения. Однако концепция такой политики в каждой стране должна быть максимально «привязана» к существующей в ней алкогольной ситуации. Действия органов власти и общественных организаций могут быть направлены на все основные элементы этой ситуации – производство, продажа, потребление алкоголя, последствия. При этом исследования, проводимые в США, Канаде, Австрии, Испании, Италии, Швеции, Великобритании, Франции, Германии, Финляндии, Швейцарии, показывают, что наиболее эффективными являются следующие подходы: 1) повышение «начального» возраста легального потребления алкоголя; 2) меры, препятствующие рождению транспортных средств в нетрезвом состоянии; 3) регулирование доступности алкогольных напитков в розничной продаже; 4) массовое распространение способов предотвращения или снижения вреда при употреблении алкогольных напитков (В.Е.Пелипас, Л.Д.Мирошниченко, М.Г.Цетлин, 2002; Lehto, 1995; G. Edwards, 1998; J.W.Settertobulte, 2001; R.Room, 2001; E.Osterberg, T.Karlsson, 2001; D.Jernigan, 2001).

#### **4.2.3. Противодействие в сфере здравоохранения**

В настоящее время система наркологической помощи населению многих стран переживает весьма действенные, а подчас и революционные изменения, во-первых, в связи с резким изменением наркоситуации в мире (масштабы и темп распространения наркозависимости, отмечаемый повсеместно; угроза распространения сопутствующего ВИЧ/СПИДа). Во-вторых, по причине низкой эффективности традиционных подходов, применяемых в здравоохранении. Для системы специализированной наркологической помощи населению в наибольшей степени применима констатация того факта, что «в сложном современном мире иногда трудно сказать, что представляет собой система здравоохранения, из чего она состоит, где она начинается и где кончается» (Отчет ВОЗ, доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000). Помимо опоры на многочисленные формы социальной

антинаркотической и антиалкогольной активности, партнерские отношения с государственными и общественными организациями, действующими в данном направлении, для современной наркологической службы системы здравоохранения наиболее характерно включение в терапевтический и реабилитационный процесс принципов терапевтического сообщества (TC), сформулированных M.Jones в 1953 году. Терапевтические сообщества или терапевтические общинны для лиц, зависимых от наркотиков, возникли в 60-е годы. В настоящее время TC для химически зависимых лиц образуют спектр более чем из 500 описанных резидентских программ. Из них наиболее известные программы Daytop Village, Phoenix House, Getway House, Монар. Существуют Всемирная и Европейская федерации терапевтических сообществ. Кардинальным для понимания TC является то, что индивидуальные изменения должны происходить через взаимопомощь и самопомощь в условиях совместной деятельности персонала и пациентов. Сверхзадача TC – полное изменение стиля жизни, то есть не только воздержание от употребления психоактивных веществ, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и изменений, развитие новых ценностных ориентаций. Традиционно – это долгосрочная программа реабилитационного стационара, эффективность которой давно не вызывает сомнения (Ю.В. Валентик, 2001; G. De Leon, 1999).

В США Национальным институтом злоупотребления наркотиками (NIDA) опубликован реестр принципиальных подходов к организации и проведению лечения зависимых от алкоголя и наркотиков. В общем перечне они таковы: 1) *не существует лечения, которое в равной мере подходило бы для всех индивидов*. Решающее значение имеет соответствие условий лечения, формы вмешательства и предлагаемых услуг проблемам и потребностям пациента; 2) *потребность в лечении должна незамедлительно удовлетворяться*. Лица, нуждающиеся в лечении, могут оказаться вне лечебной системы, если лечение не будет вполне доступным; 3) *эффективное лечение должно ориентироваться на совокупность разнообразных потребностей индивида*, а не только на потребление им наркотиков. Оно должно быть адресовано паттерну потребления индивидом наркотиков и тесно связано с решением его медицинских, психологических, социальных, профессиональных и юридических проблем; 4) *лечение должно быть гибким* в соответствии с оценкой потребностей пациента, которые могут изменяться в ходе лечения; 5) *решающее значение для эффективности лечения имеет адекватность его продолжительности состоянию пациента*. Сроки лечения зависят от потребностей пациента. У большинства пациентов заметное улучшение здоровья наступает по истечении примерно

3-х месяцев после начала лечения. Продолжение лечения может улучшить его результаты. Программы лечения должны включать в себя стратегии предотвращения преждевременного прекращения пациентами лечения; 6) *индивидуальное и (или) групповое консультирование и различные виды поведенческой терапии являются существенным компонентом эффективного лечения наркомании*. В ходе лечения развивается мотивация пациентов, у них вырабатываются навыки противодействия употреблению наркотиков, виды активности, связанные с употреблением наркотиков, заменяются конструктивной и вознаграждаемой деятельностью, не сочетающейся с приемом наркотиков, у них улучшается способность к разрешению проблем. Поведенческая терапия облегчает также межличностные отношения; 7) *фармакотерапия является важным элементом лечения для многих пациентов*, особенно при ее сочетании с постоянным консультированием и различными видами поведенческой терапии. Метадон и лево-альфа-ацетил-метадол (LAAM) помогают лицам с зависимостью от опиатов стабилизировать их жизнь и сократить употребление наркотиков. Налтрексон эффективен для некоторых пациентов, у которых наркомания сочетается с алкогольной зависимостью. Никотиновые пластыри и лечебная жевательная резинка, а также пероральный прием некоторых лекарств, например, бупропиона могут помочь лицам с никотиновой зависимостью; 8) *лечение больных наркоманиями или лиц, злоупотребляющих наркотиками, с сопутствующими психическими расстройствами должно проводиться комплексно*. Поскольку эти расстройства часто наблюдаются у одного и того же индивида, то пациентов, поступающих на лечение по одному основанию, надлежит обследовать и лечить также по другому основанию; 9) *медицинская детоксикация является лишь первой ступенью в лечении наркомании*, и сама по себе она мало влияет на практику длительного употребления наркотиков. Медицинская детоксикация позволяет справляться с острыми физическими симптомами абстинентного состояния. Для некоторых индивидов детоксикация предшествует эффективному лечению наркомании; 10) *лечение не обязательно должно быть добровольным, чтобы быть эффективным*. Санкции или поощрение со стороны семьи, окружения по работе или правоохранительной системы могут существенным образом способствовать поступлению на лечение, удержанию в лечебной программе и успешности лечения; 11) *возможное употребление наркотиков в ходе лечения должно быть предметом непрерывного мониторинга*. Контроль за употреблением наркотиков и алкоголя в ходе лечения (регулярный анализ мочи) может помочь пациенту справляться с влечением к приему наркотиков. Мониторинг может также обеспечивать раннее выявление употребления наркотиков, что

позволяет своевременно корректировать лечение; 12) лечебные программы должны предусматривать обследование пациентов на предмет выявления ВИЧ-инфекции (СПИД), гепатита В и С, туберкулеза и других инфекционных болезней и постоянное консультирование с целью помочь им изменить поведение, связанное с риском заражения. Такое консультирование может помочь пациентам избегать высокорискованного поведения, а также помочь уже инфицированным лицам справляться с болезнью; 13) выздоровление наркоманов может быть длительным процессом, зачастую требующим повторных курсов лечения. Как и при других хронических заболеваниях, рецидивы употребления наркотиков могут иметь место как во время, так и непосредственно после окончания успешного лечения. Участие в программах самопомощи во время лечения и по его окончании зачастую помогает поддерживать состояние воздержания. (NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркоманий, 2000). Большая часть лечения зависимых от психоактивных веществ в США организуется с помощью так называемых критериев размещения, разработанных обществом аддиктивной медицины (ASAM), обозначаемых PPC-2R (критерии размещения пациентов для лечения заболеваний, вызванных злоупотреблением алкоголя или наркотиками). Используется 6 «измерений» - уровней диагностики, в зависимости от которых принимается решение о соответствующем уровне профессиональной помощи, включающих следующие параметры: 1) оценка степени интоксикации сроков прекращения приема психоактивного вещества; 2) оценка биомедицинских характеристик, наличия и степени выраженности осложнений; 3) эмоциональные, поведенческие и когнитивные особенности; 4) готовность к изменениям (мотивация); 5) вероятность рецидива употребления психоактивных веществ.

Пять основных уровней лечения включают: 1) ранняя интервенция (обычно – экстренная детоксикация); 2) амбулаторный; 3) интенсивный амбулаторный; 4) резидентский (проживание в сообществе); 5) больничный (стационарный).

Некоторые из перечисленных уровней имеют подуровни, например: 3 (а) – клинический управляемый, резидентский подуровень низкой интенсивности (дома на полпути); 3 (б) – клинический управляемый, резидентский подуровень средней интенсивности (терапевтическое сообщество). Персонал наркологических учреждений в США состоит в основном из психологов, советников по аддикции, специалистов по превенции (профилактики), кейс-менеджеров (управляющих делами), среднего медицинского персонала, и, в значительно меньшей степени, из врачебного персонала, используемого, в основном, в фазе детоксикации. Однако эти немедицинские должности содержат в себе строгие требования относительно стандартов образо-

вания и лицензирования, которые изложены в федеральных законах и законах соответствующих штатов. Правительство США, профессиональные организации и ассоциации жестко контролируют выполнение стандартов образования и качество услуг данного профиля. Как правило, пациенты, после завершения стандартного курса терапии в наркологическом учреждении, продолжают процесс реабилитации в сообществах «Анонимных алкоголиков» (АА) и «Анонимных наркоманов» (АН). Эти группы не связаны с лечебными центрами и профессионалы ими не руководят. Однако основная идея терапевтического сообщества полноценно реализуется именно в данных условиях (М. Рупперт, 2002).

В Германии, в дополнение к традиционно существующей системе клинически ориентированной наркологической помощи населению, где используются в основном медикаментозные методы лечения, все большее распространение в последние годы приобретает практика объединения различных специалистов – психологов, педагогов, врачей, социальных работников и других, объединенных под названием «Кон-Дробс». Дробс – это аббревиатура слов «консультационный пункт по проблемам наркотиков», а «Кон» означает «вместе». Возникновение и развитие Кон-Дробс типично для существования всей системы наркологической помощи в Германии. Оно возникло вследствие неудовлетворенности общественности и больных - химически зависимых - теми мерами, которые предлагали официальные институты. Основное внимание в Кон-Дробс уделяется психологической работе с пациентами и группами риска по наркологическому профилю. Такие группы существуют как за счет государственного, так и частично финансирования (Г.Экштайн, 1996, В.Е.Пелипас, И.О.Соломонидиана, 1998).

В Италии с конца 70-х годов было отмечено снижение обращаемости зависимых лиц в психиатрические стационары для наркоманов, вследствие неизбежной общественной обструкции. В связи с этим стали создаваться новые структуры, действующие параллельно официальным – так называемые кооперативы для наркозависимых с двумя главными функциями: 1) индивидуальная, семейная и групповая терапевтическая поддержка; 2) амбулаторное и стационарное лечение. Работа такого кооператива осуществляется в тесном сотрудничестве с другими заинтересованными службами. Кроме того, кооперативы помогают больным с жильем, работой, в деятельность кооперативов охотно вовлекаются бывшие пациенты. В Италии более 20 лет действует Ассоциация «Casa Famiglia Rosetta» (ACFR), известная своими реабилитационными центрами и программами реабилитации для лиц, зависимых от психоактивных веществ. Компонентами реабилитации здесь являются специально кон-

---

струируемая реабилитационная среда, психотерапия, трудовая занятость, работа с семьей, образовательные программы (Ю.В.Валентик, 2001).

Во Франции получают развитие альтернативные формы оказания наркологической помощи населению, такие, например, как практика приемов наркоманов в семье. Еще в 1977 году такая возможность была разрешена официальном декретом Президента Франции. В 1987 году этот вопрос был подробно рассмотрен в специальном решении министра по социальным делам, и с этого времени такие семьи получают денежные средства от властей. В данной ситуации наркозависимый заключает специальный договор между ним и «принимающей» семьей, основанный, с одной стороны, на росте ответственности за результат у самого зависимого лица, с другой – на личностном отношении к пациенту со стороны «лечащей группы» (Report by Pompidou Group 1998).

Особый интерес представляет организация системы наркологической помощи населению в такой социально-ориентированной стране, как Швеция. Лечение и реабилитация лиц с алкогольной и наркотической зависимостью осуществляется здесь в рамках различных программ, проводимых как социальными службами, так и службами здравоохранения. Работники социальных служб обеспечивают большую часть необходимого амбулаторного лечения, их деятельность осуществляется в координации с органами здравоохранения. В компетенцию амбулаторных служб лечения и реабилитации входят разработки планов продвижения тех пациентов, которые нуждаются в стационарном размещении. Решается вопрос о профиле лечебного учреждения, куда необходимо направить пациента и о форме финансирования. Стационарные лечебницы могут быть как государственными, так и частичными и предлагают различный ассортимент услуг - от краткосрочных, детоксикационных программ, до полноценных, длительных реабилитационных курсов. В конце 90-х годов в Швеции насчитывалось 103 амбулаторных и стационарных клиник для зависимых лиц. Кроме того, функционировало 42 лечебных заведения для принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманией, общей мощностью на 1400 мест. Курсы детоксикационной терапии проводятся в основном в психиатрических отделениях больниц общего профиля. Лица молодого возраста чаще проходят лечение в специальных молодежных центрах, находящихся в ведении социального сектора. Отношение к заместительной терапии наркозависимых метадоном, бубринорфином, практикующейся в большинстве Европейских стран, в Швеции неоднозначное (Алкоголь и наркотики в Швеции, Шведский институт, 1998; Е.Муландер 1998).

В Польше традиционная система наркологической помощи населению, оказываемая амбулаторны-

ми и стационарными звенями психиатрической службы, с конца 70-х годов эффективно дополняется масштабной специализированной программой лечения и социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ, реализуемой Ассоциацией МОНАР. Более чем за 20 лет своей деятельности МОНАР создал специализированную сеть лечебных, реабилитационных, консультационных клиник и центров – 27 терапевтических и консультационных пунктов и диспансеров, 6 центров долгосрочной терапии, 18 центров среднесрочной терапии, 1 центр интенсивной терапии, 4 центра для подростков и 3 центра для детей, страдающих наркозависимостью. Кроме того, были созданы 2 программы «Школы преодоления», которые представляют собой ступень между детоксикацией и реабилитационной программой. МОНАР создал программу поддержки наркозависимых, прошедших все ступени реабилитации данной программы. 24 особые терапевтические группы проводят терапию в тюрьмах на всей территории Польши. Основные элементы системы МОНАР – это: 1) адекватная информация об ассортименте услуг и наличие возможности выбора; 2) амбулаторные службы с многообразными целевыми программами краткосрочной и среднесрочной помощи; 3) дневные стационары для лиц, нуждающихся в интенсивной помощи; 4) стационарные центры для лиц, не способных правильно функционировать в своем месте жительства; 5) стационарный центр для лечения детей и подростков; 6) программа готеля (жилищная программа для лиц, окончивших интенсивные терапевтические курсы); 7) вспомогательные группы для лиц, не входящих в программу готеля, но нуждающихся в поддерживающей мотивационной терапии. МОНАР тесно сотрудничает с терапевтическими, психиатрическими, дерматологическими, инфекционными отделениями многопрофильных больниц; судами; прокуратурой; полицией; организациями, осуществляющими общественную помощь; религиозными организациями; клубами, домами культуры и т.д. (Я.Владонь, 2001; П.Адамяк, 2001).

В Литве основной акцент в формировании вариантов оказания специализированной помощи населению делается на реализацию программ снижения вреда от употребления наркотических веществ, в первую очередь, на профилактику распространения ВИЧ/СПИДа среди наркозависимых. Создаются Анонимные консультационные кабинеты с задачами: 1) установления и поддержания контактов с как можно большим числом наркопотребителей; 2) представления им адекватной информации о ВИЧ/СПИДЕ, других инфекционных заболеваниях, методах защиты от них; 3) побуждения их к изменению поведения на менее рискованное в отношении наркотиков и секса; 4) предоставления информации и мотивации на дальнейшее

лечение и реабилитацию по поводу сопутствующих заболеваний и наркозависимости. Кроме того, функционируют специальные центры первичной медико-санитарной помощи, в задачи которых входит адресное проведение заместительной терапии метадоном пациентам с героиновой зависимостью. Сотрудниками центров выполняются и другие задачи, связанные с адекватным информированием и мотивацией на менее рискованное поведение, оказанием консультативной и паллиативной помощи наркозависимым лицам. Деятельность вышеназванных структур финансируется в основном государством. Анонимные консультативные кабинеты и центры заместительной терапии активно сотрудничают и координируют свои действия с Вильнюсским центром лечения токсикомании (Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки, ООН, 2001).

В Словении с середины 90-х годов была учреждена сеть центров профилактики и лечения наркозависимости для реализации соответствующих профилактических и терапевтических программ. Деятельность сети координируется Центром лечения наркозависимости при Центре психического здоровья в Любляне, финансируется Институтом медицинского страхования Словении. Основные задачи деятельности сети включают в себя: 1) представление наркопотребителям бесплатной медицинской помощи, включая метадоновую программу и другие программы заместительной терапии; 2) разработку для медицинского персонала основных принципов лечения наркотической зависимости, в частности руководства для терапевтического применения метадона; 3) разработку и реализацию информационно-просветительских, профилактических программ, направленных, в частности, и на снижение вреда от наркотического применения; 4) мониторинг распространения наркозависимости и со-последующего ВИЧ/СПИДа. Регулярные проверки деятельности сети показали, что более 90% пациентов высоко оценивают реализуемые терапевтические программы (Сборник примеров наилучшей практики ЮНЭЙДС, ООН, 2001).

В общих чертах основные тенденции развития наркологической службы в системе здравоохранения США, Канады, Западной и Восточной Европы, стран Балтии в 80-е – 90-е годы сводятся к следующему: 1) система специализированной наркологической помощи все более тесно смыкается с деятельностью других организаций, занятых в данной сфере и альтернативными социальными формами противодействия распространению алкоголизма и наркоманий; 2) организация, структура, кадровая спецификация наркологической службы становятся все более разнообразными, гибкими, адекватными потребностям многих социальных групп; 3) ассортимент антитабачных и антиалкогольных услуг, предоставляемых наркологи-

ческими учреждениями населению, в силу всего сказанного, значительно расширяется, при одновременном снижении степени обструкции, риска поражения в правах и общественного порицания наркозависимых; 4) первостепенная роль, в условиях многоуровневой, разнообразный и многопрофильный лечебно-реабилитационной деятельности, отводится эффективной координации и полноценному мониторингу проблемы распространения алкоголизма и наркозависимости.

## **5. Меры противодействия в сфере распространения алкоголизма и наркозависимости в странах СНГ**

### **5.1. Меры противодействия в законодательной сфере**

В связи с очевидностью беспрецедентного роста распространения наркозависимости, осознаваемого как угроза национальной безопасности, в странах СНГ предпринимаются противодействующие усилия, в первую очередь, в законодательной сфере. Практически во всех странах постсоветского пространства ратифицированы антитабачные Конвенции ООН 1961, 1971, 1988 годов. В Российской Федерации свод антитабаческого законодательства дополнительно представлен документом о «Государственной политике по борьбе с наркоманией и наркоторговлей» - 1993; соответствующими статьями Уголовного кодекса – 1997; Федеральным Указом «О наркотических препаратах и психотропных веществах» - 1998; Указом Президента о мерах по усилению деятельности против наркомании и нелегального оборота наркотических препаратов и психотропных веществ – 1998; Руководящими принципами для деятельности по противостоянию нелегальному обороту наркотических препаратов и психотропных веществ и наркомании на период до 2008 г. – 1999; Федеральной Программой комплексных мер против наркомании и нелегального оборота наркотиков, 2002-2004г.г. – 2002. В Республике Таджикистан с 1998 года введен новый Уголовный кодекс, где предусмотрены меры уголовного наказания за незаконный оборот психотропных веществ и прекурсоров, наряду с наркотическими средствами. В 1999 году принят Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», утвержденные правительственные постановления: «Национальный Список наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», «Положение о лицензировании деятельности в сфере незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров». В Азербайджанской Республике принят Закон «О борьбе с незаконным оборотом наркотиков». В 2000 году была утверждена «Национальная Программа по борьбе с распространением наркомании и незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров 2001-2006г.г.».

В Кыргызской Республике принятая комплексная Государственная Программа противодействия наркомании и незаконному обороту наркотиков, составляющая основу государственной антинаркотической политики в данной сфере. Программа предусматривает последовательную реализацию 4-х стратегий: 1) *интегральную*, направленную на улучшении координации всех сфер антинаркотической деятельности; 2) *целевую*, направленную на планирование программ достижения конкретных результатов в каждой сфере антинаркотической активности; 3) *гуманистическую*, направленную на учет интересов и прав личности при осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий, а так же баланса административного - правовых лечебных и воспитательных мер в продолжении алкогольной и наркотической зависимости; 4) *превентивную*, максимально гибкую и дифференцированную стратегию, основанную на примате предупреждения над наказанием, воспитания над перевоспитанием, раннего выявления над малоуспешным лечением, эффективных и малозатратных механизмов противодействия распространению алкоголизма и наркозависимости над малоэффективными и высоко затратными.

В Республике Казахстан антинаркотическое законодательство дополнительно представлено: 1) статьями Уголовного кодекса, предусматривающими ответственность за незаконное хранение, транспортировку и сбыт наркотических, психотропных веществ и прекурсоров – 1997; Законом «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» - 1998; Законом «О медико-социальной реабилитации лиц, больших наркоманией» - 2002; Указом Президента РК «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» - 1995; Указом Президента Р.К. «О стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001 – 2005 годы» - 2000; Постановлением Правительства Р.К. «О наркотических веществах, психотропных средствах и прекурсорах, подлежащих контролю» - 1998. (ODCCP 2002; Доклады руководителей делегаций Таджикистана, Азербайджана, Узбекистана, Кыргызстана, Казахстана на Региональный Конференции по проблемам злоупотребления наркотиками в Центральной Азии, 2002; Борьба с незаконным оборотом наркотиков, официальные тексты, 2002).

## **5.2. Социальная антинаркотическая политика, профилактика**

Структуры, ответственные за реализацию антинаркотического законодательства и периодически обновляемых, соответствующих государственных программ достаточно универсальны для всех стран СНГ: 1) Министерство внутренних дел, погранич-

ная служба, государственная служба безопасности, служба таможенного контроля ответственны за пресечение незаконного наркооборота и наркобизнеса внутри страны и за ее пределами. 2) Министерство иностранных дел ответственно за координацию международного сотрудничества в области контроля за наркотиками; 3) Министерство Обороны – за предотвращение распространения наркозависимости среди военных; 4) государственные структуры (министерства, агентства, комитеты), представляющие Информацию и Телекоммуникации – за общий уровень информированности населения о вреде, связанным с употреблением психоактивных веществ; 5) Министерство здравоохранения – отвечает за профилактику, лечение и реабилитацию зависимых от психоактивных веществ; 6) Министерство образования – за профилактику распространения алкоголизма, наркомании, сопутствующего ВИЧ/СПИДа и реабилитационные программы для детей, подростков и молодежи в образовательной системе; 7) Министерство природных ресурсов – за пресечение незаконного культивирования наркосодержащих культур; 8) Министерство (комитеты, агентства) спорта и туризма – ответственны за масштабную реализацию профилактических и реабилитационных программ; 9) Министерство социального обеспечения – за реализацию социальных, жилищных и реабилитационных программ; 10) специальные государственные структуры (комитеты) – отвечают за координацию антинаркотических усилий, предпринимаемых в государственных и региональных масштабах. Основные структуры, ответственные за снижение спроса на алкоголь и наркотики на территории СНГ - Министерства здравоохранения и образования (ODCCP, 2002; Ф.Кумпл, С.Франке, 2002; Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии, 2002).

Несмотря на то, что практически в каждой из стран постсоветского пространства действуют десятки, и, даже, сотни антинаркотических и антиалкогольных программ, приоритет отдается масштабным государственным проектам (Наркомания в России: угроза нации. Аналитические доклады, 1998-2000; С.Р.Мусинов, А.Л.Катков, С.А.Алтынбеков, 2001). Наиболее важными составляющими данных проектов являются мультисекторный подход, профилактическая направленность, стабильность финансирования, сотрудничество между правительственными и неправительственными организациями, достижение необходимого баланса между уменьшением поставок и снижением спроса на алкоголь и наркотики. Масштабные государственные программы рассматривают употребление алкоголя и наркотических веществ в связи с социальным контекстом, решением более широких вопросов политического развития посредством поддер-

жания социальной и экономической стабильности, стимулирования возможностей образования, экономической деятельности. (Ф.Кумпл, С.Франке, 2002). Между тем, в решении конкретных промежуточных антинаркотических задач гуманистического и социального спектра более эффективны НПО и общественные организации (С.Р.Мусинов, А.Л.Катков, 2002).

В настоящее время учеными и практиками СНГ разработано достаточное число базисных концепций эффективной социальной и профилактической антинаркотической деятельности. Так, А.А.Самошキン, И.Б.Васильев (2001) отмечают эффективность следующих технологий профилактики: 1) *информационные технологии* профилактики наркомании и алкоголизма, направленные, прежде всего, на устранение информационного вакуума и реализацию трех информационных проектов: а) создание постоянно-действующего «конвейера» антинаркотических публикаций и рекламы в СМИ; б) создания служб телефонного консультирования; в) создание специализированных антинаркотических сайтов в Интернете; 2) *технологии активизации общественного мнения* в целях профилактики наркомании и алкоголизма; 3) *образовательные технологии*, включающие: а) просветительские программы для всего населения; б) программы обучения родителей учащихся детей, подростков, молодежи; в) программы обучения педагогов, психологов, социальных работников, действующих в образовательных учреждениях; г) обучение руководителей предприятий, организаций; д) образовательные программы для учащихся; 4) *превентивные диагностические технологии* профилактики наркомании и алкоголизма; 5) *административные технологии*; 6) *технологии занятости в профилактике наркомании и алкоголизма*; 7) *системные технологии*, используемые для профилактики наркомании и алкоголизма. По мнению П.И.Сидорова (2002) в настоящее время можно говорить о формировании такого международного научно-практического направления как превентивная наркология. Основные векторы развития данного направления психогигиенический, педагогический, медико-социальный, медицинский (здравоохранение), административно-правовой, экономический. Рассматриваются следующие уровни профилактики: первичная профилактика (предупреждение возможностей развития аддиктивного поведения); вторичная профилактика (целенаправленная работа в группах риска); третичная профилактика (снижение вреда вследствие употребления алкоголя и наркотиков). Принципы превентивной наркологии – социальной активности, информированности, гуманности, научности, системности, раннего предупреждения, дифференцированности, программно-целевого планирования, в сущности, отражают общие требования к социально-ориентированным антинаркотическим

программам. Основные стратегии, превентивной наркологии следующие: экстранозологическая (выход за пределы медицинской парадигмы); гуманистическая (сочетающая все измерения личности); воспитательно-просветительная; прогностическая; экологическая; интегральная; экономическая; нормативная (законодательная). Близкие по значению тезисы аргументируются в работах В.Б.Якимова (1996), Н.А.Сироты и др. (2001), В.А.Деречи (2002). Перспективной является транстеоретическая профилактическая модель изменения поведения человека или группы, где рассматривается алгоритм приобретения необходимых навыков изменения рискованного поведения и достижения устойчивого желаемого статуса (А.А.Аканов, 2001).

Сообщается о возрастании антинаркотической активности в деятельности СМИ (А.В.Худяков, 2000; Б.Ф.Калачев, Ю.С.Тихомирова, 2000; В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин, 2001). В последние годы профилактические антинаркотические программы широко внедряются в систему образования (С.А.Аканова и др., 1998; Минобразование России о профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков, молодежи, 1999). Предпринимаются осмысленные попытки профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков путем целенаправленной работы с семьей. При этом акцент делается на конструктивное решение проблемных семейных ситуаций, ведущих к экспериментированию подростков с наркотиками: дефицит положительных эмоций, изоляция семьи, самоустраниние семьи, разрыв поколений, дефекты воспитания, некомпетентность родителей в проблеме наркотиков и алкоголя, размытость нравственных запретов, ошибочная тактика профилактики (В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин, 2000). Издаются специальные пособия по организации мероприятий по профилактике наркоманий для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов, социальных педагогов (Г.В.Латышев и др., 1998).

Свою общую специфику имеет антиалкогольная социальная политика, реализуемая в странах СНГ. Здесь отмечается достаточно много аналогий с общемировыми тенденциями. В основном, акцентируются следующие направления: 1) воздействие на объем и структуру производства алкогольных напитков (налоги, лицензирование, стандарты, квоты и т.д.); 2) воздействие на оптовый и розничный торговый оборот; 3) воздействие на доступность алкогольных напитков в розничной продаже; 4) запрет на приобретение алкогольных напитков для определенных категорий лиц – несовершеннолетних, лиц в состоянии алкогольного опьянения, водителей на дорогах, рабочих в спецодежде и др.; 5) запрет на употребление алкогольных напитков отдельными категориями лиц; 6) ограничение рек-

ламы алкогольных напитков; 7) система административных и уголовных наказаний в связи с употреблением алкоголя; 8) система правовых ограничений для злоупотребляющих алкоголем; 9) система оказания консультативной, медико-генетической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи лицам с нарушениями здоровья, вызванными употреблением алкоголя; 10) система профилактики злоупотребления алкоголем (гибкая, целевая, адресная); 11) поощрение различных инициатив населения, направленных на снижение риска возникновения вредных последствий употребления алкоголя; 12) различные превентивные меры, направленные на снижение риска возникновения вредных последствий употребления алкоголя (А.А.Аканов, 2002; Г.Г.Онищенко, В.Ф.Егоров, 2002; В.Е.Пелипас, Л.Д.Мирошниченко, М.Г.Цетлин, 2002).

### **5.3. Меры противодействия в системе здравоохранения**

#### **5.3.1. Меры противодействия в Российской Федерации и странах СНГ**

Основные усилия системы специализированной наркологической помощи в Российской Федерации направлены как на усвоение эффективного международного опыта, так и на разработку национальных моделей борьбы с распространением алкоголизма и наркозависимости (Н.А.Бохан и др., 2000; Н.Н.Иванец, 2002; П.Д.Шабанов, 2002). Акцент делается на улучшение ранней выявляемости зависимых от психоактивных веществ (А.В.Голенков, 2000; А.П.Кабалин и др., 2002), разработке и внедрению системных и фрагментарных инновационных моделей организации наркологической помощи населению (А.Л.Игонин, 1998; Р.И.Теркулов и др., 2000; В.Ф.Егоров, 2000; Г.И.Гусарова, 2001; С.В.Литвинцев, 2002; В.И.Михайлов, Б.А.Казаковцев, А.А.Чуркин, 2002). Основное внимание уделяется отходу от исключительно медикаментозной практики лечения алкоголизма и наркозависимости и расширению использования комплексной реабилитационной практики (В.И.Ревенко, В.Г.Москевич, В.Н.Карлов, 1999; Л.А.Михайлова, 2000; И.Е.Булыгина и др., 2001; Н.Д.Букреева, 2002). При этом используются как заимствованные, так и оригинальные комплексные программы медико-социальной реабилитации наркозависимых, эффективность которых не вызывает сомнений (В.В.Батищев, 1998-2000; В.В.Батищев, Н.В.Негериш, 2000; Ю.В.Валентик, 2001; Т.Н.Дудко, В.А.Пузиенко, Л.А.Котельникова, 2001; М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, 2001;).

Практически непрерывно идет процесс усовершенствования отдельных аспектов или блоков реабилитационного процесса (В.В.Батищев, 2000; Т.Н.Дудко, 2000; В.Г.Тактаров, И.А.Новиков, 2001; В.Ю.Валентик, 2002; В.Ю.Валентик, Н.В.Вострек-

нутов и др., 2002). Создаются новые эффективные формы работы с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми (М.Л.Рохлина, Н.Н.Иванец, 1999; Н.А.Должанская, Т.С.Бузина, 2000-2001; ЮНЕЙДС 2001-2002). Таким образом, общая тенденция развития наркологической помощи населению в здравоохранении на постсоветском пространстве заключается в частичном отходе от исключительно медицинских (лекарственных) подходов в лечение алкоголизма и наркозависимости; разработке и внедрении реабилитационных программ разной степени сложности; проведении необходимых структурных, технологических и кадровых инноваций.

#### **5.3.2. Меры противодействия в системе здравоохранения Республики Казахстан**

Основной контекст развития системы здравоохранения Республики Казахстан, в котором действует система специализированной наркологической помощи, заключается в следующем. Здравоохранение Казахстана эволюционирует в соответствии с основными принципами политики охраны здоровья в XXI веке, где в ряду стратегических задач, подлежащих неотложному решению выделяются: рискованное поведение молодежи (связанное с угрозой зависимости от психоактивных веществ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа, других инфекционных заболеваний), неконтролируемое поведение населения (отравления, травмы, выходящие на первое место по объему экономических потерь, несомых обществом в данной связи), рост социально-зависимых болезней и состояний, требующих специального социального обеспечения и поддержки (А.А.Аканов, 2002). Стратегия основных направлений развития здравоохранения в Республике Казахстан до 2010 года предусматривает разработку и осуществление мер государственной медико-социальной и правовой политики в области увеличения потенциала здоровья населения; создание благоприятной среды обитания людей; усиление мер ответственности за укрепление здоровья как на индивидуальном, так и на национальном, региональном и местном уровнях; развитие и совершенствование индивидуальных навыков и способностей граждан к здоровому образу жизни; ориентацию здравоохранения на внедрение современных технологий, с акцентом на ресурсосбережение, экономически эффективные, усиливающие доступность и охват населения медицинской помощью. В данной связи резко активизируются процессы совершенствования системы управления сектором здравоохранения (совершенствование нормативно-правовой базы, финансово-экономического обеспечения, структуры); модернизации основных технологий, структуры и кадрового обеспечения медицинской помощи населению, в том числе специализированной; совершенствования лекарственной политики и развития медицинской промышленно-

сти; обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия (Ж.А.Доскалиев, 2001). При этом особый акцент делается на адекватное формирование государственного заказа в секторе здравоохранения, поэтапное изменение правового и экономического статуса основного массива лечебно-профилактических учреждений (М.А.Алиев, 2002), реальную оценку условий, потенциала и стадии развития системы оказания медицинской помощи населению (О.Т.Жузжанов, 2002), необходимость переориентации на амбулаторные формы лечения с опорой на полноценную профилактику и реабилитацию (М.К.Кульжанов и др., 2001), доступности не только медицинской, но и профилактической помощи в рыночных условиях (М.А.Камалиев и др., 2001; Х.Б.Бисмильдин и др., 2002). Долгосрочное планирование ситуации, связанной со здоровьем населения Казахстана и реформами в секторе здравоохранения, осуществляется с использованием наиболее адекватных, внедисциплинарных научных подходов (О.Т.Жузжанов, 2002).

Следующей важной характеристикой контекста деятельности системы здравоохранения является форсированное развитие рыночных отношений в Республике Казахстан. В данной связи интенсивно развиваются новые схемы финансирования сектора здравоохранения, включая и специализированную помощь населению (С.В.Ким, А.Кайрбеков, С.К.Ахметова, 2002; В.П.Маджуга, 2002; И.С.Захаров, А.С.Шинболатова, 2002). Изучаются возможности адекватного участия населения в оплате определенного сектора услуг (М.А.Камалиев и др., 2002; И.С.Захаров, С.Кисикова, 2002). Исследуются реальные дивиденды экономической стимуляции деятельности лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников (М.К.Кульжанов, И.С.Захаров, С.Кисикова, 2002; К.К.Куракбаев, 2002; С.Е.Ибраев, Н.Г.Воронцова, 2002; Х.Б.Бисмильдин, Р.А.Файзуллин, С.Б.Базарбекова, 2002).

Интенсивный процесс реформирования в Республике Казахстан в условиях глобальной перестройки всей социально-экономической системы требует интенсивного развития научной составляющей сектора здравоохранения (Н.К.Хамзина, А.В.Нерсесов, К.Б.Манекенова, 2002; А.М.Арингазина, С.А.Егубаева, 2002; Х.Сагын и др., 2002).

С учетом необходимости интенсивных технологических и структурных изменений в системе здравоохранения Казахстана, закономерное внимание уделяется подготовке и преподготовке медицинских кадров на этапах додипломного и последипломного образования (А.Н.Чен, 2001; М.К.Кульжанов, Н.А.Абдикалиев, С.Н.Кожабеков, 2002; Н.А.Абдикалиев, С.А.Егубаева, 2002; А.К.Каптагаева и др., 2002; А.А.Сыздыкова, Б.К.Шоканова, 2002; А.К.Каптагаева, Г.Ж.Муханова и др., 2002; Т.А.Султаналиев, Д.К.Кизатуллин, 2002; А.К.Каптагаева, К.Х.Жангазиева, Б.Б.Копжасарова, 2002).

В систему организационных приоритетов Казахстанского здравоохранения входят вопросы реформирования сельского здравоохранения (Х.Сагын и др., 2002; Г.П.Касымова и др., 2002), а также развития негосударственного сектора медицинских услуг (Д.Д.Джанабаев, 2002; С.З.Каирбекова, К.Ж.Сулейменова, З.К.Садвокасова, З.Ж.Ержуманова, 2002; С.З.Каирбекова, К.Ж.Сулейменова и др., 2002; Р.А.Даулбаева, 2002).

В публикациях последних лет все чаще предпринимаются попытки научного анализа эффективности реформ, как в отдельных сферах, так и в системе здравоохранения Республики Казахстан в целом (А.Е.Хайрушев, 2002; Д.С.Исаев, Г.Г.Гордиенко, Т.К.Бурибаев, 2002; А.Д.Шалбаева, 2002; С.Р.Мусинов, А.Л.Катков, 2002).

Таким образом, основные тенденции развития системы здравоохранения Республики Казахстан, в контексте которых действует система специализированной наркологической помощи населению, заключаются в: 1) интенсивном процессе реформирования всего уклада системы здравоохранения в соответствии с рыночной эволюцией социально-экономических отношений в Республике Казахстан; 2) интенсивном технологическом, структурном, кадровом переоснащении сектора здравоохранения Республики Казахстан, стремящегося действовать в соответствие с растущим запросом населения на широкий ассортимент, высокое качество и доступность медицинских услуг; 3) многообразие правовых, организационных и финансово-экономических форм (многоукладность) оказания профильной медицинской помощи населению; 4) научно-информационное сопровождение и многоуровневый мониторинг эффективности (уровни учреждения, региона, сектора здравоохранения, системы в целом); 5) смыкание с социальным сектором, как в области профилактики, так и в сфере реабилитации лиц, страдающих, так называемой, социально-значимой патологией.

Система специализированной наркологической помощи населению в Республике Казахстан (наркологические диспансеры с амбулаторными стационарными подразделениями; специализированные лечебно-профилактические учреждения (СЛПУ), осуществляющие принудительное лечение лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью; наркологические отделения в психиатрических больницах и диспансерах; наркологические отделения в многопрофильных городских и районных больницах; наркологические кабинеты и фельдшерские пункты в лечебных учреждениях, на предприятиях), хотя и усваивает современные тенденции развития, но в целом, остается традиционной по структуре и ассортименту лечебно-диагностических услуг (А.Т.Айдарханов, С.А.Алтынбеков, 2002; С.А.Алтынбеков, 2002), несмотря на то, что антинаркотическим законодательством и соответ-

ствующими государственными программами предусматривается обратное (С.А.Алтынбеков, А.Л.Катков, С.Р.Мусинов, 2001; С.Р.Мусинов, А.Л.Катков, С.А.Алтынбеков, 2001). Следует отметить, что к настоящему времени разработаны модели реформирования системы специализированной наркологической помощи населению Республики Казахстан (С.А.Алтынбеков, 2001; А.Л.Катков, 2001; С.Р.Мусинов, 2002). Публикуются материалы, посвященные проектам или удачному опыту внедрения отдельных организационных инноваций, касающихся создания единой информационной сети для системы наркологической помощи населению (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, М.Н.Валивач, 2001), телефонно-консультативной, профильной службы (О.Г.Юсопов, Г.И.Алтынбекова, 2002), организации принудительного лечения зависимых от ПАВ (С.В.Рудяков и др., 2001), деятельности дневных наркологических стационаров (С.В.Рудяков и др., 2001), новым формам и методам работы среди несовершеннолетних – зависимых от психоактивных веществ (В.Н.Даневич, 2002), перспективным региональным моделям наркологической помощи населению Республики Казахстан (С.Р.Мусинов, С.А.Алтынбеков, 2002; С.К.Садвокасова, 2002). В Республике ведется достаточно интенсивная разработка оригинальных методов лечения и реабилитации зависимых лиц, постепенно внедряемых в деятельность наркологической сети (И.Г.Зальцман, 2001; Ю.А.Россинский, 2001; Н.Ж.Кенжебаев, К.К.Еркембаев, 2001; С.Н.Молчанов, 2001; А.Л.Катков, С.А.Алтынбеков, 2002). Создаются и апробируются программы первичной, вторичной и третичной профилактики распространения наркозависимости и алкоголизма среди населения и отдельных целевых групп (И.В.Василенко, 2001; И.В.Василенко, О.В.Прокудина, 2001; Н.П.Кузнецов, М.С.Сыздыков, Н.В.Козченко, 2001; М.Х.Жаксылыкова, 2001; С.В.Рудяков и др., 2001; А.З.Нургазина, 2001; А.Н.Рамм, 2001; А.А.Марашева, 2002). Сообщается о начальном опыте деятельности НПО и частных наркологических учреждений в лечебно-реабилитационном и профилактическом аспекте (А.Т.Айдарханов и др., 2002).

Таким образом, система наркологической помощи населению Республики Казахстан в настоящее время проходит начальные этапы процесса организационного реформирования с целью соответствия динамике наркологической ситуации в стране, изменившимся потребностям населения в данной связи. В той или иной степени данный процесс отражает основные тенденции развития системы наркологической помощи населению, отмечающиеся в США, Западной и Восточной Европе, странах СНГ.

## **6. Общая оценка ситуации и задачи развития системы наркологической помощи населению на современном этапе**

На основании всего изложенного следует вывод о том, что основная тенденция к бесконтроль-

ному распространению зависимости от психоактивных веществ в мире, и, особенно, в странах СНГ, включая Центрально-Азиатский регион, в ближайшие годы не претерпит каких-либо существенных изменений.

Только энергичные и согласованные, мультисекторальные усилия государств и мирового сообщества в целом способны противостоять и эффективно минимизировать отрицательные последствия данного социального явления.

Среди основных агентов антинаркотической и антиалкогольной активности система здравоохранения, совместно с системой образования выполняют особую стратегическую функцию по снижению спроса на психоактивные вещества, реализацию полноценных диагностических (раннее выявление) и лечебно – реабилитационных программ.

Отличительной чертой, определяющей эффективность современной системы наркологической помощи населению, является ее гуманистическая ориентация (ненасильственность); полноценное сотрудничество с различными ведомственными, вне-ведомственными, государственными и неправительственными агентами, действующими в данной сфере; многоукладность, разнообразие и гибкость организационных форм; широкий ассортимент, доступность лечебно – диагностических и реабилитационных услуг для населения; полноценное структурное, кадровое, технологическое реформирование с учетом изменившихся лечебно – реабилитационных подходов.

Первостепенная роль, по мере создания многоуровневой, многопрофильной и многоукладной системы наркологической помощи населению, должна отводится процессам эффективной координации деятельности и постоянного научного мониторинга эффективности реализуемых антинаркотических программ. Что предполагает разработку четких схем взаимодействия и контроля, соответствующей нормативной базы.

Все вышеназванные позиции соответствуют основным тенденциям и общему контексту развития социально – экономических отношений, в частности, основным направлениям и стратегии развития здравоохранения в Республике Казахстан.

### *Литература:*

1. Абдикалиев Н.А., Егебаева С.А. Состояние подготовки и переподготовки медицинских кадров в республиках Центральной Азии // Центрально-азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. Vol. 1. № 1.- С. 61-71
2. Адамяк П. Система помощи лицам с вредными привычками как оптимальный способ действий в области помощи лицам с вредными привычками и злоупотребляющими психоактивными веществами. // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001. - С. 32-35

- 
3. Айдарханов А.Т., Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Муканов С.К. Все о наркозависимости в Казахстане.- Астана, 2002. – 465 с.
4. Аканов А.А. Формирование здорового образа жизни в Казахстане: итоги четырехлетней деятельности и концепция дальнейшего развития // Алматы, 2001. – 53 с.
5. Аканова С.А., Иргебаева Н.М., Ищенко М.А., Касенова Р.К., Тлегенова Г., Росьяк Д., Есиркегенова А.Г. Профилактика употребления вредных веществ в средней общеобразовательной школе Республики Казахстан (методические указания для учителей и программа обучения) // Алматы, 1998. – 77 с.
6. Аканов А.А. Проект комплексного плана профилактики злоупотребления алкоголем и снижение риска возникновения вредных последствий вследствие употребления алкоголя в Республике Казахстан // Алматы, 2002
7. Аканов А.А. Основы политики и стратегии здравоохранения в 21 веке // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, - Vol. 1. – № 1, 2001. - С. 18-23
8. Алиев М.А. Основные направления стратегии развития здравоохранения // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г. - С. 18-24
9. Алтынбеков С.А., Бутенко П.В. Оценка уровня распространения и типичные характеристики лиц с алкогольной зависимостью в Республике Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 67-70
10. Алтынбеков С.А., Денисова Е.В. Исследование распространенности наркоманий и типичные характеристики наркозависимости в Республике Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 70-83
11. Алкоголь и наркотики в Швеции. Шведский институт // Вопросы наркологии. – № 3, 1998. - С. 54-64
12. Алтынбеков С.А. Критический анализ состояния наркологической помощи населению Республики Казахстан. – Т. 2. № 1, 2002.- С. 7-11
13. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р. К проекту Закона Республики Казахстан «О медико-социальной реабилитации больных наркоманией» // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 7-13
14. Алтынбеков С.А. О реализации стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом Правительства Республики Казахстан в 2001 г. // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 2, 2001.- С. 7-9
15. Алимханов Ж.А. Проблемы наркомании в Республике Казахстан. Миры и реальность.// Вопросы наркологии Казахстана. – Т. I. № 1, 2001.- С. 29-30
16. Арингазина А.М.. Егебаева С.А. Научно-практические подходы к организации действий по укреплению здоровья // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, - Volume 1. № 2, 2002. - С. 38-42
17. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании. – М.: Медицина, 1988. Т. 2. – С. 169-231
18. Бабаян Э.А. Контроль наркотических средств и психотропных веществ и проблемы сокращения спроса на них // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. - М., 1990. – С. 13-36
19. Бабаян Э.А. Сравнительный анализ динамики наркоманий и токсикоманий в СССР // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и проблемы наркологии. – М., 1991. – С. 12-49
20. Баранчик Г.М. Эпидемиологические, этнические и организационные аспекты алкоголизма в Бурятии // Дис... канд. мед. наук. – Улан-Удэ, 1992. – 179 с.
21. Батищев В.В. Результаты внедрения стационарной лечебно-реабилитационной программы для больных алкоголизмом «Решение» // Вопросы наркологии. - № 4, 2000. - С. 22-32
22. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. - № 2, 1998. - С. 62-81
23. Батищев В.В. Опыт адаптации миннесотской модели лечения зависимостей в стационарном психотерапевтическом отделении для больных алкоголизмом (программа «Решение») // Вопросы наркологии. - № 2, 2000. - С. 38-44
24. Батищев В.В., Негерии Н.В. Методология программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: Теория и практика // Москва, 2000. – 184 с.
25. Бейсенов Ж.С. О состоянии наркоситуации в Казахстане, некоторых причинах, способствующих существованию наркомании и приоритетных мерах борьбы с ней // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. I. № 1, 2001. - С. 20-24
26. Белоног Ю.А. Уровни осведомленности сельского населения Акмолинской области о проблемах наркотизма // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Том VIII. № 2, 2002. - С. 117-120
27. Бисмильдин Х.Б., Файзуллин Р.А., Базарбекова С.Б. Принципы оказания профилактически направленной медицинской помощи в рыночных условиях // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, - Астана, 3-5 декабря 2002. – Т. I. - С. 71-73
28. Бисмильдин Х.Б., Файзуллин Р.А., Базарбекова С.Б. Профилактически направленная медицинская помощь в условиях бюджетного финан-
-

- сирования и медицинского страхования // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, - Астана, 3-5 декабря 2002. - Т. I. - С. 71-73*
29. Боголюбова Т.А. Наркотизм: основы частной криминологической теории. Автограферат дис... докт. юрид. наук. - М., 1995. - 38 с.
30. Борьба с незаконным оборотом наркотиков (официальные тексты по состоянию на 1 мая 2002 года) // Алматы, 2002. - 216 с.
31. Боян Н.А., Глазырина Н.И., Мандель А.И. Обзор современных методов исследования и реабилитации больных наркоманиями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. № 4. - С. 52-65
32. Булыгина И.Е., Цетлин М.Г., Павлова А.З., Захаров В.Н. Опыт организации системы реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ в Республике Чувашия// Вопросы наркологии. - № 6, 2001. - С. 51-53
33. Букреева Н.Д. Организационные и экономические аспекты реабилитации больных наркоманией // Профилактика и реабилитация в наркологии. - № 1, 2002. - С. 15-18
34. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии // М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001, - 36 с.
35. Валентик В.Ю. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы), - Москва. 2001. - 105 с.
36. Валентик В.Ю. Реабилитация в наркологии. Учебное пособие // Москва, Прогрессивное Биомедицинские Технологии, 2001. - 35 с.
37. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями // Профилактика и реабилитация в наркологии. - № 1, 2002. - С. 23-30
38. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гершин А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы
39. несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Наркология. - № 1, 2002. - С. 43-47
40. Василенко И.В. Особенности проведения программ HR в среде шприцевых наркоманов в Средней Азии и Казахстане // Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1. № 1, 2001.- С. 42-44
41. Василенко И.В., Прокудина О.В. Особенности проведения профилактических программ в учебных заведениях // Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1. № 1, 2001.- С. 45-46
42. Владонь Я. Новый подход к проблемам, связанным с употреблением наркотиков // Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1. № 1, 2001. - С. 25-39
43. Волгина Т.Л., Синенко С.А., Чудаков М.А. Подростки и наркотики: проблемы, анализ, практика // Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии. Владивосток. - Томск, 1997,- С. 127-131
44. Волгина Т.Л. Злоупотребление алкоголем подростками, склонными к криминальному поведению // Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии. - Владивосток – Томск, 1997. - С. 124-127
45. Волгина Т.Л., Синенко С.А., Чудаков М.А. Подростки и наркотики: проблемы, анализ, практика // Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии. – Владивосток – Томск, 1997. - С. 127-131
46. Врублевский А.Г., Кузнец М.Е., Мирошниченко Л.Д. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М., 1994. – С. 65-68
47. Врублевский А.Г., Егоров В.Ф., Гречаная Т.Б. Динамика смертности наркоманов, применяющих наркотики внутривенно в Москве за 12 лет // Материалы XII съезда психиатров в России. – М., 1995. – С. 705-706
48. Врублевский А.Г., Кузнец М.Е., Мирошниченко Л.Д. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М., 1994. – С. 65-68
49. Врублевский А.Г., Егоров В.Ф., Гречаная Т.Б. Динамика смертности наркоманов, применяющих наркотики внутривенно в Москве за 12 лет // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 705-706
50. Габиани А.А. Наркомания: Горькие плоды сладкой жизни // Социологическое исследование. – М., 1987. № 1. – С. 48-53
51. Гусев С. Наркомания: тревожная ситуация // социалистическая закономерность. 1988. № 2.- С. 12-16
52. Гречаная Т.Б., Гуртовенко В.М., Кошкина Е.А., Столпник Л.П. Тенденция изменения показателей заболеваемости и болезненности наркоманиями в России за 1987-1991 г.г. // Актуальные вопросы профилактики неинфекционных заболеваний. – М., 1993. Т. I. – С. 43
53. Государственная политика и меры противодействия распространению наркомании в Республике Казахстан (текст выступления руководителя делегации Казахстана на Региональной Конференции по проблемам злоупотребления наркотиками в Центральной Азии, Ташкент 10-12 мая 2002г) // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 3, 2002. – С. 114-117
54. Государственная политика и меры противодействия распространению наркомании в Кыргызской Республике (текст выступления руководителя делегации Кыргызстана на Региональной Конференции по проблемам злоупотребления наркотиками в Центральной Азии, Ташкент 10-12 мая

- 2002г) // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 3, 2002. – С. 117-120
55. Государственная политика и меры противодействия распространению наркомании в Республике Таджикистан (текст выступления руководителя делегации Таджикистана на Региональной Конференции по проблемам злоупотребления наркотиками в Центральной Азии, Ташкент 10-12 мая 2002г) // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 3, 2002. - С. 120-122
56. Голенков А.В. Региональная статистическая модель выявляемости и распространенности наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. - № 2, 2000. - С. 75-79
57. Гусарова Г.И. Борьба с наркотиками в Самарской области // Вопросы наркологии. - № 1, 2001. - С. 67-70
58. Декларация: модель и алкоголь // Конференция ВОЗ на уровне министров, – Стокгольм, 19-21 февраля 2001
59. Диаз Б. Профилактика наркотической зависимости – дело каждого // Глобальные проблемы (электронный журнал Информационного агентства США). – Т. 4, 1999. № 2. - С.15-18
60. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2000 году // ВОЗ, - Копенгаген, 2000
61. Деречи В.А. Основы первичной позитивной наркотрофилактики // Профилактика и реабилитация в наркологии. - №1, 2002. С. 46-50
62. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации // Вопросы наркологии. - № 3, 2000. - С. 13-20
63. Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С. Подготовка среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля по профилактике ВИЧ-инфекции у потребителя наркотических веществ. Пособие для врачей // Москва, 2000. – 20 с.
64. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа // ЮНЭЙДС, 2002. – 236 с.
65. Должанская Н.А., Бузина Т.С. Консультирование потребителей психоактивных веществ по профилактике ВИЧ-инфекции // Москва, 2001. – 28 с.
66. Доскалиев Ж.А. Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан до 2010 года / / Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, - Vol. 1. № 1, 2001. - С. 5-18
67. Джанабаев Д.Д. Основные проблемы и пути развития лечебно-профилактической сети негосударственного сектора здравоохранения в Казахстане // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I.- С. 94-99
68. Джанабаев Д.Д. О состоянии и перспективах развития рынка медицинских услуг в Казахстане // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I.- С. 102-104
69. Даулбаева Р.А. Проблемы исследований некоммерческих организаций и их решение в общественном здравоохранении Казахстана // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г., Алматы. – С. 173-176
70. Даневич В.Н. Новые формы и методы работы наркологической службы Павлодарской области среди несовершеннолетних // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г., Т. II.- С. 546-549
71. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации // Москва, 2001. – 38 с.
72. ЕЭС. Последние тенденции в употреблении и сбыте наркотиков, принимаемые меры борьбы, изучение проблемы и научные исследования в этой области // 25-ая Конференция экспертов по эпидемиологии. – Страсбург, 1996 (сводное резюме отчетов за 1996 г.). М., 1996. – 35 с.
73. Егоров В.Ф., Бородкин Ю.С., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А. Оценка ситуации, связанной со злоупотреблением наркотиками в России // Материалы XII съезда психиатров в России. – М., 1995. – С. 19-20
74. Евтушенко Т.Р., Шмакова Т.И. Проблема наркомании в Костанайской области // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 2, 2002. - С. 15-18
75. Есенбаева Л.З. Преступность и наркозаболевания по Южно-Казахстанской области // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 2, 2002. - С. 18-19
76. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя 2000-2005 // ВОЗ, Европейское региональное бюро, – Копенгаген, 2000
77. Егоров В.Ф. Наркологическая служба Российской Федерации: основные проблемы (доклад на VIII съезде психиатров России) // Вопросы наркологии. - № 4, 2000. - С. 7-10
78. Жаксылыкова М.Х., Красникова В.С. Исследование распространенности и типичные характеристики респондентов с зависимостью от табака в Республике Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 84-88
79. Жолдасова Ж. Характеристика осведомленности населения РК о проблеме наркотизма // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 88-93
80. Жаксылыкова М.Х. Работа с семьями наркозависимых лиц в плане профилактики наркомании // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 52-53

81. Жузжанов О.Т Развитие здравоохранения Республики Казахстан: мифы и реальность // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г. - С. 34-39
82. Жузжанов О.Т. Системный и синергетический подходы к реформированию здравоохранения, как сочетание крайних направлений в процессе становления новой организации и управления сферы охраны здоровья// Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, - Астана, 3-5 декабря 2002. – Т. I. - С. 111-113
83. Зинковский А.К., Петров В.И., Зерник Е.В. Этнокультуральные особенности алкоголизма в Тверской области // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Выпуск II. – Под ред. Б.С. Положного, А.А. Чуркина. Москва – Ижевск, 1997. – С. 219-221
84. Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки // Сборник тематических исследований Центральная и Восточная Европа и государства Центральной Азии, - ООН. Нью-Йорк, 2001.- 111с.
85. Захаров И.С., Шинболатова А.С. Государственный заказ на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Vol. 1. № 2, 2002. - С. 58-63
86. Захаров И.С., Кисикова С. Платные медицинские услуги с точки зрения пациента // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Vol. 1. № 2, 2002. - С. 50-53
87. Зальцман И.Г. Об одном из вариантов программы по лечению и реабилитации больных наркоманией // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 54-55
88. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Вопросы наркологии, 1997. № 3. – С. 3-13
89. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. – М.: изд-во «Медпрактика», 2000. – 122 с.
90. Иванец Н.Н., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Васильев Ю.Н. Характеристика потребителей наркотиков в Санкт-Петербурге // Вопросы наркологии, 1996. № 3. – С. 80-85
91. Идрисова А.М., Джалбусынова Б.Б. Оценка личного отношения населения РК к проблеме наркомании // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 91-103
92. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. - Т. I-II // Медпрактика–М, - Москва, 2002. – 947 с.
93. Игонин А.Л. Методы работы врачей-наркологов и их оценка, исходя из системы позитивных приоритетов // Вопросы наркологии. - № 3, 1998. - С. 24-30
94. Исаев Д.С., Гордиенко Г.П., Бурибаев Т.К. Экспертные технологии в оценке научно-исследовательских проектов в области медицины // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г., Алматы. – С. 179-181
95. Ибраев С.Е., Воронцова Н.Г. Управление качеством медицинской помощи на основе комплексной оценки эффективности деятельности организаций здравоохранения и экономической мотивации медработников // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, - Астана, 3-5 декабря 2002. Т. I. - С. 118-120
96. Информация о наркотической ситуации в Азербайджанской Республике (текст выступления руководителя делегации Азербайджана на Региональной Конференции по проблемам злоупотребления наркотиками в Центральной Азии, Ташкент 10-12 мая 2002г.) // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 3, 2002. - С. 113-114
97. Казанцев И.И., Барсуков Ю.Г., Томилов А.М. Распространённость наркомании и токсикомании // Медицинские аспекты проблем наркомании. Темы докладов Республиканского совещания врачей-наркологов и психиатров. – М., 1991. – С. 48-50
98. Колесников В.В., Койкова И.А. Распространенность наркоманий и токсикоманий среди подростков // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии МЗ РФ. – М. Томск – Краснодар, 1992. – С. 61-62
99. Краткие сведения о наркоситуации и преступности в Российской Федерации, ODCCP, 2002
100. Кошкина Е.А. Разработка моделей оценки ситуации, связанной с потреблением наркотиков и стратегий профилактических действий // Автограф. дисс. докт. – М., 1998. – 46 с.
101. Кумпл Ф., Франке С. Анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики // Рабочий документ. - ODCCP, 2002. – 54 с.
102. Кенжебаев Н.Ж., Коожахметова Б.А., Есекалиева Т.А., Володько Г.П. Наркологическая ситуация в Карагандинской области // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 2, 2002. - С. 22-23
103. Каражанова А.С. Оценка уровня осведомленности населения о проблеме наркотизма в Республике Казахстан в зависимости от возраста и уровня вовлеченности в орбиту наркотизма // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 103-109
104. Караганов С.А., Малашенко И.Е., Федоров А.В. Наркомания в России: Угроза нации // Аналитический доклад, М., 1998. – 18 с.
105. Кастелич А. Сеть центров профилакти-

- ки и лечения наркозависимости // В кн.: злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки, - ООН, 2001. - С. 55-59*
106. Калачев Б.Ф., Тихомирова Ю.С. *Об освещении проблемы наркотиков в Российской прессе./ / Вопросы наркологии. - № 4, 2000. - С. 61-69*
107. Корчагина Г.А., Никифоров И.А. *Наркомания в России // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. - М., 1994.- С. 78-80*
108. Кошкина Е.А. *Эпидемиология наркологических заболеваний // В кн. Руководство по наркологии. -Т. I, под редакцией члена-корреспондента РАМН профессора Н.Н.Иванца,- С. 8-33*
109. Кошкина Е.А. *Изучение распространенности потребления психоактивных веществ среди населения г. Москвы (социально-эпидемиологическое исследование). – М.: Пульс, 1996.- 102 с.*
110. Кошкина Е.А. *Разработка моделей оценки, прогноза ситуации, связанной с потреблением наркотиков и стратегий профилактических действий. Автореф. дисс... докт. мед. наук. – М., 1998. – 46 с.*
111. Кошкина Е.А. *Эпидемиологические Исследования в наркологии // Лекции по наркологии. Изд. 2-ое. Под ред. Н.Н.Иванца. – М., «Нолидж», 2000. – С. 41-59*
112. Курек Н.С. *Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре, как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1996. № 2. – С. 54-59*
113. Кабалин А.П., Клепиков А.Н., Ковальский О.Н., Ронк О.А., Семенов С.В., Тарасов А.А., Токарев В.Д., Фадеев А.С., Чернов О.Э., Ядчук В.Н. *Рекомендации по выявлению лиц, предрасположенных к употреблению наркотических средств // Профилактика и реабилитация в наркологии. - № 1, 2002. - С. 44-49*
114. Кульжанов М.К., Чен А.Н., Шинболатова А.С., Кашифутдинова Г.Т. *Актуальные проблемы управления общественным здоровьем и здравоохранением в РК // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, - Vol. 1. № 1, 2001. - С. 23-34*
115. Камалиев М.А., Буздаева С.С., Сарбасов К.Т., Айтманбетова А.А. *Анализ проблем доступности медицинской помощи населению // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г. - С. 128-131*
116. Ким С.В., Кайрбеков А., Ахметова С.К. *Финансовый механизм стандартов оказания медицинской помощи// Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблема и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г. - С. 128-131*
117. Камалиев М.А., Томпсон Р., Буздаева С.С., Сарбасов К.Т. *Оценка расходов населения на медицинскую помощь // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Vol. 1. № 1, 2001. - С. 51-55*
118. Кульжанов М.К., Захаров И.С., Кисикова С. *Платные медицинские услуги с точки зрения медицинского работника // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Vol. 1. № 2, 2002. - С. 45-48*
119. Куракбаев К.К. *Экономические основы усиления стимулирующей функции оплаты медицинских услуг на подушевой основе// Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Vol. 1. № 2, 2002. - С. 34-36*
120. Кульжанов М.К., Абдыкалиев Н.А., Кожабекова С.Н. *Повышение квалификации руководителей медицинских организаций по общественному здравоохранению – важная приоритетная задача реформирования системы здравоохранения Республики // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, - Астана, 3-5 декабря 2002. – Т. I. - С. 152-154*
121. Каптагаева А.К., Кызылова З.И., Муханова Г.Ш., Ержанова Ф.Н. *Состояние и проблемы повышения квалификации и переподготовки кадров в Республике // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I. - С. 237-239*
122. Каптагаева А.К., Муханова Г.Ж., Кызылова З.И., Ержанова Ф.Н. *Послевузовское медицинское образование в Республике Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I. - С. 237-239*
123. Каптагаева А.К., Жангазиева К.Х., Копжасарова Б.Б. *Подготовка организациям образования // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I. - С. 239-240*
124. Касымова Г.П., Молдалиев Н.С., Адильдинова Н.А., Куанышева Р.Т., Абаканова Н.Т. *Региональная политика в области здравоохранения // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I. - С. 140-142*
125. Каирбекова С.З., Сулейменов К.Ж., Садвакасова З.К., Ержуманова З.Ж. *О состоянии целиительства в Республике Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I. - С. 130-131*
126. Каирбекова С.З., Сулейменов К.Ж., Алпысбекова Г.М., Молдагасимова Г.М.. *Структура негосударственного сектора здравоохранения Республики Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I. - С. 129-130*

127. Каирбекова С.З., Сулейменов К.Ж., Алпысбекова Г.М., Молдагасимова Г.М.. Состояние по-стлицензионного контроля деятельности лицензиатов в Республике Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I.- С. 128-129
128. Каирбекова С.З., Сулейменов К.Ж., Алпысбекова Г.М., Молдагасимова Г.М.. Основные направления и пути развития негосударственно-го сектора здравоохранения Республики Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I.- С. 122-124
129. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Валичав М.Н. Проект создания единой информационной сети в Центрах медико-социальной реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 3, 2001.- С. 69-70
130. Кенжебаев Н.Ж., Ермекбаев К.К. Особенности подхода к медико-социальной реабилитации внутренних наркоманов в свете выполнения программы борьбы с наркоманией в Карагандинской области // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 55-56
131. Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 1, 2002.- С. 30-33
132. Кузнецов Н.П., Сыздыков М.С., Козаченко Н.В. «Снижение вреда от наркотиков» в г. Караганде, как элемент реабилитации // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 56-57
133. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Двадцать третий доклад // Серия технических докладов 741, - ВОЗ, Женева, 1988. – 62 с.
134. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 2, 2001.- С. 9-12
135. Ложбанидзе А.Б. Потребление психоактивных веществ подростками-школьниками г. - Нальчика и программа его профилактики // Вопросы наркологии. – № 3. 2001.- С. 55-60
136. Лозовик Л.А., Юхименко А.В. К вопросу эпидемиологии полинаркотизма в Приморском крае // Региональные аспекты психического здоровья. Томск – Владивосток, 1993. – С. 297-298
137. Латышев Г.В., Бережная М.А., Речнов Д.Д. Организация мероприятий по профилактике наркомании // С-Петербург, 1998. – 48 с.
138. Литвинцев С.В. Организация наркологической помощи в Вооруженных Силах Российской Федерации на современном этапе // Наркология. - № 4, 2002. - С. 2-6
139. Мишикинд А.Д. Формирование и течение хронического алкоголизма в условиях Крайнего Севера // Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1982
140. Михайлов В.И., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств среди некоторых коренных народов Дальнего Востока, проживающих в Хабаровском Крае.// Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Выпуск II. – Под ред. Б.С.Положского, А.А.Чуркина. Москва – Ижевск, 1997. – С. 143-149
141. Михалева Л.Д. Эпидемиологические характеристики динамики наркологической ситуации / / Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии. – Владивосток – Томск, 1997. - С. 101-104
142. Мостовой С.М. Динамика распространенности алкоголизма и алкогольных психозов на Дальнем Востоке // Российский психиатрический журнал. – № 4, 2002. - С. 45-48.
143. Молчанов С.Н., Красникова В.С. Представление населения о степени ответственности различных институтов и субъектов в отношении решения проблемы распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 110-115
144. Маккэфри Б.Р. В поисках общей платформы в борьбе с наркотиками // Глобальные проблемы (электронный журнал Информационного агентства США), - Т. 4, 1999. № 2. – С. 4-8
145. Модзельски У. Глобальная стратегия спасения школьников от наркотиков // Глобальные проблемы (электронный журнал Информационного агентства США). – Т. 4, 1999. № 2. - С. 10-15
146. Муландер Е. Швеция – общество, свободное от наркотиков? // Вопросы наркологии. – № 3, 1998. - С. 64-71
147. Мусинов С.Р., Катков А.Л., Алтынбеков С.А. К проекту государственной программы профилактики лечения и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001. – С. 14-20
148. Мусинов С.Р., Катков А.Л. Об индикаторах эффективности антинаркотической деятельности медицинских и гуманитарных учреждений Республики Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана. – Т. II. Астана, 2002. - С. 609-612
149. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии // Наркология. - № 1, 2002. - С. 40-42
150. Михайлова Л.А. Реабилитационный центр для больных наркоманиями «Воскресенье»: 3 года работы // Вопросы наркологии. - № 3, 2000. - С. 21-26
151. Маджуга В.П. К вопросу реформирования отдельных принципов организации и финансирования здравоохранения Республики Казахстан //

- Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г. - С. 64-68**
152. Мусинов С.Р., Катков А.Л. Об индикаторах эффективности антинаркотической деятельности медицинских и гуманитарных учреждений Республики Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. - Т. II.- С. 606-612
153. Мусинов С.Р., Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Проект государственной программы профилактики, лечения и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 14-20
154. Мусинов С.Р. Основные направления реформирования системы наркологической помощи населению // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VIII. № 3, 2002.- С. 97-98
155. Мусинов С.Р., Алтынбеков С.А. Перспективная региональная модель наркологической помощи населению РК (основные организационные принципы) // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г., Т. II.- С. 607-609
156. Молчанов С.Н. Современные подходы в реабилитации пациентов с опийной наркоманией // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 65-69
157. Марашева А.А. Формирование антинаркотической устойчивости в младшей возрастной группе // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VIII. № 3, 2002.- С. 87-89
158. Министерство Образования России о профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди детей, подростков, молодежи.// Вопросы наркологии. - № 2, 1999. - С. 11-14
159. Наркомания в России: угроза нации (Аналитический доклад, год 2000) // Совет по внешней и оборонной политике, рабочая группа под руководством А.В.Фёдорова
160. Наркомания в России: угроза нации. Аналитический доклад (подготовлен рабочей группой Совета по внешней и оборонной политике под руководством С.А.Караганова, И.Е.Малащенко и А.В.Фёдорова, 1998)
161. Наркомания в России: Угроза нации (Аналитический доклад), 2000.
162. Нургазина А.З. Психотерапия с подростками, входящими в группы риска по наркологическому профилю // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 2, 2001.- С. 92-94
163. ООН Доклад международного комитета по контролю над наркотиками. – ООН, 1987
164. ООН. Доклад международного комитета по контролю над наркотиками. – ООН, 1990
165. Организация Объединенных Наций во главе всемирной борьбы с незаконными наркотиками и преступностью // United Nation publication, November, 2000.
166. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации // Наркология. - № 1, 2002. - С. 4-8
167. Пятницкая И.Н. Наркомании. – М.: Медицина, 1994. – 119 с.
168. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть I) // Вопросы наркологии, 1995. № 1. – С. 85-91
169. Пятницкая И.Н. Развитие наркотизма в прошлом и настоящем (часть II) // Вопросы наркологии, 1995. № 3 – С. 75-94
170. Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 1990-2001 г.г. (статистические сборники) // МЗ Республики Казахстан, - Республиканская клиническая психиатрическая больница. Алматы, 1990-2001
171. Пак Т.В., Джарбусынова Б.Б. Оценка потенциального личного вклада населения РК в решении проблемы наркомании // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. VII. № 4, 2001. - С. 110-115
172. Пелипас В.Е., Соломонидина И.О. Зарубежная антинаркотическая политика // Вопросы наркологии. – № 2, 1998. - С. 82-95
173. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д., Цетлин М.Г. Вопросы алкогольной политики // В кн. Руководство по наркологии том II, - под ред. члена –корреспондента РАМН, профессора Н.Н. Иванца. - С. 464-483
174. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.М., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. Сообщение 4: тема наркомании в Российских СМИ // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. - С. 47-58
175. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. Сообщение 3. Позиция семьи // Вопросы наркологии. – № 2. - С. 54-60
176. Рохлина М.Л., Мохнатчев С.О. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у женщин // Вопросы наркологии. – М., 2001. № 3. – С. 16-26
177. Ренсед Б., Эдмонсон К., Хан И., Самсон Р.Д. Международная стратегия борьбы с наркоманиями // Руководство по контролю над наркотическими средствами и психотропными веществами. – ВОЗ. Женева, 1987. – 187 с.
178. Рупперт М. Американское общество аддиктивной медицины (ASAM). Критерии размещения пациентов для лечения заболеваний, вызванных злоупотреблением алкоголя или наркотиков // Вопросы наркологии Казахстана, - Т. 2. № 3, 2002. - С. 127-129

179. Рупперт М. Основные различия между системами наркологического лечения в Казахстане и США // Вопросы наркологии Казахстана, - Т. 2. № 3, 2002. - С. 129-130
180. Ревенко В.И., Москвичев В.Г., Карлов В.Н. Концептуальные подходы к организации лечебно-реабилитационной работы, реализуемые национальным бюро по наркотикам РФ // Вопросы наркологии. - № 1, 1999. - С. 22-24
181. Рохлина М.Л., Иванец Н.Н. К вопросу о лечении больных наркоманиями, зараженных ВИЧ // Вопросы наркологии. - № 1, 1999. - С. 40-46
182. Рудяков С.В., Брыжакин П.Г., Онгарова В.Н., Сулейменов С.Д., Сергеева Н.В., Хасс С.Х., Джасыбеков М.А. Опыт работы отделения принудительного лечения в составе наркологического диспансера // Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 1. № 1, 2001.- С. 82-84
183. Рудяков С.В., Брыжакин П.Г., Онгарова В.Н., Сулейменов С.Д., Сергеева Н.В., Хасс С.Х., Джасыбеков М.А. Реабилитация больных опийной наркоманией в условиях дневного стационара // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 89-91
184. Россинский Ю.А. Современный взгляд на проблемы наркомании и реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 24-25
185. Рудяков С.В., Брыжакин П.Г., Онгарова В.Н., Сулейменов С.Д., Сергеева Н.В., Хасс С.Х., Джасыбеков М.А. Медико-социальная адаптация и реабилитация подростков и молодежи в дворовых клубах г. Семипалатинска // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 87-89
186. Рамм А.Н. Современные подходы к первичной профилактике наркозависимости у подростков // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 1. № 1, 2001.- С. 97-99
187. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность: эпидемиологический аспект // Российский психиатрический журнал. – № 1, 2002. - С. 35-42
188. Рексед Б., Эдмондсон К., Хан И., Самсон Р.Дж. Руководство по контролю над наркотическими средствами и психотропными веществами в контексте международных договоров, ВОЗ, – Женева, 1987. – 181 с.
189. Рутман И., Моузер Дж. при содействии Хокса Д., Де-Руманн М. Методические рекомендации по изучению проблемы потребления алкоголя и разработке соответствующих мероприятий // ВОЗ, Женева, 1988
190. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте. Дисс... докт. мед. наук. – Спб., 1990. – 283 с.
191. Силластте Г.Г. Социологическое исследование на тему «Социальные последствия возможной легализации наркотиков в России» // Информационный сборник «Безопасность» – М., 1993. № 2. – 30 с.
192. Соломзес Дж. А., Чеурсон В., Соколовский Г. Наркотики и общество, - М.: ООО «Иллон», 1988.- 191 с.
193. Субата Е. Применение заместительной терапии как части комплексных услуг по лечению наркозависимости // В кн.: Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки. - ООН, 2001. - С. 30-35
194. Самошкин А.А., Васильев И.Б. Технология профилактики наркологических заболеваний// Вопросы наркологии. – № 2, 2001. - С. 41- 46
195. Сидоров П.И. Основные стратегии развития превентивной наркологии // Наркология, 2002. № 2. - С. 2-9
196. Сирота Н.А., Цетлин М.Г., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Пелипас В.Е. Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации // Вопросы наркологии. - № 1, 2001. - С. 71-76
197. Сборник примеров наилучшей практики ЮНЭЙДС // ЭНЭЙДС, 2001. – 111 с.
198. Сагын Х.А., Есеналиев М.К., Турдалин Н.Б., Алхамкызы Р. Стратегия внедрения медицинских технологий // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, - Астана, 3-5 декабря 2002. – Т. I. - С. 197-198
199. Сыздыкова А.А., Шоканова Б.К. О состоянии последипломного образования средних медицинских и фармацевтических работников за 2001 год в Республике Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. Т. I.- С. 245-246
200. Султаналиев Т.А., Кизатуллин Д.К. Совершенствование подготовки специалистов для системы здравоохранения Республики // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I.- С. 247-248
201. Сагын Х.А., Мырзахметов Б.Т., Есеналиев М.К., Алхамкызы Р. Вопросы реформирования сельского здравоохранения// Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г. – Т. I.- С. 196-197
202. Садвокасова С.К. О перспективе развития, изменения и улучшения оказания наркологической помощи на местах в Павлодарской области // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, г. Астана. 3-5 декабря 2002 г., Т. II.- С. 637-642
203. Теркулов Р.И., Кузнецов А.В., Леонова Л.А., Цетлин М.Г. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях // Вопросы наркологии. - № 1, 2000. - С. 65-70
204. Тактаров В.Г., Новиков И.А. Подходы к стационарной реабилитации наркологических больных // Вопросы наркологии. - № 6, 2001. - С. 48-50
205. Худяков А.В. Некоторые проблемы антинаркотического просвещения (дискуссионные заметки).//

- / Вопросы наркологии. - № 4, 2000. - С. 78-79
206. Хамзина Н.К.. Нерсенов А.В., Манекенова К.Б. О состоянии и перспективах развития медицинской науки Республики Казахстан // Материалы II съезда врачей и провизоров Казахстана, - Астана, 3-5 декабря 2002. - Т. I. - С. 251-252
207. Хайрушиев А.Е. Мета-анализ: попытки знакомства // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - Vol. 1. № 2. - С. 78-87
208. Целинский Б.П. Криминологическая характеристика незаконного оборота наркотиков в Российской Федерации в 2000 году // Вопросы наркологии, 2001. № 6.- С. 3-10
209. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарис, 2001. - 48 с.
210. Чен А.Н. Приоритеты обучения общественному здравоохранению в Республике Казахстан // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - Vol. 1, 2001. - С. 34-38
211. Шабанова П.Д. Основы наркологии.- СПб, 2002.- 555с.
212. Шалбаева А.Д. Материалы социологических исследований – важнейший элемент качества медицинских услуг // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций «Опыт, проблемы и перспективы реформирования Республики Казахстан» 3-4 июня 2002 г., Алматы. - С. 189-190
213. Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии // Региональное представительство Управления ООН по Контролю за Наркотиками и Предупреждению Преступности по Центральной Азии // Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 2. № 3, 2002. - С. 54-70
214. Эдвардс Дж., Гросс М.М., Келлер М., Мозер Дж., Рума Р. Нарушения, связанные с потреблением алкоголя // ВОЗ, Женева, 1978. - 140 с.
215. Экштайн Г. Реабилитация и реинтеграция лиц с наркологическими проблемами // Co-operation Group to Combat Drug Abuse and illicit Trafficking in Drug, - Strasburg, June, 1988, - P. 23
216. Юсопов О.Г., Алтынбекова Г.И. Опыт работы телефонной консультативной службы (ТКС) для детей и подростков // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. VIII. № 3, 2002.- С. 104-107
217. Янзинов В.В. Динамика показателей распространенности наркологических заболеваний в Ненецком автономном округе // Российский психиатрический журнал. - № 3, 2002. - С. 61-63
218. Якимов В.Б. Наркологически ориентированная психопрофилактическая программа // Констанай, 1996. - 95 с.
219. Adilyanjee S., Mohan D. // The British Journal of Psychiatry, 1988. Vol. 152. № 1.- P. 142 – 149
220. Asuni A., Pela A. Drug abuses problems in countries of the Andean subregion // Bulletin on narcotics, 1986. January-June. № OSIS. – LIXXL11. – P. 27-37
221. Azarakhsh H.A. // Cento seminar on publish and medical problems involved in narcotic drug addiction. - Tehran, Iran, 1972. – P. 23-28
222. Baselga E. Young drug users: sociological study of one sample // Bull. Narc., 1972. Vol. 24. № 3.- P. 17-22
223. Bachman J.G., Wallace J.M. Jr., O'Malley P.M. et al Ethnic differences in smoking, drinking, and illicit drug use among American high school seniors, 1976-89 // Am. J. Public Health, 1991. Mar. 81(3).- 372-7
224. Bernstein K. Some reflection on the present situation of drug abuse among young people // Bull. Narc., 1982. Vol. 33. № 4.- P. 15-21
225. Beanbias F., Segal B. Drug use patterns among American Indian and Alaskan native youth: special rural populations // Drags and Soc., 1992. 7. № 1-2. – P. 77-94
226. Bloomfield K. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. Berlin, Institute for Medical Informatics, Biostatistics, Epidemiology. – Free University of Berlin, 1999
227. Burgher M.S. The European Network of Health Promoting Schools - the alliance of education and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999
228. Bush P.J., Iannotti R.J. Elementary schoolchildren's use of alcohol, cigarettes and marijuana and classmates' attribution of socialization // Drug-Alcohol-Depend, 1992 Aug. 30(3).- 275-87
229. Colbach E.M., Grove R.E. Marijuana Psychoses Associated in Viet-Nam. Milit. Med., 1970, Stuttgart, Thieme, 1958
230. Curril C. Health and health behavior among young people. International report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000
231. De Vries M.W., Kaplan Ch. D., Derkx J.T.M. Psychiatric diagnosis in addiction treatment experiments // Lancet, 1997. № 9052. – P. 655-656
232. Dinges N.G. Dnong -Tran Quang. Stressful life events and co-occurring depression, substance abuse and suicidality among Indian and Alaska native adolescents // Cult., med. and Psychiat., 1993. 16, № 4.- P. 487-502
233. Dunn Y., Fahy T.A. Police admissions to a psychiatric hospital. Demographic and clinical differences between ethnic groups // Br. J. Psychiatry, 1990. Mar. 156. - P. 373 – 378
234. Duncan T.E. Structural equation model tests of patterns of family interaction, peer alcohol use, and interpersonal predictors of adolescent alcohol use and misuse // Journal of drug education. - 23(3), 1993.- P. 273-316
235. De Leon G. Therapeutic Communities. - In:

- Textbook of Substance Abuse Treatment // Ed by Mars Calanter M.P., Herbert D., Kleber M.D. – The American Psychiatric Press, 2<sup>nd</sup> Edition. – 1999. Washington*
236. Edwards G. *Cross-national differences in measures of psychiatric morbidity// Mental health and society. - Vol. 4. № 3-4. 1997. – P. 126-135*
237. Edwards G. *Alcohol policy and the public good. Oxford. Oxford University Press, 1994*
238. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1997). *Annual of the State of the Drugs Problem in the European Union, 1997. Lisbon: EMCDDA*
239. European Alcohol Action Plan // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993
240. European Charter on Alcohol (Adopted at the European Conference on Health Society and Alcohol // Paris, 12-14 December, 1995
241. Edwards G. *Антиалкогольная политика и общественное благо // Региональные публикации ВОЗ, - Европейская серия № 80. Копенгаген, 1998.- 316 с.*
242. Fejer D., Smart R.G. *The knowledge about drugs, attitudes towards them and drug use rates of high school students // J.Drug. Educ., 1973. Vol. 3. № 4.- P. 377-388*
243. Foxcroft D.R., Lowe G. *Adolescent drinking, smoking and other substance use involvement: Links with perceived family life // Journal of adolescence, 1995. 18(2).- P. 159-177*
244. Freitag M. *Familiare Determinanten des Alkoholkonsumes von Kindern: Implicationen linear prospektiven Langschnittstudie für die Prävention. In: Kolip.P., ed. // Programme gegen Sucht. – Weinheim, Juventa, 1999*
245. Gabhainn N.S., Francois Y. *Substance use. In: Curre, C., et. al, ed. Health and health behavior among young people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) series, no. 1, 2000*
246. Gossop M. *Drug and alcohol dependence // Psychology and social problems. Gale A., Chapman A. (eds), 1984.- P. 231-254*
247. Grant B.F. *Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults // J.Subst. Abuse, 1995. 7(4).- P. 81-97*
248. Hartland N., McDonald D. *et.al. Australian reports into drug use and possibility of hero in maintenance // Drug and Alcohol Review, 1992. Vol. 2. № 2.- P. 175-182*
249. Hall G.W., Takushi R.Y., Carriero N.Y. *Psychiatric comorbidity of cocaine-dependent outpatients; correlation with treatment outcome // Rockville (Md.), 1997. – P. 126*
250. Hesselbrock V.M., Segal B. *Clinical profile of treated Alaskan Native problem drinkers // Abstr. Rec. Soc. Alcoholism Annual Sci. Meet., San Francisco, Calif., July 19-24, 1997. Alcoholism. 1997. 21, № 3, suppl. - P. 59A*
251. Holder H. *European integration and Nordic alcohol policies - Changes in alcohol controls and consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997. Brookfield, Ashgate, 1998*
252. Hughes P.H. *Extent of drug abuse: an international review with implications for health planners // World Health Status, 1983. Vol. 36. № 3-4 (WHO-Geneva). – P. 36*
253. Hunnekens H. *Drogengefahrung unsere Jugend // Offent Gemundheitwesen, 1986. Bd. 48. № 8. – P. 404-407*
254. Hawkins D.J. *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention // Psychological bulletin, 1992. 112(1). - P. 64-105*
255. Jensen B.B. *A case of two paradigms within health education // Health education research, 1997. 12(4).- P. 419-428*
256. Jones S.P., Heaven P.C.L. *Psychological correlates of adolescent drugtaking behaviour // Journal of adolescence, 1998. 21.- P. 127-134*
257. Jensen B.B. *Health knowledge and health education in relation to a democratic health promoting school // Health education.- 2000. 100(4).- P. 146-153*
258. Jensen B.B. *Main components of a health promoting school. In.: Jensen B.B., Simovska V., ed. Models of health promoting school in Europe. – Copenhagen, WHO Regional Office for European, 2001*
259. Jernigan D. *Global implications of European alcohol policies // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol. Stockholm. - 19-21 February, 2001. - P. 23*
260. Kahn M.W., Hannah M., Kirkland S., Lesink S., Clemens C., Chatel D. *Substances misuse, emotional disturbance, and dual diagnosis in a mealline population of mixed ethnicity // Int. J. Addict, 1992. Mar. 27(3).- P. 317-330*
261. Kandel D.B. *Drogengefahrung unserer Jugend // Offent Gemundheitwesen, 1986. Bd. 48. № 8. – P. 404-407*
262. Kaplan H.S. *Psychosis associated with marihuana // N-Y. St.J. Med., 1971. № 4.- P. 15-19*
263. Kendler K.S., Gardner Ch.O., Prescott C.A. *Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study // Amer. Y.Pcychiat., 1997. – 154. № 3. – P. 322 - 329*
264. Klingemann H. *Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000*
265. Klingemann H. *Потребление алкоголя и его социальные последствия - забытый аспект // ВОЗ., Европейское региональное бюро, 2001*
266. Kosten T.R., Rounsaville B.Y., Kleber H.D. *Relationship of depression to clonidine detoxification of opiate addicts // Compr. Psychiat, 1984, Vol. 25, №*

5. - P. 503-508
267. Lehto J. Подходы к политике контроля над алкоголем // Региональные публикации ВОЗ, - Европейская серия № 60. Копенгаген, 1995, - 69 с.
268. MacDonald D.L. Patterns of alcohol drug abuse and mental health administration // Y.Amer. med. ASS, 1986. Vol. 256. № 23.- 3201 p.
269. Mennesinger M. Lesguels finiront toxicomanes // Sci. et via., 1991. № 883. - P. 42-56
270. Miller N.S. Drug testing: Medical, legal and latilac issues // Y.Subst. Abuse Freat. - 1990. № 4. - P. 239-244
271. Maggs J.L., Hurrelmann K. Do substance use and delinquency have differential associations with adolescent's peer relation? // International journal of behavioral development, 1998. 22(2).- P. 367-388
272. Maes H.H. Tobacco, alcohol and drug use in light to sixteen-year-old twins: The Virginia twins study of adolescent behavioral development // Journal of studies on alcohol, 1999. 60(3).- P. 293-305
273. Norstrom T. European comparative alcohol study - ECAS. Project presentation. Nordic studies on Alcohol and Drags. - 16: 5-6, 1999
274. Nordlohne E. Die Kosten jugendlicher problembewältigung. Weinheim, Juventa, 1992
275. NIDA: тринацать принципов эффективного лечения наркомании // Вопросы наркологии, - 2000. № 1. - C. 29-30
276. Osterberg E., Karlsson T. Trends in alcohol control policies in the EU member states and Norway, 1950-2000 // WHO European ministerial Conference on young people and alcohol. - Stockholm, 19 – 21 February, 2001. - P. 24
277. Poshyachinda V. Future outlook of drug dependence in Thailand Reported at the 11<sup>th</sup> Word Conference of Therapeutic Communities. - Bangkok, 1988. - P. 1-20
278. Proposals for a national alcohol strategy for England. London, Alcohol Concern, 1999
279. Petermann F. Kinder aus Alcohol - und Drogenfamilien. Zeitschrift f., Klinische psychologie, Psychopathologie und psychotherapie, 1995. 43(1).- P. 4-17
280. Rossow I. Alcohol - related violence: the impact of drinking pattern and drinking context // Addiction. - 91(11), 1996. - P. 1651-1661
281. Rehn N., Room R., Edwards G. Алкоголь в Европейском регионе. ВОЗ - потребление, вред и политика // Всемирная организация здравоохранения. - Европейское региональное бюро, 2001
282. Ryan T.M., Booth M.W., Yih-Ing Nser //The International Journal of Adolition, 1988. Vol. 23. - P. 125-149
283. Room R. Effective alcohol control policies // WHO European ministerial conference on young people and alcohol. - Stockholm, 19-21 February, 2001. - P. 10
284. Report by Pompidou Group // DRSTR, - London. NMSO, 1998
285. Smart R.G., Murray G.F., Arif A.N. Drug Abuse and Prevention Programs in 29 Countries // Int. J. Addict, 1988. Vol. 23. № 1. - P. 1-17
286. Senay B.C. Drug abuse and Public Health. A Global perspective. Drug Saferty. Supplement, 1991. Vol. 6.- P. 1-65
287. Single E. International guidelines for estimating the social costs of substance abuse. Toronto, Canadian Centre on Substance Abuse, 1996
288. Soulif M., Yunis F., Taha H. Extend and patterns of drug abuse in France and Europe, 1986, Ibid.- P.113-121
289. Settertobulte W., Jensen B.B., Hurrelmann K. Употребление алкоголя молодыми людьми в странах Европы // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2001
290. Settertobulte W. Alcohol consumption among adolescents—results of the cross – national study // WHO European ministerial conference on young people and alcohol. Stockholm, 19-21 February, 2001. - P. 6
291. Tchronicker W. Narcotica – legal Suchtreport, 1992. № 1. - P. 48-51
292. Thornton W.E., Thornton B.P. Narcotic poisoning: a review of literature // Am.J.Psychiatry, 1974. Vol. 131. № 8. - P. 867-869
293. Tobler H.S., Stratton H.H. Effectiveness of Shool-based drug prevention programs: a meta-analysis of the reseach //Journal of primary prevention, 1997. 18(1).- P. 71-128
294. Tuinstra J. Socio-economic differences in health risk behavior in adolescence: do they exist? // Social science and medicine, 1998. 47(1).- P. 67-74
295. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Countries profile on Drugs and Crime, 2002
296. Velleman R., Orford Y. Young adult offspring of parents with drinking problems: recollections of parents' drinking and its immediate effects // British journal of clinical psychology. - 29(3), 1990. - P. 297-317
297. Westermeyer J. Sex differences in drug and alcohol use among ethnic groups in Laos, 1965-1975 // Am-J-Drug-Alcohol-Abuse, 1988. 14(4).- 443-61
298. WHO. European Summary on Drag Abuse. WHO, Regional office for Europe, 1992. - P. 94
299. Whitaker B. The global connection: the crises of Drug addiction. - London, 1987. - 432 s.
300. World drink trends 1999. Henley on Themes, NTC Publications, 1999
301. WHO. Alcohol – Lees is better. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 70, 1996)
302. WHO. First Conference of the European Network of Health Promoting Shools. Conference resolution. "The Health Promoting Shool-aniuvestment in education, health and democracy". - Copenhagen, WHO Regional Office for European, 1997

---

---

## РЕЦЕНЗИИ

### ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ РЕЦЕНЗИЯ НА ПРОЕКТ МЗ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ»

Комитет по Законодательной  
политике ППЛ

А.Л. Катков, В.В. Макаров

Обсуждаемый проект выходит в свет, без малого, через 7 лет после опубликования приказа Минздравмедпрома России от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

Названный документ, существенно улучшающий структуру и штатную обеспеченность психиатрической, психотерапевтической помощи населению, сыграл, безусловно, позитивную роль в развитии данных профессий. В тексте приказа, внятно прописывался профессиональный стандарт (тарифно-квалификационные требования, права – обязанности, знания – умения – навыки, образовательные стандарты) в области психотерапии, медицинской психологии, социальной работы.

Серьезным единственным недостатком этого прогрессивного нормативного акта было отсутствие, каких – либо реальных механизмов восполнения масштабного дефицита профессиональных кадров в области психотерапии, и, в меньшей степени, клинической психологии и социальной работы.

Даже поверхностный анализ показывал, что решение данной проблемы в рамках исключительно медицинской модели (как это и предписывалось нормативными требованиями) – беспочвенная иллюзия. Семь лет – достаточный срок для того, чтобы в этом убедиться. А объем профессионального дефицита, проводимый в обсуждаемом проекте (врачей – психотерапевтов – 5 тысяч, клинических психологов – 7-9 тысяч, специалистов по социальной работе – 3-4 тысячи) – лишний аргумент в пользу данного тезиса.

Все сказанное рождало надежду на то, что следующий базисный документ, определяющий стратегию в сфере охраны и развития психического здоровья в РФ, будет предлагать, пусть и компромиссные, но, все же, новые подходы в формировании ядра профессионалов, специализирующихся в данной области.

Прежде всего, специалистов – психотерапевтов и консультирующих психологов. Поскольку именно с их усилиями связана перспектива изменения основного вектора и содержания деятельности социального сектора, ответственного за уровень и качество психического здоровья населения.

В данном профессиональном поле и должны были сосредотачиваться новые идеи, и, соответ-

ственно, новые возможности для достойного компромисса между медицинской и общегуманитарной сферой в формировании зоны роста новых концептуальных подходов к развитию индивидуального и социального здоровья. Концепций, которые в главу угла ставят развитие самоорганизующей способности человека, а не «охрану» его биологического статуса.

Первым шагом к такому компромиссу могло признание профессиональной психотерапии, не только врачебной, но и психологической специальностью де-юре и де-факто.

Таким образом, профессиональная психотерапия, со временем приобрела бы реальный статус научного и практического авангарда, как в медицинской, так и в общегуманитарной сфере, выполняя наиболее существенный запрос общества на генерацию новых идей и технологий в сфере кризисного развития (в диапазоне здоровье - болезнь) индивида и социума. И, далее, успешно транслировала бы эти технологии в медицинской и гуманитарный полюсы социального сектора, ответственного за здоровье и развитие общества.

Что же находим в действительности? То есть, чем предлагаемый проект существенно отличается от предшествующего приказа?

Ответ, к сожалению, однозначный – ничем.

В обсуждаемом документе лишь более подробно и основательно прописана медицинская модель организации психотерапевтической помощи населению РФ, усовершенствованы профессиональные стандарты специалистов, несколько облегчен доступ к профессиональной психотерапии за счет элиминации обязательного трехгодичного психиатрического стажа для врачей. Клинический психолог так и не получает полноценного, самостоятельно достука к психотерапевтической практике (он действует в составе бригады специалистов и выполняет указания врача).

Психотерапия как была, так и остается в рамках «традиционной для РФ «медицинской модели» помощи пациентам». В то время как этим же документом приводятся сведения о более высокой распространенности расстройств пограничного уровня в РФ, по сравнению с теми странами, где подходы к организации профессиональной психотерапии значительно шире.

---

Таким образом, развивая достоинства предыдущего нормативного акта (приказа № 294), регулирующего развитие ментальных дисциплин в Российской Федерации, обсуждаемый проект не устраняет его существенных недостатков.

Забегая вперед, можно с уверенностью сказать, что основная задача – обеспечение населения РФ квалифицированной психотерапевтической помощью (уже не говоря о сверхзадачах, обсуждавшихся ранее), средствами, предлагаемыми данным документом, выполнена не будет. Следовательно, проект приказа, в том виде каком он существует, несостоятелен.

Реальная единственная возможность его улучшения – введение параграфов, признающих психотерапию врачебно–психологической специальностью, дающих право клиническим психологам на самостоятельную психотерапевтическую практику, приближающих статус психологов-консультантов к клиническим психологам-психотерапевтам.

И, соответственно, оговаривающих образовательный стандарт, принципы взаимодействия консультирующих психологов с психотерапевтической бригадой и специалистами-психотерапевтами.

Только в этом случае можно рассчитывать на прекращение лицемерной государственной практики выталкивания огромной массы нуждающихся сограждан в широкие объятья народных целителей и других парапрофессионалов всех мастей, реально способствующих масштабному регрессу общественного сознания и самосознания.

В результате, нам представляется, что Федеральный научно-методический центр по психотерапии и клинической心理学, являющийся главным разработчиком проекта, в степени научной и практической новизны предлагаемых подходов к развитию профессиональной психотерапии, должен пойти значительно дальше элементарных инноваций организационно - методического плана (приложения 1-28 проекта).

---

---

## **РЕЗЮМЕ**

### **III ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХОТЕРАПИИ**

Макаров В.В., Кириллов И.О., Чобану И.К.

В данной работе представлены материалы 3 Всемирного конгресса по психотерапии, который состоялся в Вене, Австрия в 2002 году. В программе конгресса было прочитано 237 лекций, проведено 792 мероприятия, на которых освещались теория психотерапии, организация, образование в области психотерапии и прочие разделы психотерапии.

### **БОДИАРТТЕРАПИЯ В ТВОРЧЕСКОЙ МАСТЕРСКОЙ**

Александрович А.В.

Данная статья посвящена одной из психотерапевтических методик – бодиарттерапии. Автор на ряде клинических случаев показывает особенности и эффективность данной методики в психотерапевтической практике.

### **ПУТЕШЕСТВИЕ В РЕАЛЬНОСТЬ МИФА**

Быков С.И., Давидович Д.Н.

В данной статье представлен экскурс в практическое мифотворчество. Рассматриваются такие понятия как мифологическое пространство, личный текст, процессинг мифотворчества, окончательный продукт мифопроцессинга, информационно-технологические инструменты.

### **ПСИХОЛОГИЯ ЖЕНЩИН – ПСИХОЛОГИЯ МУЖЧИН**

С. Гингер

Данная статья посвящена изучению отличий женского мозга от мужского, рассматриваются такие вопросы как работа полушарий, органы чувств, обучение, гормоны.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ ФОБИЙ ВЫСОТЫ КАК ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА**

Дюсметова Р.В., Дюсметов Б.Р.

У 20 подростков с фобиями высоты исследованы факторы суицидального риска. Установлена абсолютная корреляция суицидальной готовности подростков с наличием в анамнезе резидуально-органической недостаточности, психотравм, а также гиперстенического типа реакции в фобических ситуациях в виде высокой степени тревожности и напряжения, которые способствуют появлению неодолимого стремления к прыжку с высоты.

---

---

## **КОНСТРУКТИВНЫЙ РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА КАК СОМАТОПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КАРТА**

Ермошин А.Ф.

В настоящей статье представлены результаты десятилетней практики использования автором теста «конструктивный рисунок человека» в психотерапевтической практике, в процессе осуществления авторского подхода в психотерапии, называемого соматопсихотерапия (психокаталитик).

### **СИНДРОМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ГОЛОДАНИЯ МОЗГА И ЕГО ОТРАЖЕНИЕ В КОНСТРУКТИВНОМ РИСУНКЕ ЧЕЛОВЕКА**

Ермошин А.Ф.

Синдромом энергетического голодаания мозга (ЭГМ) автор называет совокупность симптомов нездоровья, имеющих в своей основе общую причину: относительную или абсолютную нехватку питания, кислородного обеспечения головного мозга. В этой работе описывается отражение синдрома ЭГМ в конструктивном рисунке человека.

### **СПЕЦИФИЧЕСКИЙ РЕЛАКСАЦИОННО-РЕКРЕАТИВНЫЙ ПСИХОКАТАЛИЗ**

Ермошин А.Ф.

Целью работы автора при создании метода, представленного в настоящей статье, было найти возможный синтез подходов психодинамического и психостатического направлений с сохранением достоинств каждого из них и устранением свойственных им недостатков.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ В КИТАЕ**

Куиан М.

В данной статье представлен обзор развития психотерапии в Китае: краткая история, характеристики западного стиля психотерапии в Китае, меры по развитию психотерапевтических моделей, структурирование и улучшение психотерапии в Китае.

### **МЕТОДЫ ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Летуновский В.В.

В этой работе автор знакомит с рядом методов экзистенциональной психотерапии, а именно рисование в состоянии сосредоточенности, инициальная работа с мечом, экзистенциональная работа со сновидениями.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Макаров В.В.

В настоящей работе представлен обзор развития психотерапии в Российской Федерации. Автор описывает развитие психотерапии как профессии, основываясь на анализе большого количества материала,

---

---

сающегося эволюции психотерапевтической теории и практики. Выделяются основные методы психотерапии и показывается их путь развития в России.

## **ОПЫТ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МОСКВЕ**

Поветкина О.А.

Психоаналитическое образование в России имеет свои особенности, а соответственно и определенные трудности. В этой статье предлагается вниманию опыт возникновения, становления и работы одного психоаналитического института в Москве.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕГО ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Россинский Ю.А., Валивач М.Н.

Целью развивающей клинической интегративной психотерапии, помимо реабилитации, является необилитация. Структура терапевтического процесса развивающей интегративной клинической психотерапии включает в себя четыре этапа: определение диагностической мишени, выбор терапевтической мишени, разработка терапевтической стратегии, терапевтическое вмешательство.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕГО ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ** *(диагностическая мишень, биологический уровень)*

Россинский Ю.А., Валивач М.Н.

В предыдущей статье был рассмотрен процесс клинической интегративной развивающей психотерапии. Данная статья посвящена рассмотрению первого этапа – определение диагностической мишени – в частности, биологическому уровню данного этапа.

## **СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ НИЖНЕЙ ПАРАПЛЕГИИ С КОНТРАКТУРОЙ СУСТАВОВ У БОЛЬНОГО С КАТАТОНИЧЕСКОЙ ПРОФ-ШИЗОФРЕНИЕЙ С ВТОРИЧНОЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

Дахова Л.И., Ахунджанова И.Ю.

В настоящей статье описан случай шизофрении, возникшей в раннем возрасте на фоне отставания в развитии и олигофреноподобным дефектом на органически неполноценной почве. Тяжесть длительности осложнений, массивность необходимой терапии, психологической травматизации пациента и родных – факты указывающие на актуальность и значимость освещения подобных случаев в работе практического психиатра.

---

---

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Дюсембеков В.Н., Фонарева Н.Н., Джампаридзе Л.Ф., Бабенко М.В., Ковтун В.Г., Джампаридзе И.Л.

Приведенные в этой работе данные свидетельствуют о том, что заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются у психических больных с той же частотой, что и в общей лечебной практике, и занимают ведущее место. Наличие соматической патологии отражается на клинике и течении психического заболевания.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТАМИНА В ОТДЕЛЕНИИ НЕВРОЗОВ И ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Дюсембеков В.Н., Фонарева Н.Н., Бабенко М.В., Трушкова О.Г., Джампаридзе Л.Ф., Ковтун В.Г.

Результаты данного исследования свидетельствуют, что в общей массе пролеченных больных 3,5% составили больные с пограничными невротическими расстройствами в структуре которых одним из патогенетических этиофакторов являлся алкоголизм. При ретроспективном анализе было выявлено, что более стойкие ремиссии (от 1 до 3 лет) удалось достичь в той группе больных, где проводилось лечение кетамином, и у больных в возрастной группе выше 35 лет.

### **КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ, УРОВНЯ И ОСНОВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Катков А.Л., Россинский Ю.А.

Рассматриваемая в данном сообщении проблема индивидуального и социального психического здоровья имеет два актуальных аспекта: клинико-эпидемиологический, связанный с неконтролируемым ростом заболеваемости, болезненности и соответствующих экономических потерь; социальный, обусловленный снижением качества психического здоровья с сопутствующими артефактами кризисного социального развития.

### **КОМПЛЕКСНОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЭТАНОЛА**

Абакумов Е.Г.

Обоснована необходимость разработки новых диагностических и лечебных стандартов при резидуальных и отсроченных психотических расстройствах у лиц со средней стадией зависимости от алкоголя. Предложено использовать «конвейерную» технологию немедикаментозной комплексной терапии при данных психических нарушениях. При исследовании результатов лечения мужчин возраста до 48 лет, перенесших делирий и галлюцины вследствие зависимости от этанола, доказана ее высокая эффективность.

### **ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Алтынбеков С.А., Денисова Е.В., Сембинова А.С.

В данной работе раскрываются особенности распространения наркозависимости в Республике Казахстан, приводятся данные многоуровневого исследования проблемы наркозависимости и данные офици-

---

---

альной статистики. Обсуждаются такие вопросы как количество потребителей, возрастные и гендерные особенности, влияние социокультурных факторов на распространение зависимости, а также профилактика наркозависимости.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЭТАНОЛА**

Звягин А.В.

В случаях злокачественного прогрессирования психоорганических расстройств у лиц с зависимостью от этанола имеется повышенная «чувствительность» к воздействию биологических вредностей, которая формируется в течение периода внутриутробного созревания, раннего детства, а также «накапливается» в поколениях родственников. Проблему обосновано рассматривать в рамках стресс-диатезной теории.

## **ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Рычков Н.Н.

Для изучения преморбидных особенностей личности у больных с различными клиническими формами хронической патологии было обследовано 262 испытуемых в возрасте 18-36 лет. В первую группу вошли 98 пациентов с заболеваниями внутренних органов, состоящих из гладкой мускулатуры. Вторую группу составили 88 человек со средней стадией зависимости от этанола. Третья включала 76 больных шизофренией.

## **ПОГРАНИЧНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УЛЫТАУСКОГО РАЙОНА**

Кудеринов Т.К.

В данной статье представлены данные комплексного исследования состояния психического здоровья населения Улытауского района, прилегающего к ракетному полигону Байконур, а также Осакаровского района в качестве контрольной группы. Целью данного исследования является изучение распространенности нервно-психических расстройств среди населения данного региона.

## **НЕОБХОДИМОСТЬ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ «ВИРТУАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ» ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩИМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ ОБУЧЕНИЯ**

Богомолова Л.В.

В настоящей статье выделяются различные так называемые виртуальные реальности. Рассматривается роль здоровье сберегающих технологий при комплексной нейтрализации социопатогенных факторов, образуемых при отсутствии надлежащей компетенции преподавателей и родителей.

---

---

---

---

## **СУФИЙСКИЕ ПРАКТИКИ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ**

Шахмед Н.Б.

Автор настоящей статьи описывает одно из самых богатых традиционных духовных посланий – Суфизм. Раскрываются особенности данного направления и оценивается эффективность методов.

### **СВЯЗУЮЩЕЕ ЗВЕНО В ЦЕПИ РАЗВИТИЯ ЦИВИЛИЗАЦИИ**

Савченко О.Ф.

В данной работе рассматриваются такие вопросы как связь между людьми, ускорение времени, реакция организма на энергетические изменения в солнечной системе, достижения науки в области связи, виды информационного обмена, борьба противоположностей, люди и их отношение к обществу.

### **РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И МЕРЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ В ОБЩЕМИРОВОЙ ПРАКТИКЕ**

Мусинов С.Р.

В этой статье представлен анализ ситуации в области распространения зависимости от психоактивных веществ и мер противодействия в общемировой практике: основные тенденции распространения наркозависимости в различных регионах мира, общемировые тенденции распространения потребления алкоголя и связанных с этим последствий, распространение наркозависимости и алкоголя в странах СНГ, меры противодействия в сфере распространения наркозависимости и алкоголизма.

---

---

## SUMMARY

### III WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY

Makarov V.V., Kirillov I.O., Chobanu I.K.

In the given work materials of III World congresses of psychotherapy which take place in Vienna, Austria in 2002 are submitted. In the program of the congress it was read 237 lectures, it is carried out 792 actions where the theory of psychotherapy, the organization, education in the field of psychotherapy and other sections of psychotherapy were covered.

### BODY ART THERAPY IN CREATIVE WORKSHOP

Aleksandrovich A.V.

Given article is devoted to one of psychotherapeutic techniques – body art therapy. The author on a number of clinical cases shows feature and efficiency of the given technique in psychotherapeutic practice.

### TRAVEL TO A REALITY OF A MYTH

Bykov S.I., Davidovich D.N.

In given article digression in practical mythcreation is submitted. Such concepts as mythological space, the personal text, mythcreation processing, a final product of mythprocessing, information-technological tools are considered.

### FEMALE PSYCHOLOGY - MALE PSYCHOLOGY

S.Ginger

Given article is devoted to studying of differences of a female brain from male one, such questions as work of hemispheres, organs of senses, training, hormones are considered.

### PSYCHOTHERAPY OF PHOBIAS OF HEIGHT AS PREVENTION OF SUICIDE RISK

Dyusmetova R.V., Dyusmetov B.R.

Factors of suicide risk are investigated at 20 adolescents with phobias of height. Absolute correlation of suicide readiness of adolescents with presence in the anamnesis of residual-organic insufficiency, psychologic traumatic experiences, and also hypersthenic type of reaction in phobia situations as high degree of an anxiety and a tension which promote occurrence of invincible aspiration to a jump from height is established.

### CONSTRUCTIVE FIGURE OF MAN AS SOMATOPSYCHOTHERAPEUTIC MAP

Ermoshin A.F.

In present article results of ten years' practice of use by the author of the test «constructive figure of man» in psychotherapeutic practice, during realization of the author's approach in the psychotherapy, named somatopsychotherapy (psychocatalysis) are submitted.

---

---

## **ENERGY BRAIN STARVATION SYNDROME AND ITS REFLECTION IN CONSTRUCTIVE FIGURE OF MAN**

Ermoshin A.F.

The author names energy brain starvation syndrome (EBSS) as set of symptoms of the illness having in the basis the general reason: relative or absolute shortage of a feeding, oxygen maintenance of a brain. In this work reflection of EBSS in constructive figure of man is described.

## **SPECIFIC RELAXATION-RECREATIVE PSYCHOCATALYSIS**

Ermoshin A.F.

The purpose of the author's work at creation of the method submitted in present article, was to find possible synthesis of approaches psychodynamic and psychostatistic directions with preservation of advantages of each of them and elimination of lacks peculiar to them.

## **PSYCHOTHERAPY IN CHINA**

Mingyi Qian

In given article the review of development of psychotherapy in China is submitted: a brief history, characteristics of the western style of psychotherapy in China, measures on development of psychotherapeutic models, structurization and improvement of psychotherapy in China.

## **METHODS OF EXISTENTIAL THERAPY**

Letunovsky V.V.

In this work the author acquaints with a number of existential psychotherapy methods, namely drawing in a condition of concentration, initial work with a sword, existential work with dreams.

## **PSYCHOTHERAPY IN THE RUSSIAN FEDERATION**

Makarov V.V.

In the present work the review of development of psychotherapy in the Russian Federation is submitted. The author describes development of psychotherapy as trades, being based on the analysis of a plenty of the material concerning evolution of the psychotherapeutic theory and practice. The basic methods of psychotherapy are allocated and their way of development in Russia is shown.

## **EXPERIENCE OF PSYCHOANALYTIC EDUCATION IN MOSCOW**

Povetkina O.A.

Psychoanalytic education in Russia has its features, and accordingly the certain difficulties. In this article it is called attention to experience of occurrence, becoming and work of one psychoanalytic institute in Moscow.

---

---

**THE CLINICAL APPROACH AND APPLICATION OF INTEGRATIVE-DEVELOPING  
PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS IN TREATMENT OF BORDERLINE STATE,  
PSYCHOSOMATIC AND NARCOLOGICAL DISEASE**

Rossinsky J.A., Valivach M.N.

The purpose of developing clinical integrative psychotherapy, besides rehabilitation, is neohabilitation. The structure of therapeutic process of developing integrative clinical psychotherapy includes four stages: definition of a diagnostic target, a choice of a therapeutic target, development of therapeutic strategy, therapeutic intervention.

**THE CLINICAL APPROACH AND APPLICATION OF INTEGRATIVE-DEVELOPING  
PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS IN TREATMENT OF BORDERLINE STATE,  
PSYCHOSOMATIC AND NARCOLOGICAL DISEASE**  
(*a diagnostic target, a biological level*)

Rossinsky J.A., Valivach M.N.

In previous article process of clinical integrative developing psychotherapy was considered. Given article is devoted to consideration of the first stage - definition of a diagnostic target, to a biological level of the given stage in particular.

**COMPLEX CASE OF PARAPLEGIA WITH JOINT CONTRACTURE AT THE PATIENT  
WITH CATATONIC PROF-SCHIZOPHRENIA WITH SECONDARY NEUROLEPTIC  
ENCEPHALOPATHY**

Dahova L.I., Ahundzhanova I.Y.

In present article the case of the schizophrenia which has arisen at early age on a background of backlog in development and oligophrenic defect on integrally defective basis is described. Severity of duration of complications, massiveness of necessary therapy, psychological traumatisation of the patient and relatives - the facts indicating a urgency and the importance of illumination of similar cases in work of the practical psychiatrist.

**FEATURES OF CLINIC OF A CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN PSYCHIATRIC  
PRACTICE**

Dyusembekov V.N., Fonareva N.N., Dzhamparidze L.F., Babenko M.V., Kovtun V.G., Dzhamparidze I.L.

The data given in this work testify that diseases of cardiovascular system meet at mental patients the same frequency, as in the common medical practice, and take conducting place. Presence of a somatic pathology is reflected in clinic and current of mental disease.

**EXPERIENCE OF KETAMINE APPLICATION IN NEUROSISES AND BORDERLINE STATE  
DEPARTMENT**

Dyusembekov V.N., Fonareva N.N., Babenko M.V., Trushkova O.G., Dzhamparidze L.F., Kovtun V.G.

Results of the given research testify, that in a lump of the treated ill 3,5 % have made patients with boundary neurotic disorders in which structure one of pathogenetic etiofactors was alcoholism. At the retrospective analysis it was revealed, that more proof remissions (1-3 years) managed to be reached in that group of patients where ketamine treatment was carried out, and at patients in age group who is older than 35 years.

---

---

---

---

**COMPLEX RESEARCH OF A CONDITION, LEVEL AND THE BASIC TENDENCIES IN  
FORMATION OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION OF REPUBLIC OF  
KAZAKHSTAN**

Katkov A.L., Rossinsky J.A.

The problem of individual and social mental health considered in the given report has two actual aspects: clinic-epidemiological, connected to uncontrollable growth of disease, morbidity and the appropriate economic losses; social, caused by decrease of quality of mental health with accompanying artefacts of crisis social development.

**COMPLEX NOT MEDICAMENTOUS TREATMENT OF PSYCHOORGANIC SYNDROME AT  
PATIENTS WITH ETHANOL DEPENDENCE**

Abakumov E.G.

Necessity of development of new diagnostic and medical standards is proved at residual and deferred psychotic disorder at persons with an average stage of alcohol dependence. It is offered to use «conveyor» technology of not medicamentous complex therapy at the given mental disorders. At research of treatment results of men of age till 48 years which have transferred delirium and hallucinosis owing to ethanol dependence, its high efficiency is proved.

**FEATURES OF DISTRIBUTION OF DRUG DEPENDENCE AMONG THE POPULATION OF  
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Altynbekov S.A., Denisova E.V., Sembinova A.S.

In the given work features of distribution of drug dependence in Republic of Kazakhstan are disclosed, data of multilevel drug dependence problem research and data of official statistics are submitted. Such questions as quantity of drug users, age and gender features, influence of sociocultural factors on distribution of dependence, and also preventive maintenance of drug dependence are discussed.

**RISK FACTORS OF MALIGNANT PROGRESSING OF PSYCHOORGANIC DISORDERS AT  
PERSONS WITH ETHANOL DEPENDENCE**

Zvyagin A.V.

In case of malignant progressing of psychoorganic disorders at persons with ethanol dependence there is increased influence biological insalubrities «sensitivity» which is formed during the period of intra-uterine maturing, the early childhood, and also «collects» in generations of relatives. A problem is proved to consider in frameworks stress- diathetic theory.

**AGE ASPECT OF FORMATION OF MOTIVATIONAL SPHERE OF PERSONALITY AT  
PATIENTS WITH CHRONIC NONSPECIFIC DISEASES**

Rychkov N.N.

For studying premorbid features of the person at patients with various clinical forms of a chronic pathology it was surveyed 262 examinees in the age of 18-36 years. The first group included 98 patients with diseases of the

---

---

---

---

internal bodies consisting of smooth muscles. The second group has made 88 people with an average stage of ethanol dependence. The third one included 76 patients with schizophrenia.

## **BOUNDARY MENTAL PATHOLOGY AMONG THE POPULATION OF ULYTAU REGION**

Kuderinov T.K..

In given article data of complex research of conditions of mental health of the population of Ulytau region, adjoining to Baikonur rocket range, and also Osakar region as control group are submitted. The purpose of the given research is studying prevalence of psychological disorders among the population of the given region.

## **NECESSITY OF TRANSFORMATION OF «VIRTUAL INFLUENCE» HEALTH KEEPING TRAINING TECHNOLOGIES**

Bogomolova L.V.

In present article various so-called virtual realities are allocated. The role of health keeping technologies is considered at complex neutralization sociopathogenetic factors formed at absence of appropriate competence of teachers and parents.

## **SUFISM PRACTICE IN IMPROVING AND THERAPEUTIC PROGRAMS**

Shahmed N.B.

The author of present article describes one of the richest traditional spiritual epistle - Sufism. Features of the given direction are disclosed and efficiency of methods is estimated.

## **LINK IN A CIRCUIT OF DEVELOPMENT OF A CIVILIZATION**

Savchenko O.F.

In the given work such questions as communication between people, acceleration of time, reaction of an organism to power changes in solar system, achievements of a science, region communication, kinds of an information exchange, conflict of opposites, people and their attitude to a society are considered.

## **DISTRIBUTION OF SUBSTANCES DEPENDENCE AND A MEASURE OF COUNTERACTION IN UNIVERSAL PRACTICE**

Musinov S.R.

In this article the analysis of a situation in the field of distribution of substances dependence and measures of counteraction in universal practice is submitted: the basic tendencies of distribution of drug dependence in various regions of the world, universal tendencies of distribution of alcohol usage and the consequences connected to it, distribution of drug dependence and alcoholism in the countries of the CIS, a measure of counteraction in sphere of distribution of drug dependence and alcoholism.

---

---

---

---

**Библиография к журналу  
«Вопросы ментальной медицины и экологии»  
за 2002 год**

**Редакторские статьи**

Катков А.Л. «Социальная модель психотерапии – что это?», том 8, № 2, 2002

Катков А.Л. Психологическое здоровье и стратегия развития психологической науки и практики в Республике Казахстан, том 8, № 3, 2002

Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых, том 8, № 3, 2002

Макаров В.В. Редакционная передовица, том 8, № 3, 2002

Макаров В.В., Кириллов И.О., Чобану И.К. III Всемирный конгресс по психотерапии, том 8, № 4, 2002

**Раздел, посвященный 35-летию кафедры  
психотерапии и медицинской психологии  
Российской медицинской академии  
последипломного образования**

Бурно М.Е. О “возвышающей психотерапии Рожнова”, том 8, № 1, 2002

Колосов В.П. История кафедры психотерапии, том 8, № 1, 2002

Колбасин Ю.В., Смирнов В.Е. Опосредованная психотерапия, том 8, № 1, 2002

Макаров В.В. Прошлое и психотерапия новой волны том 8, № 1, 2002

Покровский Ю.Л. Психотерапевтический подход в лечении сахарного диабета, том 8, № 1, 2002

Сандомирский М.Е. Физиологически-ориентированный подход в психотерапии: Сообщение 1. Физиологические механизмы измененных состояний сознания, том 8, № 1, 2002

Смирнов В.Е., Колбасин Ю.В. Исторический аспект проблемы деонтологии в психиатрии, том 8, № 1, 2002

**Трансактный анализ**

Макаров В.В. Трансактный анализ восточная версия, том 8, № 2, 2002

Володин Б.Ю., Володина Л.Н. Использование трансактного анализа в онкологии, том 8, № 2, 2002

Гусаковский В.Е. Демократия и восточный авторитаризм в транзактном анализе, том 8, № 2, 2002

Зобов А.С., Козлова М.И. Трансактный анализ и групповая работа, том 8, № 2, 2002

Кокс М. Уровни лечения, том 8, № 2, 2002

Лимонова Д.Л. Место трансактного анализа в психотерапии больных наркоманией, том 8, № 2, 2002

Макарова Г.А. Лекция по применению трансактного анализа в психологическом консультировании, том 8, № 2, 2002

Макарова Г.А. Консультирование в концепции Трансактного анализа при переживании горя, том 8, № 2, 2002

Меринов А.В. Сценарные аспекты поведения жен мужчин больных алкоголизмом, том 8, № 2, 2002

Меринов А.В., Шустов Д.И., Ховрачев А.П. Эпискрипт в «алкогольном браке», том 8, № 2, 2002

Ховрачев А.П., Еремина Е.К. Краткосрочная групповая терапия: ТА здесь и сейчас, том 8, № 2, 2002

Ховрачев А.П., Ховрачева О.В. Трансакционный анализ материнской патологии, том 8, № 2, 2002

Хохлова Л.П. Трансдисциплинарный холдинговый подход к структуре личности, том 8, № 2, 2002

Чеглова И.А. Еще две игры, том 8, № 2, 2002

Шитов Е.А., Ховрачев А.П. Теория пассивности шифров: обзор, том 8, № 2, 2002

Яценко В.И. Интегративная система в психотерапии на основе инициатического анализа и трансактного анализа, том 8, № 2, 2002

**Психотерапия**

Аксенфельд Р.Г. Психосоматические заболевания как семейные игры: проблемы, конфликты и семейная терапия, том 8, № 3, 2002

Александрович А.В. Бодиарттерапия в творческой мастерской, том 8, № 4, 2002

Баранников А.С., Баранникова Д.А. Место экзистенциального анализа среди других психотерапевтических направлений, том 8, № 1, 2002

Баранников А.С. К вопросу антропологического обоснования интегративной психотерапии (продолжение 1), том 8, № 1, 2002

Баранников А.С. О формах интеграции экзистенциальной психотерапии в российскую психотерапию, том 8, № 3, 2002

Баранников А.С. К вопросу антропологического обоснования интегративной психотерапии, том 8, № 3, 2002

Быков С.И., Давидович Д.Н. Путешествие в реальность мифа (экскурс в практическое мифотворчество), том 8, № 4, 2002

Власова Н.М., Королева С.И. Эффективность применения фитопрепарата “Memory rise” в детской психиатрической практике, том 8, № 2, 2002

Власова Н.М., Королева С.И. Роль речи в психической жизни ребенка и структурный анализ ЭЭГ

- 
- детей с разными формами нарушений речевого развития, том 8, № 2, 2002
- Гагаркина И.Г., Черняева Т.Б. Лечебная верховая езда при синдроме раннего детского аутизма, том 8, № 2, 2002
- Гингер С. Эволюция Психотерапии в Западной Европе, том 8, № 3, 2002
- Гингер С. Психология женщины - психология мужчины (отличия женского мозга от мужского), том 8, № 4, 2002
- Гирич Я.П. Новые возможности психотерапевтических технологий, том 8, № 2, 2002
- Грушко Н.В. О психокоррекционном варианте терапии творческим самовыражением в условиях дополнительного образования, том 8, № 1, 2002
- Гнездилова Е.В. Психологическая коррекция больных туберкулезом легких, том 8, № 1, 2002
- Давыдова К.Н. Использование навыков консультирования при работе с немотивированными клиентами, том 8, № 3, 2002
- Дюсметова Р.В., Дюсметов Б.Р. Психотерапия фобий высоты как профилактика суициального риска, том 8, № 4, 2002
- Епифанова Н.М., Смирнов С.В., Полянина Д.А. Системная мультимодальная психотерапия при ожоговой травме, том 8, № 1, 2002
- Ермошин А.Ф. Конструктивный рисунок человека как соматопсихотерапевтическая карта, том 8, № 4, 2002
- Ермошин А.Ф. Синдром энергетического голо-дания мозга и его отражение в конструктивном рисунке человека, том 8, № 4, 2002
- Ермошин А.Ф. Специфический релаксационно-рекреативный психокаталлиз, том 8, № 4, 2002
- Еслюк Р.П. Символдрама - лечение души при помощи образов, том 8, № 3, 2002
- Кириллов И. Супervизия в позитивной психотерапии, том 8, № 3, 2002
- Коровина В. Виды интеграции в психотерапии, том 8, № 3, 2002
- Куян М. Психотерапия в Китае, том 8, № 4, 2002
- Ланцберг М.Б., Летуновский В.В. Духовная экзистенция и произведения культуры, том 8, № 3, 2002
- Летуновский В.В. Методы экзистенциальной терапии, том 8, № 4, 2002
- Макаров В.В. Психотерапевтические аспекты Российской наркологии, том 8, № 2, 2002
- Макаров В.В. Психотерапия в Российской Федерации, том 8, № 4, 2002
- Новикова М.Ю. Обоснование и опыт применения арт-терапии в работе медицинского психолога, том 8, № 2, 2002
- Поветкина О.А. Опыт психоаналитического образования в Москве, том 8, № 4, 2002
- Приленский Б.Ю. Спектральный анализ невротического конфликта, том 8, № 1, 2002
- 
- Россинский Ю.А., Валивач М.Н. Клинический подход и применение интегративно-развивающего психотерапевтического процесса в лечении пограничных состояний, психосоматических и наркологических расстройств, том 8, № 4, 2002
- Россинский Ю.А., Валивач М.Н. Клинический подход и применение интегративно-развивающего психотерапевтического процесса в лечении пограничных состояний, психосоматических и наркологических расстройств (диагностическая мишень, биологический уровень), том 8, № 4, 2002
- Ротов А.В., Ротов В.А., Балановский Д.В. Определение внушаемости и эффективности гипнотической суггестии в процессе психотерапевтической коррекции у пациентов с избыточной массой тела, том 8, № 1, 2002
- Титова В.В. Проблема оценки психотерапии зависимостей, том 8, № 2, 2002
- Титова В.В. Психотерапия в детско-подростковой наркологии, том 8, № 3, 2002
- Хусаинова Н.Ю. Персональный мультимодальный профиль личности как основа подготовки консультанта-психотерапевта, том 8, № 3, 2002
- Троицкий А.Ф. О влиянии даты рождения на соматическую заболеваемость при изменении солнечной активности, том 8, № 1, 2002
- Филимонов В.И., Малышев К.П. К вопросу сочетания травматического органического повреждения центральной нервной системы и посттравматических стрессовых расстройств, полученных в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуаций, том 8, № 2, 2002
- Фридрих С. Гештальт, ведущий к Просветлению, том 8, № 2, 2002
- Чеглова И.А. Патогенез состояний дезадаптации и методология психотерапии, том 8, № 1, 2002
- Шумский В.Б. Понятие основных экзистенциальных мотиваций как теоретическая основа психотерапевтической практики в экзистенциальном анализе, том 8, № 1, 2002
- Юдин И.А. Синдром профессионального сгорания или Влияние профессии психолога на качество его жизни или Негативное влияние профессии и как его избежать, том 8, № 1, 2002
- 
- ## Психиатрия
- Ахунджанова И.Ю., Дахова Л.Н. К опыту применения рисполепта в лечении больных шизофренией, том 8, № 3, 2002
- Бочкинская И.П., Исмаилова С.А. Состояние соматического здоровья детей с резидуально-органическими поражениями Центральной нервной системы, том 8, № 2, 2002
- Власова Н.М., Королева С.И. Применение фитопрепарата "Neirostabil" в детской психиатрии, том 8, № 2, 2002
- Дахова Л.И., Ахунджанова И.Ю. Сложный случай нижней параплегии с контрактурой суставов у

- больного с кататонической пропф-шизофренией с вторичной нейролептической энцефалопатией, том 8, № 4, 2002
- Дюсембеков В.Н., Фонарева Н.Н., Джапаридзе Л.Ф., Бабенко М.В., Ковтун В.Г., Джапаридзе И.Л. Особенности клиники сердечно-сосудистой патологии в психиатрической практике, том 8, № 4, 2002
- Дюсембеков В.Н., Фонарева Н.Н., Бабенко М.В., Трушкова О.Г., Джапаридзе Л.Ф., Ковтун В.Г. Опыт применения кетамина в отделении неврозов и пограничных состояний, том 8, № 4, 2002
- Едигенова М.Б., Молдахметова Ж.С. Влияние инстенона на динамику реоэнцефалографических показателей у больных с сосудистыми поражениями центральной нервной системы, том 8, № 2, 2002
- Едигенова М.Б., Царенко С.А., Айтенов М.К. Психолого-психиатрическая характеристика лиц, поступающих в учебные заведения МВД РК, том 8, № 2, 2002
- Ермошин А.Ф. Конструктивный рисунок человека в дифференциальной диагностике пограничных психических расстройств, том 8, № 1, 2002
- Захарова Е.В. Медико-психологические характеристики больных туберкулезом легких, том 8, № 2, 2002
- Измайлова Н.Т. Психические расстройства при чрезвычайных ситуациях и их лечение, том 8, № 3, 2002
- Измайлова Н.Т., Илешева Р.Г. Ретроспективный анализ результатов внедрения "МКБ-10", классификация психических и поведенческих расстройств в казахстанской психиатрии и наркологии и рекомендации по дальнейшему ее использованию, том 8, № 3, 2002
- Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан, том 8, № 4, 2002
- Миронов В.В. Нейрофизиологическая лаборатория на базе одного компьютера – мобильный вариант, том 8, № 1, 2002
- Новикова М.Ю. Психологическая интерпретация цветовой символики лирики А.А.Блока, том 8, № 2, 2002
- Новикова М.Ю. Аутистическое мышление и символизм. Символика цвета в поэзии А.А.Блока, том 8, № 3, 2002
- Павличенко А.В. К вопросу о клинике и психотерапии постпсихотических депрессий, том 8, № 1, 2002
- Пугачёв В.П., Юнусов М.Р., Яkipова Г.Т., Бибакова Н.Т. Клинические исследования побочных эффектов при лечении депрессивных состояний амитриптилином у больных с органически неполнозненным фоном, том 8, № 2, 2002
- Ретюнский К.Ю., Прокопьев А.А. Психофизиологическое исследование детей и подростков, страдающих заиканием с затяжным неблагоприятным течением, том 8, № 1, 2002
- Ретюнский К.Ю. Специфические расстройства детского возраста (заикание, неорганический энурез): вопросы клиники, патогенеза и терапии, том 8, № 1, 2002
- Рубцова Е.М., Сысоева Н.П. Применение игло-рефлекстерапии в психиатрии, том 8, № 3, 2002
- Чуркин А.А., Реверчук И.В. Особенности факторов структурообразования осевых синдромов пограничных психических расстройств у больных русской и удмуртской национальностей, том 8, № 2, 2002
- Шушкевич В.И., Яшина В.А., Доброхотова Г.В., Сорока Г.Р., Саенко П.П. О роли "ирритирующей триады" в генезе пограничной нервно-психической патологии у подростков, том 8, № 3, 2002

## Наркология

Абакумов Е.Г. Комплексное немедикаментозное лечение психоорганического синдрома у больных с зависимостью от этанола, том 8, № 4, 2002

Алтынбеков С.А., Денисова Е.В., Сембинова А.С. Особенности распространения наркозависимости среди населения Республики Казахстан, том 8, № 4, 2002

Белоног Ю.А. Уровень осведомленности сельского населения Акмолинской области о проблеме наркотизма, том 8, № 2, 2002

Звягин А.В. Факторы риска злокачественного прогрессирования психоорганических расстройств у лиц с зависимостью от этанола, том 8, № 4, 2002

Летуновский В.В. Экзистенциальная психотерапия и телесность человека, том 8, № 3, 2002

Марашева А.А. Формирование антинаркотической устойчивости в младшей возрастной группе, том 8, № 3, 2002

Молчанов С.Н., Нургазина А.З., Идрисова А.М., Алтынбекова Г.И. Особенности формирования ремиссий у наркозависимых. Реабилитационный потенциал. БОС как новый метод коррекции аддикций, том 8, № 3, 2002

Мусинов С.Р. Основные направления реформирования системы наркологической помощи населению, том 8, № 3, 2002

Нургазина А.З., Молчанов С.Н., Идрисова А.М., Жапарбеков А.Н. Исследование Я образа у подростков с аддиктивным поведением в процессе групповой психотерапии, том 8, № 3, 2002

Пакеев С.О., Шайкенов М.Т., Шайкенова Р. Даные клинико-психопатологического исследования больных с различными формами алкогольного делирия, том 8, № 2, 2002

Шушкевич В.И., Яшина В.А., Сорока Г.Р., Саенко П.П. Особенности комплексной терапии табачной зависимости в условиях городской поликлиники г. Рудного, том 8, № 3, 2002

Юсопов О.Г., Алтынбекова Г.И. Опыт работы Телефонной Консультативной Службы (ТКС) для детей и подростков, том 8, № 3, 2002

<b>Пограничная патология</b>	<b>Информация</b>
Рычков Н.Н. Возрастной аспект формирования мотивационной сферы личности у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями, том 8, № 4, 2002	Катков А.Л. Психотерапия Центральной Азии, том 8, № 2, 2002
<b>Пограничные расстройства</b>	Макаров В.В. Открытое письмо О проекте отраслевой программы Министерства здравоохранения Российской Федерации “Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008г.)”, том 8, № 2, 2002
Кудеринов Т.К. Пограничная психическая патология среди населения Ульяновского района (по данным эпидемиологического обследования), том 8, № 4, 2002	Макаров В.В. Отчёт о “Горячая декада мая” 2002, том 8, № 3, 2002
<b>Педагогика здоровья. Валеология</b>	Меморандум о терроризме неправительственной Организации Европейского Совета Европейской Ассоциации Психотерапии, том 8, № 1, 2002
Богомолова Л.В. Необходимость преобразования «виртуального воздействия» здоровье сберегающими технологиями обучения, том 8, № 4, 2002	Мусинов С.Р. Распространение зависимости от психоактивных веществ и меры противодействия в общемировой практике, том 8, № 4, 2002
<b>Дискуссионная трибуна</b>	<b>Рецензии</b>
Савченко О.Ф. Связующее звено в цепи развития цивилизации, том 8, № 4, 2002	Катков А.Л., Макаров В.В. Предварительная Рецензия на проект МЗ Российской Федерации «Об организации психотерапевтической помощи населению», том 8, № 4, 2002