

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том X**

**№ 3**

**2004**

**Москва-Павлодар**

---

---

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Кандидат медицинских наук С.А.Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г.Х.Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А.А.Аканов; Е.В.Денисова (ответственный секретарь); профессор О.Т.Жузжанов; профессор Н.Т.Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А.Л.Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В.Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г.А.Макарова; доктор медицинских наук С.А.Нурмагамбетова; А.Н.Рамм (редактор); кандидат медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; кандидат медицинских наук А.И.Толстикова; 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**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”  
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий  
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году  
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.  
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39  
E-mail: neovitae@pisem.net**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

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

Том X  
№ 3  
2004 год

выходит  
4 раза в год

*Катков А.Л., Айбасова Г.Х.*

Анализ и экспертная оценка квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья Республики Казахстан (сообщение 1)

9-16

*Катков А.Л., Айбасова Г.Х.*

Анализ и экспертная оценка квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья Республики Казахстан (сообщение 2)

16-18

*Катков А.Л., Айбасова Г.Х.*

Анализ стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан

18-26

*Катков А.Л., Айбасова Г.Х.*

Концепция и модель системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья

26-32

*Макаров В.В., Тукаев Р.Д.*

Интегративное движение в психотерапии

32-38

### ПСИХОТЕРАПИЯ

*Гурвич В.Б.*

Рассмотрение клинической системной психотерапии в комплексе разгрузочно-диетической терапии с позиции эмпирического подхода в понимании С.Грофа

39-40

*Гуцалов Ю.П., Ушкау Л.К., Найденов А.И., Ткачев А.И., Дробитько О.Ю.*

41

Кооперативно-императивный гипноз

*Гуцалов Ю.П., Ушкау Л.К., Ушкау В.А., Бридихина Е.В., Гуторова Т.А.*

42-43

Ноологические аспекты психотерапии

*Майков В.В.*

Терапия как путешествие в глубину: единство мифологических, экзистенциальных и трансперсональных измерений

43-45

*Свидро Н.Н.*

Введение в клиническую музыкотерапию

45-48

*Хусаинова Н.Ю.*

Специфика Я-концепции представителей разных наций как основание исследования доверия в системе «психотерапевт-клиент»

48-50

### ПСИХИАТРИЯ

*Айбасова Г.Х.*

Анализ базисных элементов и содержания стандарта первично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан

51-54



<i>Айбасова Г.Х.</i>	
Анализ базисных элементов и содержания стандарта вторично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан	55-62
<i>Айбасова Г.Х.</i>	
Анализ базисных элементов и содержания стандарта третично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан	62-67
<i>Айбасова Г.Х.</i>	
Анализ базисных элементов и содержания стандарта экспертных услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан	67-69
<i>Илешева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Шахметов Б.А., Тулькубаева Р.К.</i>	
О некоторых актуальных проблемах организации судебно-психиатрической деятельности в Казахстане	69-70
<i>Кощеева Р.М., Грузман А.В.</i>	
Исследование клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичным (рисперидон) и классическим (галоперидол) нейролептиками	71-75
<i>Саренко А.Н., Кудьярова Г.М., Джарбусынова Б.Б.</i>	
Судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения у лиц с черепно-мозговыми травмами	75-80
<i>Тулькубаева Р.К., Распопова Н.И., Музагаров Р.Х.</i>	
Перспективные тенденции развития психиатрической службы в Южном регионе Республики Казахстан	80-84

## НАРКОЛОГИЯ

<i>Марашева А.А.</i>	
Формирование конструктивной Я-концепции, как составляющая феномена антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте	85-89
<i>Прокофьева Е.В.</i>	
Сценарии и игры профессионалов, работающих с зависимостями	89-91

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Беда В.И., Башинская Г.Н.</i>	
Анализ совершенных суицидных попыток по данным токсикологического отделения 1 городской клинической больницы г. Астаны за 2001-2002 г.г.	92-94
<i>Грузман А.В., Паксютов В.И., Доценко И.А.</i>	
Анализ работы Центра медико-социальной реабилитации детей с психоневрологическими нарушениями по раннему выявлению детей с пограничными психоневрологическими нарушениями	94-95
<i>Корабельникова Е.А.</i>	
Клинико-психо-физиологические корреляты невротического конфликта	95-101
<i>Кудьярова Г.М., Рыскулова Г.К., Лаврова Е.Н.</i>	
Некоторые аспекты дифференциальной диагностики расстройств личности у взрослых	101-104
<i>Осипова Н.</i>	
Интерпретации символа как средство диагностики психики	105-109

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

*Айбасова Г.Х.*

Основные тенденции развития и принципы нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья в мировой практике (литературный обзор)

110-140

*Резюме*

141-153

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## TABLE OF CONTENTS

### EDITORIAL ARTICLES

#### FOUNDERS:

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

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

**Volume X  
№ 3  
2004  
Published 4 times  
in a year**

<i>Katkov A.L., Aibasova G.H.</i>	
The analysis and expert estimation of the qualifying standard working in mental health services of Republic of Kazakhstan (message 1)	9-16
<i>Katkov A.L., Aibasova G.H.</i>	
The analysis and expert estimation of the qualifying standard working in mental health services of Republic of Kazakhstan (message 2)	16-18
<i>Katkov A.L., Aibasova G.H.</i>	
The analysis of the standard of monitoring in sphere of mental health of the population of Republic of Kazakhstan	18-26
<i>Katkov A.L., Aibasova G.H.</i>	
The concept and model of system-developing standard in sphere of mental health	26-32
<i>Makarov V.V., Tukaev R.D.</i>	
Integrative movement in psychotherapy	32-38

### PSYCHOTHERAPY

<i>Gurvich V.B.</i>	
Consideration of clinical system psychotherapy in a complex of fasting-dietary therapy from a stand of the empirical approach in S.Grofa's understanding	39-40
<i>Gutsalov Yu.P., Ushkats L.K., Naidenov A.I., Tkachev A.I., Drobot'ko O.Yu.</i>	
Cooperative-imperative hypnosis	41
<i>Gutsalov Yu.P., Ushkats L.K., Ushkats V.A., Bridihina E.V., Guturova T.A.</i>	
Noological aspects of psychotherapy	42-43
<i>Maikov V.V.</i>	
Therapy as travel to depth: unity mythological, existential and transpersonal measurements	43-45
<i>Svidro N.N.</i>	
Introduction in clinical music therapy	45-48
<i>Husainova N.Yu.</i>	
Specificity of the self-concept of representatives of the different nations as the basis of research of trust in system «psychotherapist-client»	48-50

### PSYCHIATRY

<i>Aibasova G.H.</i>	
The analysis of basic elements and maintenances of the standard of the primary-preventive services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan	51-54

---

---

<i>Aibasova G.H.</i>	
The analysis of basic elements and maintenances of the standard of the secondary-preventive services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan	55-62
<i>Aibasova G.H.</i>	
The analysis of basic elements and maintenances of the standard of the tertiary-preventive services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan	62-67
<i>Aibasova G.H.</i>	
The analysis of basic elements and maintenances of the standard of the expert services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan	67-69
<i>Ilesheva R.G., Bazarbaeva L.E., Shahmetov B.A., Tul'kubaeva R.K.</i>	
About some actual problems of the organization of forensic psychiatric activity in Kazakhstan	69-70
<i>Koshchegulova R.M., Gruzman A.V.</i>	
Research of clinical-psychopathological displays of dependence on heroin at therapy atypical antipsychotic drug (risperidon) and classical (haloperidol) antipsychotic drug	71-75
<i>Sarenko A.N., Kud'yarova G.M., Dzharbusynova B.B.</i>	
Forensic psychiatric estimation of simple alcoholic intoxication at persons with craniocerebral traumas	75-80
<i>Tul'kubaeva R.K., Raspopova N.I., Muzafarov R.H.</i>	
Perspective tendencies of development of psychiatric service in Southern region of Republic of Kazakhstan	80-84

## NARCOLOGY

<i>Marasheva A.A.</i>	
Formation of the constructive self-concept, as a component of a phenomenon of antinarcotic resistance at younger school age	85-89
<i>Prokof'eva E.V.</i>	
Scripts and games of the professionals working with dependences	89-91

## BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Beda V.I., Bashinskaya G.N.</i>	
The analysis of the perfect suicidal attempts according to toxicological branch of 1 city clinical hospital of Astana for 2001-2002	92-94
<i>Gruzman A.V., Paksyutov V.I., Dotsenko I.A.</i>	
The analysis of work of the Centre of medico-social rehabilitation of children with psychoneurological disturbances on early revealing children with boundary psychoneurological disturbances	94-95
<i>Korabel'nikova E.A.</i>	
Clinical-psycho-physiologic correlators of the neurotic conflict	95-101
<i>Kud'yarova G.M., Ryskulova G.K., Lavrova E.N.</i>	
Some aspects of differential diagnostics of disorders of the personality at adults	101-104
<i>Osipova N.</i>	
Interpretations of a symbol as means of diagnostics of mentality	105-109

---

---

## INFORMATION AND REVIEWS

*Aibasova G.H.*

The basic tendencies of development and principles of  
normative regulation of activity of mental health services  
of in world practice (literary review)

110-140

*Summaries*

141-153



---

---

## РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

### **АНАЛИЗ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИОННОГО СТАНДАРТА, ДЕЙСТВУЮЩЕГО В СЛУЖБАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (сообщение 1)**

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

При анализе квалификационного стандарта, действующего в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи учитывались данные эталонного, нормативного, фактологического блоков материалов, отражающих параметры данного стандарта.

В частности, нами проводился анализ фактической представленности основных профилей профессиональной спецификации специалистов, действующих в сфере психического здоровья населения (представленность специалистов соответствующего профиля в секторе первичной профилактики исследовалась в 55 учреждениях психиатрического, психотерапевтического (кабинеты) и медико-психологического (кабинеты) профиля; представленность специалистов в секторе вторичной профилактики и специализированной экспертизы исследовалась в 32 учреждениях психиатрического, психотерапевтического и медико-психологического профиля; наличие соответствующих специалистов в секторе третичной профилактики исследовалось в 23 учреждениях аналогичного профиля).

Кроме того, нами учитывались квалификационные характеристики специалистов высшего звена, в той или иной степени представленные в образовательных программах дипломной подготовки по профилю психиатрии (анализ проводился по программам курса психиатрии в 4-х Государственных Медицинских Академиях – Актюбинской, Астанинской, Карагандинской, Семипалатинской, а также по программе кафедры психиатрии Государственного Медицинского Университета г. Алматы). А также, в образовательных программах последипломной подготовки по профилю психиатрии, психотерапии, клинической психологии (анализ проводился по соответствующим программам курсов специализации, общего и тематического усовершенствования, реализуемых в Алматинском Государственном Институте усовершенствования врачей (кафедра психиатрии и наркологии); на факультете усовершенствования врачей Семипалатинской Государственной Медицинской Академии (кафедра психотерапии и наркологии). Также учитывались программы интернатуры и клинической ординатуры по врачебно-психиатрическому профилю).

Настоящий анализ проводился по параметрам разработанного нормативно-эталонного квалификационного стандарта:

- определение целевых групп;
- определение целей и задач квалификационного стандарта;
- базисные элементы и содержание основных разделов квалификационного стандарта;
- планируемые результаты реализации квалификационного стандарта;
- инструменты и критерии оценки результатов внедрения квалификационного стандарта в службах психического здоровья РК.

По каждому обозначенному параметру экспертная группа исследовательского проекта выносила заключение в соответствии с методикой, предусматривающей ранжирование оценки по трем уровням: недостаточная степень соответствия нормативно-заданным характеристикам; средняя степень соответствия; высокая степень соответствия.

1. Предварительные замечания по оформлению квалификационного стандарта, действующего в сфере психического здоровья

В современной нормативной базе, регулирующей деятельность служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической), единый квалификационный стандарт в полном объеме не представлен. В отношении первой из двух главных составляющих квалификационного стандарта – стандарта профессиональной спецификации – можно сказать, что его основные фрагменты приведены в соответствующих разделах базисных приказов: Приказа МЗ Казахстана «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения» № 2-30/117 от 7.08.1992 года; Приказа МЗ Казахстана «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики» № 147 от 31.03.1997 г.; Приказа МЗ Казахстана «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» № 269 от 13 мая 1998 г. В данных нормативных актах профессиональная спецификация служб психического здоровья опосредованно рассматривается в разделах штатного расписания, утверждаемых соответствующими приказами. Кроме того, стандарт профессиональной спецификации представлен в Приказе

МЗ Казахстана № 459 от 19 июня 2003 г. «Об утверждении Номенклатуры врачебных должностей и специальностей». В частности, в данном приказе выделяются следующие врачебные должности по рассматриваемым профилям:

- главный врач;
- заведующий (отделом, отделением, лабораторией, кабинетом и др.);
- заместитель главного врача (руководителя, заведующего и т.д.);
- врач-психиатр;
- врач-психиатр детский;
- врач-психотерапевт;
- врач-психотерапевт детский;
- врач-эксперт-психиатр;
- врач-эксперт-психиатр детский;
- медицинский психолог.

Кроме того, в настоящем приказе выделяются следующие врачебные специальности:

- врач-психиатр;
- врач-психиатр детский;
- врач-психотерапевт;
- врач-психотерапевт детский;
- врач-судебно-психиатрический эксперт;
- медицинский психолог.

Следует отметить существенное расхождение в интерпретации стандарта профессиональной спецификации, присутствующее в данных документах.

Базисные приказы, помимо главного профессионального профиля, учитывают основную клиническую специализацию, а также специфику деятельности в конкретном структурном подразделении. Утвержденный перечень медицинских профессий учитывает главный профессиональный профиль и крайне ограниченное число возможных клинических специализаций. Специфика деятельности в каких-либо структурных подразделениях данным перечнем не учитывается. Отсюда возникают сложности в формировании и интерпретации второй составляющей рассматриваемого стандарта – собственно квалификационных требований к специалистам, действующим в службах психического здоровья, в части требований по смежным специальностям, а также, требований по основной специализации.

Действующий стандарт собственно квалификационных требований к специалистам, действующим в сфере психического здоровья, достаточно разрозненно и, в целом, хаотично представлен в трех группах документов:

- образовательные программы додипломной и последипломной подготовки специалистов, действующих в службах психического здоровья (раздел «квалификационная характеристика специалиста (студента, курсанта), завершившего соответствующий курс»);
- должностные инструкции персонала (перечень прав и обязанностей), утверждаемые административным руководством конкретных учреждений;

- Приказ МЗ Республики Казахстан «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения» № 190 от 25 февраля 2004 г.

Квалификационные требования, в той или иной степени прописываемые в данных документах, произвольны, несистематизированы и недостаточно согласованы между собой. Все вышесказанное позволяет утверждать, что квалификационный стандарт (первая и вторая составляющая) в современном понимании данного термина, в поле деятельности служб психического здоровья не сформирован. Соответственно, ослабляется системное взаимодействие в группе профессиональных стандартов, действующих в службах психического здоровья. Особенно это касается стандарта образовательных программ, наиболее тесно связанного с квалификационным стандартом.

2. Анализ квалификационного стандарта по параметру определения целевых групп

Исследования документальных и фактологических источников, представляющих квалификационный стандарт в сфере психического здоровья, показали, что основной целевой группой действующего стандарта является:

- персонал служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической).

В существенно меньшей степени (с учетом фактических данных, полученных в нашем исследовании) действующим стандартом охватывается группа клиентов (лиц, получающих услуги первично-профилактического сектора) и пациентов (получающих услуги вторично-профилактического и третично-профилактического сектора).

Таким образом, степень соответствия параметру определения целевых групп квалификационного стандарта современным требованиям можно оценить как среднюю.

3. Анализ квалификационного стандарта по параметру целей и задач

Нашиими исследованиями показано, что основной целью действующего квалификационного стандарта является элементарное соответствие профессиональных требований, предъявляемых к специалисту, функциям и основным задачам учреждения (подразделения), где он, непосредственно, занят по основной специальности. В то время, как современные требования к целям квалификационного стандарта (повышение уровня психического и психологического здоровья населения; повышение качества услуг, оказываемых населению службами психического здоровья) не выполняются.

Из 5-и задач, сформулированных в разрабатываемой модели квалификационного стандарта (стимулирование развития сектора специализированных услуг, реализуемых службами психического здоровья; стимулирование роста профессионального

мастерства персонала; обеспечение качественного воспроизведения полного ассортимента и объема специализированных услуг, в соответствие с потребностями населения; выполнение функций обратной связи в стандарте мониторинга; стимулирование развития образовательного стандарта), действующим квалификационным стандартом, отчасти, выполняется вторая и, в крайне незначительной степени, третья задачи. Первая, четвертая и пятая задачи, а также существенная часть второй и третьей задачи, действующим квалификационным стандартом не выполняется.

*Следовательно, степень соответствия параметра целей и задач действующего квалификационного стандарта современным требованиям можно оценить как недостаточную.*

4. Анализ базисных элементов и содержания основных разделов квалификационного стандарта

Данный раздел рассматривается нами с двух позиций, соответствующих главным составляющим анализируемого стандарта:

- стандарта профессиональной спецификации специалистов, действующих в службах психического здоровья;

- стандарта квалификационных требований к специалистам, действующим в данном секторе здравоохранения.

4.1. Анализ базисных элементов и содержания стандарта профессиональной спецификации

Как уже отмечалось, в связи с отсутствием официально оформленного квалификационного стандарта о его базисных элементах и содержании в части стандарта профессиональной спецификации можно судить, во-первых, по представленности основных спецификаций в приказах, регламентирующих деятельность служб психического здоровья. А, во-вторых, за

счет сопоставления фактологических данных и разработанной нормативно-эталонной модели стандарта профессиональной спецификации.

Первые способы оценки рассматриваются нами в других сообщениях, сделанные по теме данного исследовательского проекта.

В отношении второго способа оценки - основные результаты сопоставления фактических данных, полученных по регионам РК, и нормативно-эталонных данных отражены в схемах 1-2-3, приведенных ниже.

На итоговой схеме 1 приведены результаты сопоставления нормативно-эталонных и фактических данных по стандарту профессиональной спецификации (сектор первичной профилактики), полученные при исследовании данного параметра в 55 учреждениях (кабинетах) служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах, действующих в 5 регионах – Южном, Северном, Восточном, Западном и Центральном, Республики Казахстан; 27 психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических диспансерах, соматических поликлиниках и как самостоятельные кабинеты (лицензионная практика); 14 медико-психологических структурных подразделениях, из которых 8 являются патопсихологическими лабораториями в психиатрических больницах, 6 – самостоятельными кабинетами психологического консультирования.

При анализе фактической представленности профиля профессиональной спецификации сохранено последовательное кодирование секторов, профилей и обозначения профессий, определенное в единой схеме базовых элементов и содержания стандарта профессиональной спецификации в сфере психического здоровья населения.

Схема 1

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта профессиональной спецификации в секторе первичной профилактики служб психического здоровья РК (n=55)*

Номер индикатора	Сектор, профиль и название профессии	
1	<b>Сектор первичной профилактики в сфере психического здоровья</b>	
1.1	<i>Психологический профиль</i>	+-
1.1.1	Психолог со специализацией в области психологического консультирования	+
1.1.2	Психолог со специализацией в области школьной работы	-
1.1.3	Психолог со специализацией в сфере профилактики и коррекции аддиктивного поведения	-
1.2	<i>Психотерапевтический профиль</i>	+-
1.2.1	Психотерапевт со специализацией в области семейной психотерапии	-
1.2.2	Психотерапевт со специализацией в области психотерапии детей и подростков	+
1.2.3	Психотерапевт со специализацией в сфере профилактики аддиктивных расстройств	-
1.3	<i>Профиль социальной работы</i>	-
1.3.1	Социальный работник с высшим специальным образованием	-
1.3.2	Социальный работник со средним специальным образованием	-
1.3.3	Социальный работник с дополнительным (постдипломным) специальным образованием	-

Как видно из схемы 1 из трех профилей профессиональной спецификации рекомендуемого стандарта в сфере первичной профилактики частично представлены два (психологический и психотерапевтический профили). Профиль социальной работы не представлен.

Из трех обозначенных профессиональных специализаций по психологическому профилю представлена специализация психологического консультирования. Не представлены специализация в области школьной работы, а также специализация в сфере профилактики и коррекции аддиктивного поведения.

Из трех специализаций психотерапевтического профиля представлена специализация в области психотерапии детей и подростков. Не представлены специализации в сфере семейной психотерапии, а также в сфере профилактики аддиктивных расстройств. Из трех специализаций профиля социальной работы, фактически, ни одна не представлена.

Таким образом, по параметру профессиональной спецификации в сфере первичной профилактики из девяти специализаций, фактически,

представлены две (22,22%), а семь не представлены (77,78%).

Следовательно, степень соответствия фактической представленности спецификации профессионалов, действующих в секторе первичной профилактики служб психического здоровья, современным требованиям можно считать недостаточной.

На итоговой схеме 2 приведены результаты соописования нормативно-эталонных и фактических данных по стандарту профессиональной спецификации (сектор вторичной профилактики), полученные при исследовании данного параметра в 32 специализированных учреждениях и кабинетах служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах; 10 психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических учреждениях и соматических поликлиниках; 8 медико-психологических структурных подразделениях, 4 из которых являются пато-психологическими лабораториями в психиатрических больницах, 4 – самостоятельными кабинетами психологического консультирования.

Схема 2

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта профессиональной спецификации в секторе вторичной профилактики служб психического здоровья РК (n=32)*

Номер индикатора	Сектор, профиль и название профессии	
2	<b>Сектор вторичной профилактики в сфере психического здоровья</b>	
2.1	Врачебно-психиатрический профиль	+-
2.1.1	Врач психиатр с административными функциями (руководитель лечебно-реабилитационной бригады, заведующий диспансерным, стационарным отделением)	+
2.1.2	Врач психиатр с клиническими функциями, специализированными в соответствие с профилем подразделения	+-
2.1.2.1	Участковый врач-психиатр	+
2.1.2.2	Участковый подростковый врач-психиатр	+
2.1.2.3	Участковый детский врач-психиатр	+
2.1.2.4	Участковый врач-психиатр для оказания амбулаторной психиатрической помощи населению сельских районов и населенных пунктов, подчиненных администрации городов	+
2.1.2.5	Врач судебно-психиатрический эксперт для проведения амбулаторной экспертизы	+
2.1.2.6	Врач-психиатр отделения, выполняющего функции психоприемника	-
2.1.2.7	Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для взрослых	+
2.1.2.8	Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для подростков	-
2.1.2.9	Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для детей	+
2.1.2.10	Врач-психиатр стационарного гериатрического отделения	-
2.1.2.11	Врач-психиатр стационарного отделения интенсивной терапии психозов	-
2.1.2.12	Врач судебно-психиатрический эксперт стационарного отделения	+
2.1.2.13	Врач-психиатр стационарного отделения военной экспертизы	-
2.1.3	Врач-психиатр с организационно-методическими функциями	+
2.1.3.1	Заведующий организационно-методическим консультативным отделом	+
2.1.3.2	Врач-психиатр для обеспечения консультативной и организационно-методической работы по психиатрии	+
2.2.	<i>Психотерапевтический профиль</i>	+-

<b>Номер индикатора</b>	<b>Сектор, профиль и название профессии</b>	
2.2.1	Психотерапевт системы психиатрической помощи	+ -
2.2.1.1	Психотерапевт амбулаторного звена психиатрической помощи	+
2.2.1.2	Психотерапевт амбулаторного звена психиатрической помощи для подростков	-
2.2.1.3	Психотерапевт амбулаторного звена психиатрической помощи для детей	-
2.2.1.4	Психотерапевт общего (реабилитационного) стационарного отделения	-
2.2.1.5	Психотерапевт подросткового стационарного отделения	-
2.2.1.6	Психотерапевт детского стационарного отделения	-
2.2.2	Психотерапевт системы общей лечебной сети	+ -
2.2.2.1	Психотерапевт общесоматической поликлиники	+
2.2.2.2	Психотерапевт многопрофильного стационара	-
2.2.2.3	Психотерапевт системы онкологической помощи (амбулаторной и стационарной)	+
2.2.2.4	Психотерапевт системы санаторно-курортного лечения	+
2.2.3	Психотерапевт системы наркологической помощи	+ -
2.2.3.1	Психотерапевт наркологического диспансерного отделения	-
2.2.3.2	Психотерапевт наркологического стационарного отделения	+
2.2.3.3	Психотерапевт отделения (центра) социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ	+
2.3	<i>Психологический профиль</i>	+ -
2.3.1	Психолог со специализацией в сфере психологического консультирования (общий профиль)	+ -
2.3.1.1	Психолог со специализацией в сфере психологического консультирования (специальный профиль)	-
2.3.2	Психолог системы психиатрической помощи	+ -
2.3.2.1	Психолог психиатрического диспансерного отделения (диспансера)	+
2.3.2.2	Психолог детского психиатрического диспансерного отделения	-
2.3.2.3	Психолог подросткового психиатрического диспансерного отделения (кабинета)	-
2.3.2.4	Психолог-эксперт амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии	+
2.3.2.5	Психолог общепсихиатрического стационарного отделения	+
2.3.2.6	Психолог судебно-психиатрического стационарного отделения	+
2.3.2.7	Психолог стационарного отделения военной экспертизы	-
2.3.2.8	Психолог стационарного отделения трудовой экспертизы	-
2.3.2.9	Психолог детского психиатрического стационарного отделения	+
2.3.2.10	Психолог подросткового психиатрического стационарного отделения	-
2.3.2.11	Психолог реабилитационного психиатрического стационарного отделения	-
2.3.2.12	Психолог психосоматического стационарного отделения	-
2.3.2.13	Психолог стационарного отделения пограничной патологии	+
2.3.2.14	Психолог лечебно-производственных (трудовых) мастерских	-
2.3.2.15	Психолог дневного стационара	-
2.3.3	Психолог системы общей лечебной сети	-
2.3.3.1	Психолог многопрофильных и специализированных соматических поликлинических отделений (диспансеров)	-
2.3.3.2	Психолог многопрофильных и специализированных соматических стационарных отделений	-
2.3.3.3	Психолог санаторно-курортных учреждений	-
2.3.4	Психолог системы наркологической помощи	+
2.3.4.1	Психолог наркологического диспансерного отделения (диспансера)	+
2.3.4.2	Психолог наркологического стационарного отделения	+
2.3.4.3	Психолог отделения (центра) социальной реабилитации зависимых от ПАВ	+
2.4	<i>Профиль социальной работы</i>	+ -
2.4.1	Социальный работник с высшим специальным образованием	-
2.4.2	Социальный работник со средним специальным образованием	+
2.4.3	Социальный работник с дополнительным (постдипломным) специальным образованием со специализацией в сфере психиатрической, психотерапевтической, психологической и наркологической помощи	-
2.5	<i>Профиль среднего медицинского персонала</i>	+
2.5.1	Средний медицинский персонал диспансерного отделения (кабинета)	+

<b>Номер индикатора</b>	<b>Сектор, профиль и название профессии</b>	
2.5.2	Средний медицинский персонал общего психиатрического стационарного отделения	+
2.5.3	Средний медицинский персонал специализированного отделения в системе психиатрической помощи (включая скорую и неотложную психиатрическую помощь)	+
2.5.4	Средний медицинский персонал в системе психотерапевтической помощи	+
2.5.5	Средний медицинский персонал в системе психологической помощи	+
2.6	<i>Профиль младшего медицинского персонала</i>	+
2.6.1	Санитары по надзору и наблюдению в стационарных психиатрических отделениях, отделениях острых психозов, бригадах скорой психиатрической помощи	+
2.7	<i>Профиль трудового обучения и занятости</i>	+-
2.7.1	Специалисты в области трудового обучения с высшим и средним специальным профессиональным образованием	-
2.7.2	Специалисты в области трудового обучения без специального образования, выполняющие функции обучения самопомощи, взаимопомощи, навыкам ведения домашнего хозяйства	+
2.8	<i>Юридический профиль</i>	+
2.8.1	Специалист с высшим юридическим образованием, специализирующийся в области гражданского права	+
2.9	<i>Педагогический профиль</i>	+-
2.9.1	Логопед психоневрологического диспансера для оказания амбулаторной помощи взрослым, подросткам и детям	+
2.9.2	Логопед стационарного детского отделения	+
2.9.3	Воспитатель стационарного детского отделения	+
2.9.4	Педагог стационарного детского отделения	+
2.9.5	Педагог стационарного подросткового отделения	-

Как видно из схемы 2 из 9 профилей рассматриваемого параметра 6 представлены частично:

- врачебно-психиатрический профиль;
- психотерапевтический профиль;
- психологический профиль;
- профиль трудового обучения и занятости;
- профиль социальной работы;
- педагогический профиль.

Три профессиональных профиля по рассматриваемому параметру представлены полностью:

- профиль среднего медицинского персонала;
- профиль младшего медицинского персонала;
- юридический профиль.

Кроме того, по некоторым из поименованных профессиональных профилей в рекомендуемой модели стандарта нами выделялись определенные профессиональные классы (рубрикация до третьего знака), дифференцируемые, далее, по основным специализациям. Так, в рамках врачебно-психиатрического профиля из трех выделяемых классов два представлены полностью:

- врач-психиатр с административными функциями (руководитель лечебно-реабилитационной бригады, заведующий отделением);
- врач-психиатр с организационно-методическими функциями.

Один, наиболее обширный класс представлен частично:

- врач-психиатр с клиническими функциями, специализированными в соответствие с профилем подразделения.

Из трех классов психотерапевтического профиля:

- психотерапевт системы психиатрической помощи;
  - психотерапевт системы общей лечебной сети;
  - психотерапевт системы наркологической помощи -
- все три представлены частично.

Два класса из четырех по психологическому профилю представлены частично:

- психолог со специализацией в сфере психологического консультирования (общий профиль);
  - психолог системы психиатрической помощи.
- Один класс представлен полностью:

- психолог системы наркологической помощи.

Один класс полностью отсутствует:

- психолог системы общей лечебной сети.

Таким образом, из 10 классов врачебно-психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профилей – 6 представлены частично, 3 – полностью, 1 – отсутствует.

Рекомендуемый стандарт профессиональной спецификации сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения представлен 67 специализациями, из которых, согласно полученным данным, 38 (56,72%) представлены фактически (действующий стандарт). Соответственно, 29 специализаций не представлено (43,28%).

Заслуживает внимания тот факт, что по врачебно-психиатрическому профилю данная пропорция выглядела следующим образом: представлено 10

специализаций (66,66%); не представлено – 5 (33,33%). По психотерапевтическому профилю: представлено 6 специализаций (46,15%), отсутствует – 7 (53,85%). По медико-психологическому профилю – представлено 9 специализаций (40,9%), не представлено – 13 (59,1%). По профилю социальной работы – представлена 1 специализация (33,33%), отсутствуют – 2 (66,66%).

Таким образом, отмечается возрастающий дефицит фактической представленности специализаций от врачебно-психиатрического профиля, представленного, относительно, удовлетворительно, к психотерапевтическому и психологическому профилю и профилю социальной работы. Полученные данные косвенно свидетельствуют о том, что образовательные программы, действующие в сфере психического здоровья, сориентированы, в основном, на подготовку врачебно-психиатрических кадров, а также среднего звена медицинских работников, действующих в системе психиатрической помощи населению. В существенно меньшем объеме проводится подготовка специалистов психотерапевтов

и клинических психологов. Абсолютно недостаточна и по объему, и по качеству подготовка специалистов в области социальной работы.

*Анализ фактических данных по параметру сектора вторичной профилактики стандарта профессиональной спецификации указывает на недостаточную степень соответствия данного параметра современным требованиям.*

На итоговой схеме 3 приведены результаты со-поставления нормативно-эталонных и фактических данных по стандарту профессиональной спецификации (сектор третичной профилактики), полученные при исследовании данного параметра в 23 специализированных учреждениях и кабинетах служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах; 3-х домах-интернатах для психически больных; 3-х психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических учреждениях и 3-х медико-психологических (патопсихологических) лабораториях при психиатрических больницах.

Схема 3

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта профессиональной спецификации в секторе третичной профилактики служб психического здоровья РК (n=23)*

<b>Номер индикатора</b>	<b>Сектор, профиль и название профессии</b>	
3	<b>Сектор третичной профилактики</b>	
3.1	<i>Врачебно-психиатрический профиль</i>	+
3.1.1	Врач-психиатр психиатрических больниц и домов-интернатов для психически больных с реабилитационными функциями	+
3.1.2	Детский (подростковый) врач-психиатр для оказания помощи учащимся школ-интернатов для детей с психическими нарушениями	+
3.2	<i>Психологический профиль</i>	-
3.2.1	Психолог с реабилитационными функциями и функциями семейного консультирования	-
3.3	<i>Профиль социальной работы</i>	-
3.4	<i>Профиль среднего медицинского персонала</i>	+ -
3.4.1	Средний медицинский персонал психиатрического участка	+
3.4.2	Средний медицинский персонал общежития для психически больных	-
3.4.3	Средний медицинский персонал психосоциальных учреждений (домов-интернатов, домов-инвалидов для психически больных)	+
3.5	<i>Профиль трудового обучения и занятости</i>	+ -
3.5.1	Специалисты в области трудового обучения с высшим и средним специальным профессиональным образованием	-
3.5.2	Специалисты в области трудового обучения без специального образования, выполняющие функции обучения самопомощи, взаимопомощи, навыкам ведения домашнего хозяйства	+
3.6	<i>Юридический профиль</i>	-
3.6.1	Специалист с высшим юридическим образованием, специализирующийся в области гражданского права	-
3.7	<i>Педагогический профиль</i>	+ -
3.7.1	Педагог со специализацией в области дефектологии	+
3.7.2	Педагог со специализацией в области социальной работы (социальный педагог)	-
3.8	<i>Профиль младшего медицинского персонала</i>	+
3.8.1	Младший медицинский персонал со специализацией в области ухода за психически больными-инвалидами	+

Как видно из схемы 3 из 8 профилей рассматриваемого параметра – два представлены полностью:

- врачебно-психиатрический профиль;
- профиль младшего медицинского персонала.

Три профиля представлены частично:

- профиль среднего медицинского персонала;
- профиль трудового обучения и занятости;
- педагогический профиль.

Три профиля не представлены:

- психологический профиль;
- профиль социальной работы;
- юридический профиль.

Из 13-ти специализаций, включенных в рекомендуемую модель стандарта профессиональной спецификации по сектору третичной профилактики фактически представлено – 7 (53,85%) специализаций, а 6 – не представлено (46,15%).

Таким образом, степень соответствия параметра фактической представленности профессиональной спецификации в секторе третичной профилактики служб психического здоровья современным требованиям следует считать недостаточной.

Сопоставление процентного отношения дефицитов соответствия фактического уровня представленности профессиональной спецификации в службах психического здоровья РК (секторы первичной, вторичной, третичной профилактики) рекомендуемому стандарту показывает, что наиболее выраженный дефицит присутствует в секторе первичной профилактики – 77,78%. Далее следует сектор третичной профилактики – дефицит 46,15%. На третьем месте сектор вторичной профилактики – дефицит 43,28%. Полученные

данные свидетельствуют о том, что основные усилия по подготовке профессионалов служб психического здоровья ориентированы на сектор вторичной профилактики – диагностику и лечение психических расстройств. Вопросам качества жизни психически больных, обеспечиваемого профессионалами, действующими в секторе третичной профилактики, а также проблемам формирования высоких уровней психического здоровья в обществе (сектор первичной профилактики) уделяется существенно меньше внимания. Данная интерпретация полученных результатов в полной мере согласуется с распределением дефицитов по врачебно-психиатрическому (33,33%), психотерапевтическому (53,85%), медико-психологическому профилю (59,1%), профилю социальной работы (66,66%). То есть, чем более профессиональный профиль ориентирован на первичную профилактику и повышение качества жизни клиентов служб психического здоровья, тем менее данный профиль фактически представлен в соответствующих службах.

В учетом всего сказанного, общая экспертная оценка, учитывающая соответствующие экспертные заключения по анализу нормативно-предписывающей кадровой спецификации и штатной обеспеченности служб психического здоровья, а также экспертные заключения по фактической профессиональной спецификации в секторах первичной, вторичной и третичной профилактики, представленной в службах психического здоровья, показывает недостаточный уровень соответствия действующего стандарта профессиональной спецификации современным требованиям.

## АНАЛИЗ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИОННОГО СТАНДАРТА, ДЕЙСТВУЮЩЕГО В СЛУЖБАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (сообщение 2)

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

1. Анализ базисных элементов и содержания стандарта квалификационных требований к специалистам, действующим в службах психического здоровья

Анализ квалификационных характеристик специалистов, действующих в службах психического здоровья, представленных в соответствующих программах додипломной и последипломной подготовки, в должностных инструкциях, разрабатываемых в учреждениях рассматриваемого профиля, показывает следующее.

Действующие квалификационные требования составлены без учета фактической профессиональной

спецификации. Они ориентированы на профессиональные профили и не дифференцируются в соответствие с классами и специализациями данных профилей. По имеющимся материалам фактически представлено 7 вариантов квалификационных характеристик по психиатрическому профилю (18 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 61,11%); 4 варианта квалификационных характеристик по психотерапевтическому профилю (15 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 73,33%); 2 варианта аналогичных характеристик по медико-психологическому профилю (23 – в

---

модели рекомендуемого стандарта, дефицит 95,65%); 1 вариант квалификационных характеристик по профилю социальной работы (6 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 83,33%).

Квалификационные требования для высшего и среднего звена психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профилей и профиля социальной работы, предъявляемые стандартом додипломной подготовки, недостаточны по разделам: «Требования по основной дисциплине» в части знаний, охватывающих уровень актуального профессионального поля (знания основных профессиональных стандартов). Кроме того, отмечается дефицит по разделу «Требования по смежным дисциплинам» в части знаний и умений по смежным дисциплинам.

Квалификационные требования для высшего и среднего звена психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профилей и профиля социальной работы, предъявляемые стандартом последипломной подготовки и соответствующими перечнями прав и обязанностей персонала служб психического здоровья, ограничиваются требованиями к основной дисциплине и недостаточны в разделах требований по смежным дисциплинам, требований по основной специализации. В частности, в данных разделах отсутствуют позиции, предусматривающие овладевания знаниями – умениями – навыками в области основных профессиональных стандартов.

Полученные по данному исследовательскому фрагменту данные свидетельствуют, во-первых, о слабой разработанности нормативной базы в области квалификационных стандартов специалистов, действующих в службах психического здоровья. Во-вторых, об отсутствии системного взаимодействия между двумя группами квалификационного стандарта: - стандарта профессиональной спецификации и стандарта собственно квалификационных требований. В третьих, по результатам настоящего исследовательского фрагмента можно сделать вывод о слабой системной взаимосвязи между образовательным стандартом (стандартом образовательных программ) и квалификационным стандартом.

*С учетом сказанного, уровень соответствия параметра базисных элементов и содержания основных разделов собственно квалификационного стандарта современным требованиям следует считать недостаточным.*

2. Анализ и экспертная оценка планируемых результатов реализации квалификационного стандарта

При анализе настоящего параметра учитывается степень соответствия фактических результатов, полученных в ходе реализации действующего стандарта квалификации, разработанной модели данного стандарта.

Следует отметить, что из 4-х групп результатов, планируемых в рекомендуемой модели (распределение ассортимента и повышение качества услуг, производимых службами психического здоровья; повышение профессионального уровня персонала, действующего в службах психического здоровья; повышение качества образовательных программ; опосредованное повышение уровня психического здоровья населения), действующим квалификационным стандартом в неполном объеме достигается вторая группа результатов. Первая, третья и четвертая группы результатов не достигаются. При анализе динамики показателей деятельности служб психического здоровья в направлении обозначенных результатов не возникает каких-либо оснований считать, что в ближайшее время, при существующем положении дел, данные результаты будут достигнуты.

*Следовательно, уровень соответствия параметра планируемых результатов анализируемого стандарта современным требованиям, можно считать недостаточным.*

3. Анализ параметра инструментов и критериев оценки результатов использования квалификационного стандарта

При анализе названного параметра учитывается степень соответствия инструментов и критериев оценки результатов разработки и внедрения квалификационного стандарта современным требованиям.

Так, основным инструментом оценки результатов использования рекомендуемого квалификационного стандарта является многоуровневый мониторинг состояния и уровня психического здоровья населения, включающий разделы, оценивающие объем и качество профессиональной помощи. Предусматривается, также, использование специальных анкет, оценивающих степень профессиональной компетентности специалистов, действующих в службах психического здоровья. Как показывают наши исследования, ни первый, ни второй инструменты оценки результатов не используется в действующем квалификационном стандарте.

*В данной связи, степень соответствия параметра инструментов и критериев оценки результатов использования квалификационного стандарта современным требованиям следует считать недостаточной.*

4. Общая экспертная оценка квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья РК

Общая экспертная оценка действующего квалификационного стандарта учитывает экспертные заключения, выносимые по каждому исследуемому параметру рассматриваемого стандарта:

- определение целевых групп (средняя степень соответствия современным требованиям);
- цели и задачи квалификационного стандарта (недостаточный уровень соответствия современным требованиям);

- 
- базисные элементы и содержание основных разделов стандарта профессиональной спецификации (недостаточный уровень соответствия современным требованиям);
  - базисные элементы и содержание основных разделов собственно квалификационного стандарта (недостаточный уровень соответствия современным требованиям);
  - планируемый результат реализации квалификационного стандарта (недостаточный уровень соответствия современным требованиям);
  - инструменты и критерии оценки результатов использования квалификационного стандарта

(недостаточный уровень соответствия современным требованиям).

С учетом того обстоятельства, что по 5-ти из 6-ти анализируемых параметров был определен недостаточный уровень соответствия современным требованиям, общая экспертная оценка действующего квалификационного стандарта определяется как недостаточный уровень соответствия анализируемого стандарта эталонным требованиям.

Таким образом, по результатам наших исследований можно сделать выводы о необходимости совершенствования квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья Республики Казахстан.

## АНАЛИЗ СТАНДАРТА МОНИТОРИНГА В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

При анализе настоящего стандарта учитывались данные эталонного, нормативного, фактологического блоков материалов в той или иной степени отражающих параметры мониторинга, используемого в системах психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению РК. А также, материалы результативного блока исследования, включающие анализ и экспертуенную оценку мониторинга, используемого в 15 учреждениях психиатрического профиля (3 городских, 11 областных и 1 республиканское) Республики Казахстан.

Настоящий анализ проводился нами по разработанным нами параметрам стандарта мониторинга:

- определение целевых групп;
- определение целей и задач мониторинга в сфере психического здоровья;
- структура и содержание базисных элементов (параметров, профилей, учитываемых признаков) программы мониторинга;
- планируемые результаты использования стандарта мониторинга;
- инструменты и критерии оценки результатов внедрения стандарта мониторинга.

### 1. Предварительное описание общей организации системы мониторирования сферы психического здоровья населения РК

В Республике Казахстан основным способом мониторирования сферы психического здоровья до настоящего времени является система традиционной статистической отчетности психиатрических учреждений, регламентируемая соответствующими ведомственными приказами и инструкциями по заполнению отчетных статистических форм. Основными

структурными подразделениями, реализующими программу заполнения и сведения соответствующих статистических отчетов, являются организационно-методические кабинеты, отделы районного, городского, областного, республиканского уровня. Сводные статистические отчеты, отражающие, в основном, активность психиатрических служб в плане выявления и лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, республиканским организационно-методическим отделом по психиатрии направляются в Министерство здравоохранения РК (отдел психиатрической и наркологической помощи), а также главным специалистам, представляющим службы психического здоровья в регионах.

Таким образом, существующая система мониторинга в сфере психического здоровья населения РК, обслуживает, в основном, узко-ведомственные интересы, имеет относительную информативную ценность и низкие потенциальные возможности в плане выявления истинных тенденций в сфере основного применения. Здесь же следует отметить факт отсутствия единой информационной сети служб психического здоровья РК, что свидетельствует о недостаточных технических кондициях действующей системы мониторинга.

### 2. Анализ стандарта мониторинга по параметру определения целевых групп

Исследования документальных и экспериментальных (15 учреждений) источников, представляющих действующую систему мониторинга в сфере психического здоровья населения РК, показали, что целевыми группами данного стандарта являются:

- группа лиц, имеющих какие-либо проблемы (заболевание, дискомфорт функционального генеза)

в области психического здоровья и получающих в данной связи какую-либо специализированную помощь (в основном - контингент, состоящий на учете в психиатрических учреждениях РК);

- организации и учреждения (в качестве юридических лиц), действующие в сфере психического здоровья, относящиеся к государственному сектору здравоохранения;

- профессионалы (учет штатных единиц и физических лиц), действующие в службах психического здоровья, представляющих государственный сектор здравоохранения РК.

В тоже время, три другие целевые группы, охват которых показывает истинную глубину и масштаб проблемы психического здоровья:

- населения Республики Казахстан, в целом;
- значимые лица (родные и близкие) в окружении пациентов, получающих помощь в службах психического здоровья;
- межведомственные и любые другие (внедомственные) источники информации в сфере психического здоровья населения, охват которых предусмотрен разработанными эталонно-нормативными требованиями - действующим стандартом мониторинга не охватываются.

Следовательно, постоянно присутствуют затруднения в определении истинных характеристик состояния и уровня психического здоровья населения РК, оценке экономических, социальных и гуманистических потерь, несомых обществом в связи с совокупностью проблем, имеющихся в данной сфере. Кроме того, узкий охват целевых групп существующей системой мониторинга не дает возможности для реализации социально-ориентированных исследовательских проектов в сфере психического и психологического здоровья населения, являющихся базой для соответствующих социальных инвестиционных программ.

В связи со всем сказанным, уровень соответствия современным требованиям по параметру и охвата целевых групп стандартом мониторинга в сфере психического здоровья населения РК оценивается как недостаточный.

### 3. Анализ стандарта мониторинга по параметру определения целей и задач

Исследование документального и экспериментального материала, представляющего действующую систему мониторинга в сфере психического здоровья населения РК, показало, что основной целью данной модели сбора информации является определение степени активности служб психического здоровья в плане выявления и лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, а также их представленности (структура, штаты) в соответствие с действующими нормативными требованиями.

Данное определение цели мониторинга существенно расходится с современными требованиями, делающими акцент на эффективное регулирование

процесса планирования услуг и стимуляции социальной активности в плане ресурсной обеспеченности служб психического здоровья.

Следует отметить, что сфера услуг, реализуемых в системе психического здоровья, как и экономические показатели инвестиционной активности государства в данный социальный сектор, не являются предметом действующего стандарта мониторинга (отдельно об этом будет сказано ниже) и, соответственно, не могут быть представлены в его целях.

Основными задачами действующей модели мониторинга являются следующие:

- узко-профильная оценка деятельности служб психического здоровья (главным образом, психиатрической службы), проводимая без учета специфики основных составляющих (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической) и ориентированная, в основном, на сектор вторичной профилактики психических и поведенческих расстройств;

- узковедомственная оценка эффективности служб психического здоровья (принимаются во внимание лишь медицинские критерии эффективности, оцениваемые исполнителями государственного заказа на соответствующий вид помощи);

- доведение полученной информации до высшестоящих (Министерство здравоохранения РК, республиканский организационно-методический отдел по психиатрической помощи) ведомственных структур и главных специалистов на местах.

Таким образом, две другие важнейшие задачи мониторинга:

- многоуровневая оценка состояния психического и психологического здоровья населения и его приоритетных целевых групп (возрастных, гендерных, профессиональных, национальных и т.д.);

- первичный анализ потребностей населения в специализированных услугах служб психического здоровья - остаются невыполненными. Кроме того, зауженный объем трех, выполняемых в рамках действующего стандарта мониторинга, задач оставляет в стороне такие важные информационные потребности, как многоаспектная специфика деятельности систем психотерапевтической и медико-психологической помощи населению РК; объем и качество реализации услуг в секторах первичной, вторичной и третичной профилактики; структура и штаты учреждений, реализующих программы первичной и третичной профилактики (включая частные учреждения и НПО); экономические, социальные показатели, а также показатели, оценивающие качество жизни пациентов, их родных и близких, используемые как объективные критерии эффективности деятельности служб психического здоровья. В результате всего сказанного не возникает адекватного предмета для информационного обмена в сфере психического здоровья

населения РК между основными потребителями такого рода информации – главными агентами социального развития (политические, научные, культурные элиты, представители законодательной, исполнительной ветви власти, системы образования, воспитания, СМИ и т.д.).

С учетом изложенного, уровень соответствия параметра целей и задач действующей системы мониторинга в сфере психического здоровья населения РК современным эталонно-нормативным требованиям оценивается как недостаточный.

#### 4. Анализ стандарта мониторинга по критериям структуры и содержания базисных элементов (профилей, параметров, учитываемых признаков)

Исследование документальной и экспериментальной базы, представляющей действующую систему мониторинга в сфере психического здоровья населения РК, позволило установить, что из 4 основных профилей, предусматриваемых эталонным стандартом, в действующем стандарте профиль государственной активности в сфере психического здоровья населения полностью отсутствует. Три других профиля: профиль масштаба проблемы психического здоровья и уровня распространения психических расстройств; профиль основных характеристик процесса деятельности служб психического здоровья; профиль основных характеристик результата деятельности служб психического здоровья представлены лишь частично. Таким образом, получает подтверждение тезис о несостоительности действующего стандарта мониторинга в отношении важнейшей функции – связующего моста и обратной связи между основными агентами, действующими в социальной сфере РК и службами психического здоровья.

Из 15 параметров, предусматриваемых эталонным стандартом в действующей модели мониторинга, полностью отсутствуют следующие параметры:

- параметр государственной политики в сфере психического здоровья населения (учет разработанных базисных документов, представляющих основу соответствующей нормативной базы);
- параметр инвестиционной активности государства в сфере психического здоровья населения;
- параметр спецификации государственных инвестиций по основным блокам службы психического здоровья;
- параметр спецификации государственных инвестиций по профилям профилактики в сфере психического здоровья;
- параметр спецификации государственных инвестиций по основным статьям расходов, несомых в связи с обеспечением психического здоровья населения;
- параметр определения уровня социального психического здоровья;
- параметр определения уровня социального психологического здоровья;

- параметр обеспеченности услугами (секторы первичной, вторичной, третичной профилактики, экспертных услуг).

Итого – 8 параметров, то есть более половины от рекомендуемого стандарта.

Следующие параметры действующей модели мониторинга представлены лишь частично:

- параметр кадровой обеспеченности;
- параметр структурной обеспеченности;
- параметр дополнительных характеристик интенсивности и объема оказываемой помощи в сфере психического здоровья населения;
- параметр оценки результатов деятельности в секторе первичной профилактики (конечные индикаторы);
- параметр оценки результатов деятельности в секторе вторичной профилактики (конечные индикаторы);
- параметр оценки результатов деятельности в секторе третичной профилактики.

Итого – 6 параметров из 15, рекомендуемого стандарта мониторинга.

Полностью представлен лишь 1 параметр мониторинга:

- параметр распространенности психической патологии среди населения.

При этом следует иметь в виду, что результаты, получаемые по данному параметру, отражают отнюдь не истинное положение дел в отношении первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК (действующая модель мониторинга не предусматривает проведение масштабных эпидемиологических исследований по данному важнейшему направлению). Имеющаяся информация, в основном, отражает итоги пассивной обращаемости населения. Соответственно, объемная картина уровней и структуры (нозологическая представленность отдельных групп психических и поведенческих расстройств) психического здоровья населения РК существенно искажается.

Из 96 учитываемых в рекомендуемом стандарте мониторинга признаков, в действующем стандарте отсутствуют 59, присутствуют 36 и один признак представлен частично. Таким образом, более 62,1% информации, необходимой для адекватной презентации ситуации в области психического здоровья, в действующем стандарте мониторинга не исследуется и, соответственно, не оценивается.

Кроме того, в действующей схеме в должной степени не дифференцированы региональные (район, город, область, республика) и профессиональные (психиатрическая, психотерапевтическая, медико-психологическая службы) аспекты получаемой информации.

Итоговая схема соответствия исследуемой и рекомендуемой модели стандарта мониторинга (схема 1) показывает, что по своим качественным характеристикам (представленность основных профилей

и параметров), а также количественным характеристикам (представленности основных учитываемых признаков) структуры и содержания базисных элементов, действующий стандарт мониторинга в сфере психического здоровья не может претендовать на общую позитивную оценку.

Таким образом, с учетом всего сказанного, общий уровень соответствия структуры и содержания базисных элементов действующего стандарта мониторинга современным требованиям следует оценить как недостаточный.

Схема 1

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан*

Номер индикатора	Профиль параметры и обозначение индикаторов	Населенный пункт	регион	Республика
1	<b>Профиль государственной активности в сфере психического здоровья населения</b>	—	—	—
1.1	<i>Параметр государственной политики в сфере психического здоровья населения (разработанный базисный документ и соответствующая нормативная база)</i>	—	—	—
1.1.1	Наличие структурированной и развивающей законодательной базы в сфере психического здоровья	—	—	—
1.1.2	Наличие адекватной государственной программы активного формирования психического здоровья населения и совершенствования психологической помощи	—	—	—
1.1.3	Наличие адекватной государственной программы совершенствования психотерапевтической помощи	—	—	—
1.1.4	Наличие адекватной государственной программы совершенствования психиатрической помощи населению	—	—	—
1.1.5	Наличие адекватного ведомственного (базисного) приказа, определяющего структуру и регламент деятельности (организационный стандарт); технологии (стандарты услуг); штаты, основной профиль и кратность специального обучения, объем профессиональных требований по каждой специальности (профессиональный и образовательный стандарты) в системе психологической помощи населению	—	—	—
1.1.6	Наличие адекватного ведомственного (базисного) приказа, определяющего структуру и регламент деятельности (организационный стандарт); технологии (стандарты услуг); штаты, основной профиль и кратность специального обучения, объем профессиональных требований по каждой специальности (профессиональный и образовательный стандарты) в системе психотерапевтической помощи населению	—	—	—
1.1.7	Наличие адекватного ведомственного (базисного) приказа, определяющего структуру и регламент деятельности (организационный стандарт); технологии (стандарты услуг); штаты, основной профиль и кратность специального обучения по каждой специальности (профессиональный и образовательный стандарты) в системе психиатрической помощи населению	—	—	—
1.2	<i>Параметр инвестиционной активности государства в сфере психического здоровья населения</i>	—	—	—
1.2.1	Инвестиции (расходы, затраты государственных средств в расчете на 1 жителя)	—	—	—
1.2.2	Инвестиции (расходы, затраты государственных средств в расчете на 1 учтенного пациента)	—	—	—
1.2.3	Инвестиции (расходы, затраты государственных средств на 1 пролеченного в течение года психически больного)	—	—	—
1.3	<i>Параметр спецификации государственных инвестиций по основным блокам службы психического здоровья (высчитывается по позициям раздела 1.2)</i>	—	—	—
1.3.1	Государственные инвестиции в систему медико-психологической и консультативно-психологической помощи населению	—	—	—
1.3.2	Государственные инвестиции в систему психотерапевтической помощи населению	—	—	—
1.3.3	Государственные инвестиции в систему психиатрической помощи населению	—	—	—

<b>Номер индикатора</b>	<b>Профиль параметры и обозначение индикаторов</b>	<b>Населенный пункт</b>	<b>регион</b>	<b>Республика</b>
1.4	<i>Параметр спецификации государственных инвестиций по профилям профилактики в сфере психического здоровья (высчитывается по позициям раздела 1.2)</i>	—	—	—
1.4.1	Спецификация государственных инвестиций по профилю первичной профилактики в сфере психического здоровья	—	—	—
1.4.2	Спецификация государственных инвестиций по профилю вторичной профилактики в сфере психического здоровья	—	—	—
1.4.3	Спецификация государственных инвестиций по профилю третичной профилактики в сфере психического здоровья	—	—	—
1.5	<i>Параметр спецификации государственных инвестиций по основным статьям расходов, несомых в связи с обеспечением психического здоровья населения (высчитывается по позициям раздела 1.2)</i>	—	—	—
1.5.1	Расходы, связанные с организацией рабочих мест (материально-технические ресурсы)	—	—	—
1.5.2	Расходы, связанные с подготовкой и содержанием кадров (кадровые ресурсы)	—	—	—
1.5.3	Расходы, связанные с разработкой и внедрением новых технологий (информационно-технологические ресурсы)	—	—	—
1.5.4	Расходы, связанные с текущей деятельностью (оперативные ресурсы)	—	—	—
2	<b>Профиль масштаба проблемы психического здоровья и уровня распространения психических расстройств</b>	+ —	+ —	+ —
2.1	<i>Параметр определения уровня социального психического здоровья</i>	—	—	—
2.1.1	Распределение населения по уровням психического здоровья (группы: психически здоровых, повышенного риска развития психической патологии, предболезни, болезни с признаками компенсации, болезни с признаками декомпенсации) по результатам специального социологического мониторинга	—	—	—
2.1.2	Определение основных экономических индикаторов, отражающих уровень психического здоровья населения спЦПЗ (совокупный показатель цены психического здоровья); спЦПБ (совокупный показатель цены психических болезней); уэпУПЗ (универсальный экономический показатель уровня психического здоровья)	—	—	—
2.2	<i>Параметр определения уровня социального психологического здоровья</i>	—	—	—
2.2.1	Распределение населения по уровням психологического здоровья (группы: с высоким, средним и низким уровнями психологического здоровья) по результатам специального социологического мониторинга	—	—	—
2.2.2	Определение специальных социальных индикаторов, отражающих уровень психологического здоровья населения (динамика развития семьи: показатель браков, разводов, неполных семей; преступность; суициды); ИРГП (индикатор развития человеческого потенциала)	—	—	—
2.3	<i>Параметр распространенности психической патологии среди населения (эпидемиологические характеристики)</i>	+	+	+
2.3.1	Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в общей популяции	+	+	+
2.3.2	Общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в общей популяции	+	+	+
2.3.3	Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения	+	+	+
2.3.4	Общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения	+	+	+
2.3.5	Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди подросткового населения	+	+	+
2.3.6	Общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди подросткового населения	+	+	+
3	<b>Профиль основных характеристик процесса деятельности служб психического здоровья</b>	+ —	+ —	+ —
3.1	<i>Параметр кадровой обеспеченности</i>	+ —	+ —	+ —
3.1.1	Обеспеченность системы психиатрической помощи врачами психиатрами	+	+	+

<b>Номер индикатора</b>	<b>Профиль параметры и обозначение индикаторов</b>	<b>Населенный пункт</b>	<b>регион</b>	<b>Республика</b>
3.1.2	Обеспеченность системы психиатрической помощи психотерапевтами	+	+	+
3.1.3	Обеспеченность системы психиатрической помощи психологами	-	-	-
3.1.4	Обеспеченность системы психиатрической помощи специалистами в области социальной работы	-	-	-
3.1.5	Обеспеченность системы психиатрической помощи средним медицинским персоналом	-	-	-
3.1.6	Обеспеченность системы психиатрической помощи младшим медицинским персоналом	-	-	-
3.1.7	Обеспеченность системы психиатрической помощи специалистами в области трудового обучения и занятости	-	-	-
3.1.8	Обеспеченность системы психиатрической помощи специалистами в области права (юристами)	-	-	-
3.1.9	Обеспеченность системы психиатрической помощи специалистами педагогического профиля (социальными педагогами логопедами)	-	-	-
3.1.10	Обеспеченность системы психотерапевтической помощи населению специалистами психотерапевтами	+	+	+
3.1.11	Обеспеченность системы медико-психологической помощи населению специалистами в области клинической психологии и психологического консультирования	-	-	-
3.2	<i>Параметр структурной обеспеченности</i>	+ -	+ -	+ -
3.2.1	Психиатрические больницы	-	+	+
3.2.2	Психоневрологические диспансеры	-	+	+
3.2.3	Психиатрические отделения в общей лечебной сети	+	+	+
3.2.4	Специализированные отделения для взрослых	-	+	+
3.2.5	Детские отделения	-	+	+
3.2.6	Коечный фонд психиатрических стационаров всего, в том числе взрослых (обеспеченность койками)	+	+	+
3.2.7	Детские психиатрические койки (обеспеченность)	-	+	+
3.2.8	Психиатрические кабинеты, в том числе специализированные	+	+	+
3.2.9	Специализированные психиатрические бригады	-	+	+
3.2.10	Психотерапевтические отделения (стационарные)	-	+	+
3.2.11	Психотерапевтические отделения (диспансерные)	-	+	+
3.2.12	Психотерапевтические кабинеты	-	+	+
3.2.13	Специализированные психотерапевтические центры	-	-	-
3.2.14	Кабинеты и центры медико-психологического консультирования	-	-	-
3.2.15	Лечебно-трудовые мастерские	-	+	+
3.2.16	Дневные стационары	-	+	+
3.2.17	Ночные стационары	-	-	-
3.2.18	Психоневрологические учреждения	+	+	+
3.2.19	Специальные школы	-	-	-
3.2.20	Общежития для психически больных, потерявших связь с родственниками	-	-	-
3.2.21	Пункты питания для психически больных с социальными проблемами	-	-	-
3.2.22	Пункты ночлега для психически больных с социальными проблемами	-	-	-
3.3	<i>Параметр обеспеченности услугами</i>	-	-	-
3.3.1	Ассортимент услуг сектора первичной профилактики в сфере психического здоровья населения (оценивается в соответствии с утвержденным классификатором услуг сектора первичной профилактики по отдельной, прилагаемой схеме)	-	-	-
3.3.2	Доступность (охват) услуг сектора первичной профилактики в сфере психического здоровья населения (оценивается в соответствии с результатами анализа заполнения графы доступности в утвержденном классификаторе услуг сектора первичной профилактики по отдельной, прилагаемой схеме)	-	-	-
3.3.3	Ассортимент услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения (оценивается в соответствии с утвержденным классификатором услуг сектора вторичной профилактики по отдельной, прилагаемой схеме)	-	-	-
3.3.4	Доступность услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения (оценивается в соответствии с результатами анализа заполнения специальной графы в утвержденном классификаторе услуг сектора вторичной профилактики по отдельной, прилагаемой схеме)	-	-	-

<b>Номер индикатора</b>	<b>Профиль параметры и обозначение индикаторов</b>	<b>Населенный пункт</b>	<b>регион</b>	<b>Республика</b>
3.3.5	Ассортимент услуг сектора третичной профилактики в сфере психического здоровья населения (оценивается в соответствии с утвержденным классификатором услуг сектора третичной профилактики по отдельной, прилагаемой схеме)	—	—	—
3.3.6	Доступность (охват) услуг сектора третичной профилактики в сфере психического здоровья населения (оценивается в соответствии с результатами анализа заполнения специальной графы в утвержденном классификаторе услуг сектора третичной профилактики по отдельной, прилагаемой схеме)	—	—	—
3.3.7	Ассортимент услуг сектора проведения специального мониторинга и экспертизы в сфере психического здоровья населения (оценивается в соответствии с утвержденным классификатором услуг сектора специального мониторинга и экспертизы по отдельной, прилагаемой схеме)	—	—	—
3.3.8	Доступность услуг сектора специального мониторинга и экспертизы в сфере психологического здоровья населения (оценивается в соответствии с утвержденным классификатором услуг сектора специального мониторинга и экспертизы по отдельной, прилагаемой схеме)	—	—	—
3.4	<i>Параметр дополнительных характеристик интенсивности и объема оказываемой помощи в сфере психического здоровья населения</i>	+ —	+ —	+ —
3.4.1	Показатель госпитализации лиц с психическими и поведенческими расстройствами (общее количество пациентов, получивших профильное лечение в течение года в психиатрическом стационаре; показатель госпитализации от общего числа психически больных, состоящих на учете)	+	+	+
3.4.2	Количество пациентов – психически больных (абсолютное и по отношению к общему числу пациентов, состоящих на учете), получавших лечение в амбулаторных условиях, условиях дневного и ночного стационаров	+	+	+
3.4.3	Количество пациентов, пользованных в течение года в психотерапевтических стационарах	—	—	—
3.4.4	Количество пациентов, пользованных в течение года в психотерапевтических диспансерах, центрах, кабинетах	—	—	—
3.4.5	Количество пациентов, пользованных в течение года в кабинетах (центрах) медико-психологической консультации	—	—	—
3.4.6	Показатели занятости и оборота койки в психиатрических и психотерапевтических стационарных отделениях, дневных иочных стационарах	+ —	+ —	+ —
4	<b>Профиль основных характеристик результата деятельности служб психического здоровья</b>	+ —	+ —	+ —
4.1	<i>Параметр оценки результатов деятельности в секторе первичной профилактики (конечные индикаторы)</i>	+ —	+ —	+ —
4.1.1	Оценка динамики индикаторов, определяющих уровни психического здоровья населения (групп: психически здоровых, высокого риска развития психической патологии, предболезни, компенсированной психической патологии, декомпенсированной психической патологии)	—	—	—
4.1.2	Оценка динамики основных экономических индикаторов, отражающих уровни психического здоровья населения (спЦПЗ; спЦПБ; уэпУПЗ)	—	—	—
4.1.3	Оценка динамики индикаторов, определяющих уровни психологического здоровья населения (групп: с высоким, средним и низким уровнями психологического здоровья)	—	—	—
4.1.4	Оценка динамики специальных социальных индикаторов (показатели развития института семьи: браки, разводы, неполные семьи, преступность, суициды)	—	—	—
4.1.5	Оценка динамики показателей распространения психической патологии во всех возрастных группах населения	+	+	+
4.1.6	Оценка динамики распространения наркологической патологии во всех возрастных группах населения	+	+	+
4.2	<i>Параметр оценки результатов деятельности в секторе вторичной профилактики (конечные индикаторы)</i>	+ —	+ —	+ —
4.2.1	Показатель длительности пребывания на стационарной койке	+	+	+
4.2.2	Показатель длительности пребывания на амбулаторном лечении	+	+	+

<b>Номер индикатора</b>	<b>Профиль параметры и обозначение индикаторов</b>	<b>Населенный пункт</b>	<b>регион</b>	<b>Республика</b>
4.2.3	Показатель направления на повторное лечение в течение года (стационарное, амбулаторное)	+	+	+
4.2.4	Показатель выхода на первичную инвалидность в течение года	+	+	+
4.2.5	Оценка динамики контингента инвалидов по психическому заболеванию	+	+	+
4.2.6	Показатель динамики учета лиц с психическими и поведенческими расстройствами (количество взятых на учет, количество снятых с учета в связи с улучшением и выздоровлением)	+	+	+
4.2.7	Оценка динамики экономических показателей, отражающих конечную эффективность деятельности служб психического здоровья (показатель ук ЭФ – универсальный коэффициент эффективности)	-	-	-
4.2.8	Оценка качества жизни психически больных получающих стационарное, амбулаторное и поддерживающее лечение по профилю вторичной профилактики, а также качества жизни пациентов, находящихся в состоянии ремиссии (проводится по специальной методике)	-	-	-
4.2.9	Оценка качества жизни родственников и близких, проживающих совместно с психически больными, получающими помощь по профилю вторичной профилактики, проводимая по специальной методике	-	-	-
4.3.	<i>Параметр оценки результатов деятельности в секторе третичной профилактики</i>	+ -	+ -	+ -
4.3.1	Показатель динамики инвалидности по психическому заболеванию в течение года (снятие инвалидности и возвращение к труду)	+	+	+
4.3.2	Показатель общественно-опасных действий (правонарушений) совершенных психически больными	+	+	+
4.3.3	Оценка качества жизни психически больных, получающих помощь по профилю третичной профилактики в сфере психического здоровья, проводится по специальной методике	-	-	-
4.3.4	Оценка качества жизни родственников и близких, проживающих с психически больными, получающими помощь по профилю третичной профилактики в сфере психического здоровья, проводимая по специальной методике	-	-	-

## 5. Анализ стандарта мониторинга по параметру планируемых результатов

Наши исследования позволили установить, что ни один из результатов, планируемых за счет реализации восходящей, горизонтальной и нисходящей функциональной активности рекомендуемого стандарта мониторинга:

- активизация и соответствующее информационное обеспечение процесса системного планирования услуг (ассортимент, объем, качество) в сфере психического здоровья населения;

- активизация процесса обеспеченности потребностей населения в специализированных услугах за счет перераспределения социальных ресурсов и адекватного системного планирования - действующей системной стандарты мониторинга не предусматривался.

Таким образом, степень соответствия действующего стандарта мониторинга современным требованиям по данному параметру следует оценить как недостаточную.

## 6. Анализ стандарта мониторинга по параметру инструментов и критерии оценки результатов внедрения стандарта мониторинга

Наши исследованиями установлено, что действующий стандарт мониторинга не содержит самодостаточных механизмов и инструментов оценки эффективности внедрения программы мониторинга. В нем не находится места для встроенных стандартов услуг (сектор первичной, вторичной, третичной профилактики и экспертных услуг), квалификационного, организационного стандарта, а также для индикаторов, оценивающих качество жизни пациентов и их родственников. Отсутствуют и показатели инвестиционной активности государственных структур в сфере психического здоровья населения, по которым можно судить об эффективности восходящей функции стандарта мониторинга.

Таким образом, степень соответствия действующего стандарта мониторинга по параметру инструментов и критерии оценки результатов внедрения программ мониторинга современным требованиям следует оценить как недостаточную.

## 7. Общая экспертная оценка стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения РК

Общая оценка действующего стандарта мониторинга учитывает экспертные заключения, выносимые

---

по каждому исследуемому параметру рассматривающемуся стандарту.

С учетом того обстоятельства, что по всем анализируемым параметрам был выведен недостаточный уровень соответствия действующего стандарта мониторинга современным требованиям, общая экспертная оценка также устанавливает, в целом, недостаточный уровень соответствия

анализируемого стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения РК, современным эталонно-нормативным требованиям.

По результатам настоящего исследования можно сделать выводы о необходимости совершенствования стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан.

## **КОНЦЕПЦИЯ И МОДЕЛЬ СИСТЕМНО-РАЗВИВАЮЩЕГО СТАНДАРТА В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

### *1. Основные ориентиры формирования национальных стандартов в сфере психического здоровья в Республике Казахстан*

Наши исследования основных тенденций в развитии служб психического здоровья позволили четко сформулировать как международные, так и национальные ориентиры для разработки стандартов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической).

К первым ориентирам, отраженным в главных документах, по проблемам психического здоровья (Десять основных принципов ВОЗ в законодательстве о психическом здоровье; Резюме Мадридской декларации в сфере психического здоровья; 10 рекомендаций для достижения более высоких уровней психического здоровья, опубликованных в докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», ВОЗ, 2001; Стратегия и политика Всемирной Психиатрической Ассоциации, опубликованная в резюме Всемирного психиатрического конгресса в Йокогаме в 2002 г.), относятся следующие:

- выведение служб психического здоровья в национальные приоритеты;
- осуществление многоуровневого мониторинга состояния и служб психического здоровья населения;
- разработка национальной политики и законодательства в области психического здоровья населения;
- разработка программы реформ в организации служб психического здоровья;
- развитие материально-технических ресурсов соответствующих служб;
- развитие кадровых ресурсов в службах психического здоровья;
- повышенное внимание научно-информационному обеспечению процессов развития служб психического здоровья, нормативной базы и законодательства в данной области;

- ориентация на потребности пациента, его семьи и близких в связи с проблемами в сфере психического здоровья;

- ориентация на запросы общества в связи с проблемами в сфере психического здоровья.

Ко вторым (национальным) ориентирам следует отнести:

- тенденции к расширению ассортимента и повышению качества услуг в секторе здравоохранения Республики Казахстан;
- многообразие организационных форм профильной помощи населению;
- регулярный, многоуровневый мониторинг эффективности;
- сохранение и развитие традиций аргументированного клинического подхода;
- сохранение и развитие традиций многоуровневого обслуживания пациентов (внедиспансерное, диспансерное, стационарное);
- централизация служб психического здоровья в разумных пределах с обоснованным расширением их представительства в общей сети учреждений здравоохранения и социальных учреждений.

Данные ориентиры формируют общий контекст разработки национального стандарта в сфере психического здоровья населения, призванного существенно повысить эффективность деятельности служб психического здоровья в Республике Казахстан.

### *2. Концепция и модели национальных стандартов в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан*

В настоящем разделе нами рассматриваются два класса понятий: общее (концептуальное) понятие системно-развивающего стандарта и частное понятие нормативного стандарта, используемое в деятельности служб психического здоровья.

Концептуальное понятие системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья определяется нами как «нормативно-заданная (дифференцированная и упорядоченная), согласованная

(взаимообуславливающая, взаимодополняющая, взаимопотенцирующая) активность служб психического здоровья, направленная на эффективное достижение результатов, предусмотренных настоящим стандартом».

В нашем случае достигается результат, обозначенный в цели исследования: «расширения ассортимента и повышение качества услуг, оказываемых в сфере психического здоровья населения».

Как понятно из вышеприведенного определения, такой результат достигается за счет существенного повышения эффективности нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья.

Таким образом, основной смысл и практическая цель формирования концепции системно-развивающегося стандарта заключается в повышении эффективности процессов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья за счет привнесения и активизации элементов системного (нормативно-упорядоченного) взаимодействия.

Следовательно, системное взаимодействие элементов концептуально-обобщенного понятия стандарта, обеспечивающее искомую эффективность служб психического здоровья, и будет являться функциональным стержнем и основным предметом разработки данной концепции.

Под узко-функциональным (частным) определением стандарта в сфере психического здоровья мы понимаем утвержденный нормативный документ, в котором устанавливаются общие принципы, характеристики, правила и содержание различных аспектов деятельности служб психического здоровья, многократное использование которых закономерно приводит к планируемому результату.

В соответствие с основными положениями нашей концепции, системное планирование взаимопотенцирующих результатов, закономерно получаемых за счет реализации специально разработанных (с учетом данного принципа), стандартов, столь же закономерно приводит к улучшению конечных результатов в сфере психического здоровья населения.

Следовательно, системное планирование содержания и результатов узко-функциональных стандартов является конечной целью реализации данной концепции.

### *3. Система функциональных стандартов в сфере психического здоровья населения*

В настоящем разделе нами описываются виды, область применения, структура и функции стандартов, регулирующих деятельность служб психического здоровья, системные принципы их взаимодействия.

#### *3.1. Виды стандартов в сфере психического здоровья*

Нами выделяются следующие виды стандартов:

- стандарт мониторинга ситуации в сфере психического здоровья в Республике Казахстан (мониторинг психического здоровья населения, мониторинг служб психического здоровья);

- стандарт национального приоритета в сфере психического здоровья (отражаемый в главных программных и законодательных документах Республики);

- стандарт услуг, реализуемых службами психического здоровья населения;

- профессиональный (квалификационный) стандарт специалистов, действующих в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению;

- образовательный стандарт (стандарт программ додипломной и последипломной подготовки специалистов, в сфере психического здоровья);

- организационный стандарт (стандарт структуры, основных технологий, кадровой спецификации и штатной обеспеченности, материально-технического и финансового обеспечения деятельности служб).

#### *3.2. Область применения, структура и функции стандартов, регулирующих деятельность служб психического здоровья*

Область применения описываемых стандартов – сфера психического здоровья населения; система социальных и профессиональных отношений, регулирующих деятельность служб психического здоровья; процессы управления ситуацией в области психического здоровья населения.

Структура стандартов в области психического здоровья населения содержит следующие элементы:

1) определение целей и задач стандарта

2) определение субъектов и объектов (целевые группы) вовлекаемых в функциональную активность определенного стандарта

3) определение обязательных базисных элементов, образующих функциональный «каркас» стандарта

4) определение конкретного содержания каждого базисного элемента

5) определение результатов, которые планируется достичь с использованием данного стандарта

6) определение инструментов и критериев оценки данного результата.

Общей функцией описываемых стандартов является обеспечение системного планирования содержания и результатов деятельности соответствующих служб, инициирующего конструктивную динамику промежуточных и конечных индикаторов в сфере психического здоровья населения.

Специальные функции рассматриваемых стандартов зависят от структуры каждого из них.

#### *3.3. Принципы системного взаимодействия стандартов в сфере психического здоровья*

Общий алгоритм активности служб психического здоровья задается стандартной организационной схемой, куда входят следующие блоки:

1) Процесс определения открытых и скрытых потребностей населения в сфере психического здоровья (предполагает активное использование многоуровневого мониторинга по широкому спектру проблем);

2) Процесс нормативного планирования (предполагает а) разработку ассортимента и расчет необходимого объема услуг; б) разработку квалификационных требований основных исполнителей (профессионалов, действующих в службах психического здоровья); в) разработку соответствующих программ подготовки персонала; г) расчет потребностей в структурном, кадровом, технологическом и материально-финансовом обеспечении);

3) Процесс организации воспроизведения запланированного спектра и объема услуг для нуждающихся групп населения с привлечением всех имеющихся ресурсов (предполагает использование структурных, технологических, штатных, материально-финансовых нормативов);

4) Процесс реализации запланированного объема услуг в требуемом ассортименте и качестве (предполагается акцент на квалификационные требования к основным исполнителям (персоналу), акцент на соблюдении технологий реализации конкретных услуг, что также, в основном, обеспечиваются качеством подготовки персонала);

5) Процесс изменения состояния и качества жизни основных потребителей услуг (пациентов), а также их родственников и близких (предполагает активное использование многоуровневого мониторинга с акцентом на результативный – фиксирующий степень удовлетворенности специализированными услугами, степень изменения статуса основных пользователей, включая качество жизни – полюс).

Таким образом, замыкается внутренний вектор активности служб психического здоровья (схема 1).

Существует (выделяется нами) и внешний вектор активности, отраженный на схеме 2. Здесь обозначены следующие позиции:

1) Процесс определения основных тенденций, масштабов и содержания проблемы психического здоровья в обществе (предполагает использование регулярного, многоспектрального мониторинга состояния и уровня социального психического здоровья);

2) Процесс активизации общественного мнения и генерации соответствующей активности государственных структур, ответственных за социальное развитие и общественное здоровье (предполагает использование адекватных информационных технологий);

3) Процесс разработки приоритетов в области психического здоровья населения, зафиксированных в программах и законодательных документах государственного значения (предполагает использование определенного нормативного стандарта, спроектированного для такого рода документов);

4) Процесс ресурсного обеспечения деятельности служб психического здоровья в соответствие с утвержденными приоритетами в данной сфере (предполагает активное использование программных нормативов материально-технического, финансового, кадрового, технологического обеспечения служб психического здоровья).

Таким образом, взаимодействие и взаимопотенцирование внутреннего и внешнего векторов активности служб психического здоровья дают общий масштаб и качество такого рода активности, сопоставимые с масштабами и глубиной спектра проблем психического здоровья населения.

В последовательной схеме (схема 3) взаимообусловленности, взаимозависимости и взаимопотенцирования рассматриваемых стандартов в сфере психического здоровья населения, данные основные принципы системного взаимодействия специально не выделяются, поскольку рассматриваются нами исключительно в конструктивном (синергетическом) ключе, обеспечивающем однополюсную направленность данных процессов.

Из приведенной выше схемы следует, что стандарты мониторинга должны в полной мере учитывать состояние и уровень психического здоровья населения, потребности в специализированных видах помощи (восходящая функция стандарта мониторинга). В то же время, четко спланированный стандарт мониторинга психического здоровья прямо формирует основные позиции стандарта услуг (ассортимент, объем, спецификация и т.д.), поскольку определяет дифференцированные потребности населения в специализированной помощи (нисходящая функция). Следовательно, взаимодействуя с детально разработанным стандартом услуг, стандарт мониторинга эффективно регулирует ассортимент и объем услуг, производимых соответствующими службами психического здоровья (горизонтальная функция).

Стандарт услуг в нашей схеме, является составной частью программы мониторинга (восходящая функция), формирует квалификационный стандарт специалистов соответствующих служб психического здоровья: психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической, наркологической (нисходящая функция). Совместно со стандартом мониторинга обеспечивает эффективное регулирование ассортимента и объема услуг, производимых службами психического здоровья. Совместно с квалификационным стандартом регулирует объем и качество услуг, производимых в данном секторе (горизонтальные функции).

Квалификационный стандарт поддерживает исполнение требуемого стандарта услуг (восходящая функция). Формирует стандарт образовательных программ (нисходящая функция). Совместно со стандартом услуг регулирует объем и качество услуг, производимых службами психического здоровья. Совместно с образовательным стандартом регулирует качество услуг (горизонтальные функции).

Образовательный стандарт обеспечивает выполнение квалификационного стандарта (восходящая функция). Регулирует соответствующие аспекты деятельности организационного стандарта (нисходящая функция). Совместно с квалификационным

Схема 1

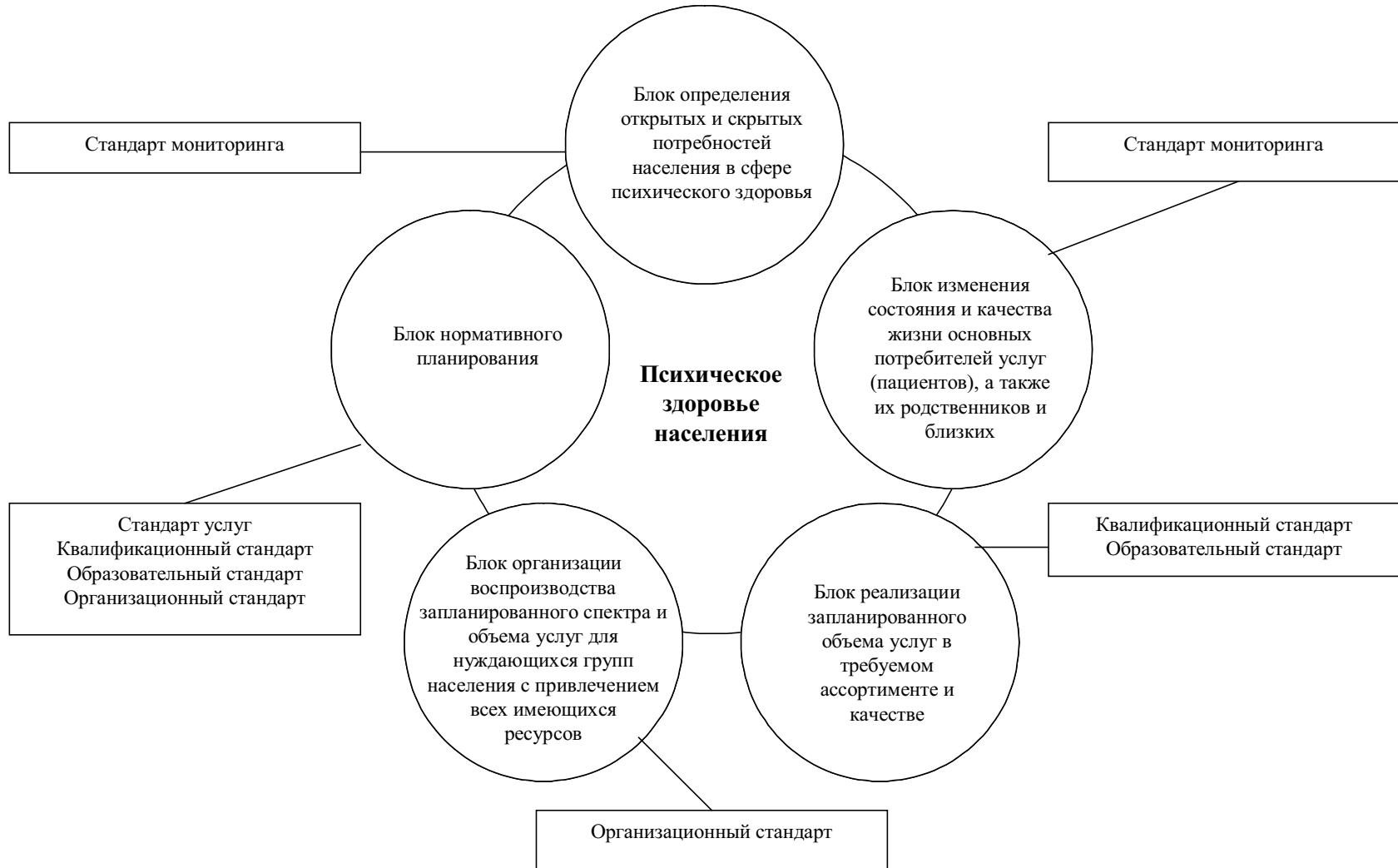
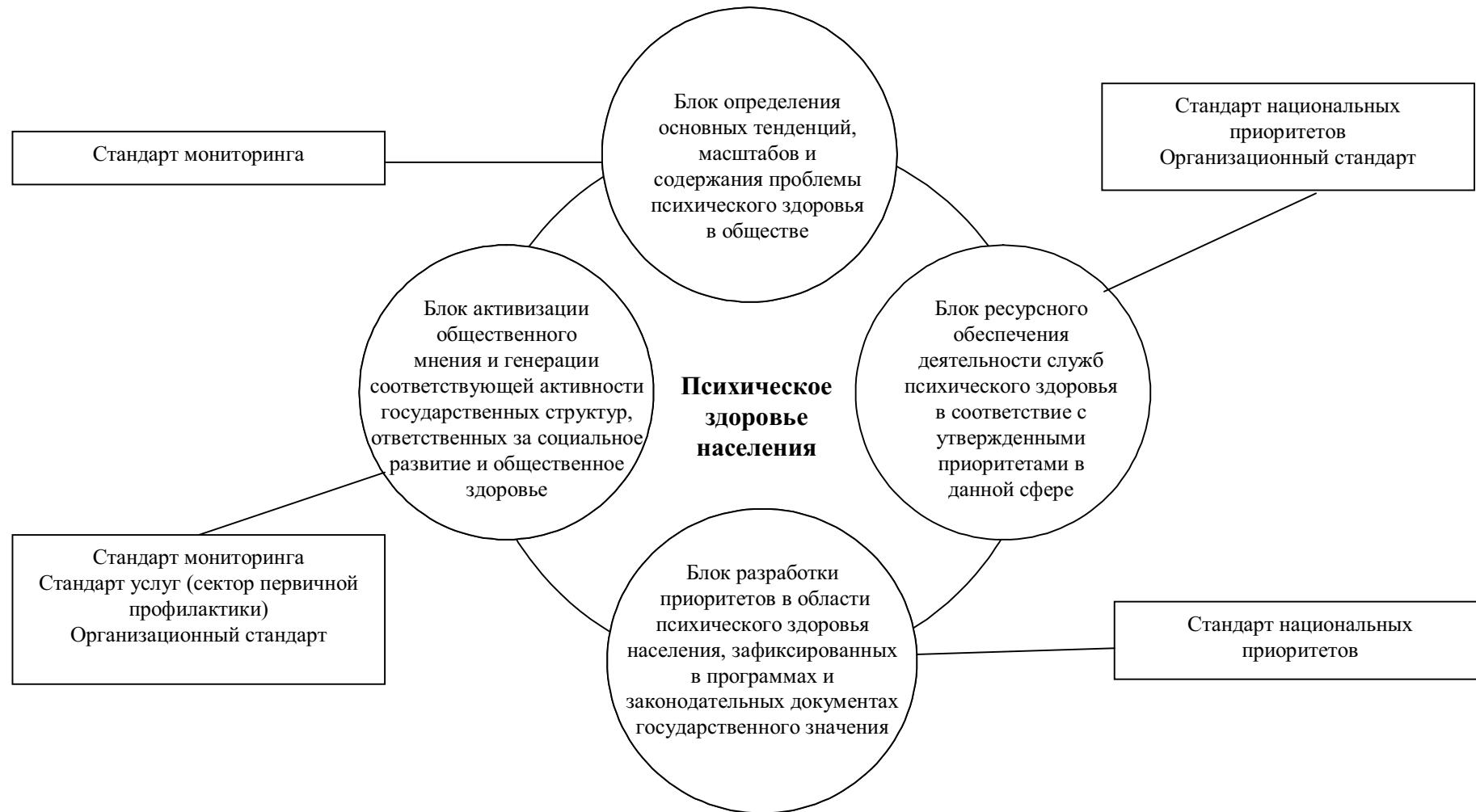
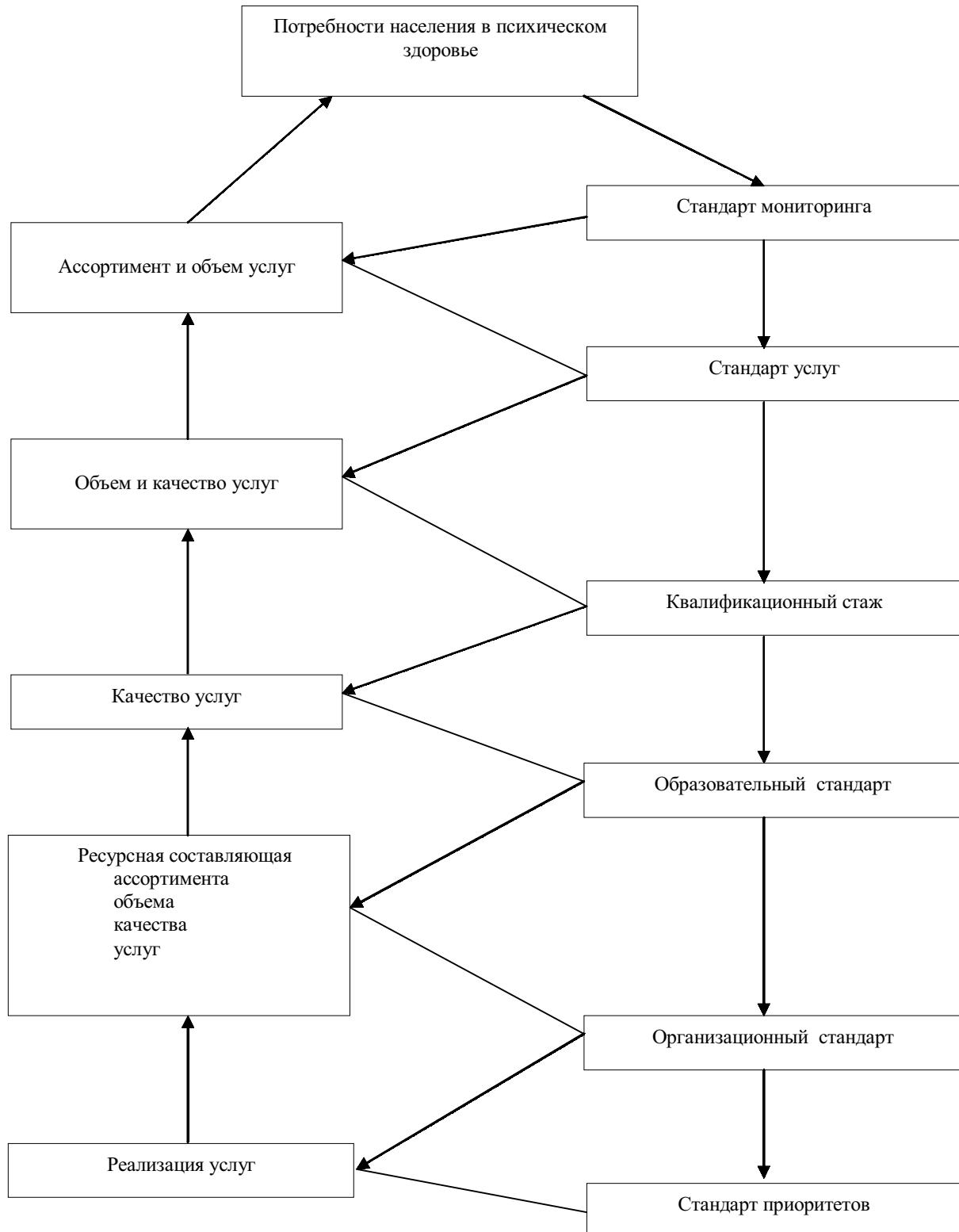
*Внутренний вектор и общий алгоритм активности служб психического здоровья*

Схема 2

*Внешний вектор и общий алгоритм активности служб психического здоровья*



*Схема системного взаимодействия стандартов в сфере психического здоровья*

---

---

стандартом регулирует качество услуг, совместно с организационным стандартом регулирует ассортимент, объем, качество услуг, производимых службами психического здоровья (горизонтальные функции).

Организованный стандарт поддерживает выше-перечисленные стандарты организационными ресурсами (восходящая функция). Активизирует стандарт приоритетов (нисходящая функция). Совместно с образовательным стандартом регулирует ассортимент, объем, качество специализированных услуг. Совместно со стандартом приоритетов регулирует процесс ресурсного обеспечения реализации требуемого объема услуг в сфере психического здоровья населения (горизонтальные функции).

Стандарт приоритетов регулирует распределение ресурсов в сферу психического здоровья и поддерживает нормативную систему в целом (восходящая функция). Формирует соответствующую

активность общества в отношение проблем психического здоровья (нисходящая функция). Совместно с организационным стандартом регулирует процесс ресурсного обеспечения реализации требуемого объема услуг в рассматриваемой сфере.

Таким образом, рассматриваемые группы стандартов соотносятся между собой по трем функциональным типам зависимостей (восходящим, нисходящим и горизонтальным), принципам взаимодействия внутренних и внешних векторов активности. А также по принципу централизованности на общей цели – соответствии ассортимента, объема и качества услуг реальным потребностям населения в сфере психического здоровья.

Дальнейшая разработка и внедрение всего спектра стандартов, описываемых в настоящем сообщении, будет способствовать существенному повышению эффективности деятельности служб психического здоровья в Республике Казахстан.

## ИНТЕГРАТИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

В.В.Макаров, Р.Д.Тукаев

г. Москва

### Введение

Интегративное движение в психотерапии представлено тремя важными направлениями: **интеграция на государственном уровне, интеграция на уровне профессиональных сообществ и интеграция на уровне концепций психотерапии и терапевтической практики.**

Интеграция в российской психотерапии; позиция государственной медицины

В нашей стране нет закона, регулирующего психотерапию. Сегодня нет и действующего подзаконного акта, регулирующего психотерапию. Такими государственными актами являются приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации. По последнему из них, приказу № 294 от 30.10.1995 «О психиатрической и психотерапевтической помощи», утратившему силу в соответствии с письмом Министерства Юстиции России от 18.10.2001 № 07/10230-ЮД, вся психотерапия сводилась к единственной интегрированной модальности – клинической психотерапии. Тогда как существование всех других модальностей попросту не замечалось. Проект нового приказа, ожидаемого из Министерства здравоохранения России, построен по тому же принципу объединения всей психотерапии в одну интегрированную модальность – клиническую психотерапию. Это такая врачебная

психотерапия, которая использует парадигмы психотерапии, психиатрии и той клинической дисциплины, где она применяется. В последнее время в клинической психотерапии начали работать и 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.

Клиническая психотерапия является нашим национальным достоянием. Сохранение и развитие данного направления представляется важной задачей. Вместе с тем отождествление клинической психотерапии со всей психотерапией вообще представляется ошибочным. Такое заблуждение вредно оказывается как на дальнейшем развитии клинической психотерапии, так и всей психотерапии постсоветского периода.

### Интегративное движение на уровне психотерапевтических сообществ; российский, европейский и мировой опыт

Стремление профессионалов к консолидации вызвано осознанием общих интересов, необходимостью

выживания в медицинской среде и конкуренцией с парапрофессионалами. Настоятельной необходимостью представляется и широкое вхождение отечественной психотерапии в международные организации. Именно профессиональное сообщество может оценить профессиональную принадлежность специалиста, тогда как администрация может оценить его соответствие занимаемой должности. Объединение профессионалов само по себе уже создаёт условия для формирования рынка услуг. Вместе с тем, формирование такого рынка процесс, несомненно, длительный. И, что особенно важно, только профессиональные объединения способны в современных условиях формировать такой рынок в обществе.

### **Интегративное движение в Профессиональной Психотерапевтической Лиге**

В 1996 году создана Профессиональная Психотерапевтическая Лига (Лига). Она объединяет различных специалистов в области психотерапии и психологического консультирования. Членом Лиги может стать профессиональный психотерапевт или обучающийся психотерапии или консультированию. Лига входит в Европейскую Ассоциацию Психотерапии (ЕАП). Она выполняет в полном объёме функции официального представителя ЕАП на территории России.

Сама же ЕАП является молодой, динамично развивающейся, включающей в себя 42 страны Европы и самым крупным объединением профессионалов по принципу принадлежности к профессии психотерапевта. Ей всего одиннадцать лет, и по Европейским стандартам ее можно отнести к совсем юным профессиональным объединениям.

Лига представляет российскую психотерапию и во Всемирном Совете по Психотерапии. Это также молодая организация, возникшая по инициативе ЕАП восемь лет назад. Сегодня она объединяет крупнейшие национальные психотерапевтические ассоциации со всех континентов, из более чем 90 стран мира.

### **Интегративное движение в Европейской Ассоциации и Всемирном Совете по Психотерапии**

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 психотерапия традиционна. Носятелями новой профессиональной парадигмы являются: Европейская Ассоциация Психотерапии (ЕАП) и Всемирный Совет по Психотерапии (ВСП).

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. Конечно, это длительный процесс и сегодня во многих странах можно говорить только о тенденциях и направлениях движения, а не о самом движении.

Огромное многообразие методов психотерапии, и даже их кажущийся хаос постепенно образуют новый порядок в психотерапии. Прогресс психотерапии обеспечивается как свободным развитием методов, как теперь принято говорить, 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. У нас ещё говорят о личностно-ориентированном тренинге. Уровень профессиональной подготовки психотерапевта подтверждается национальным сертификатом психотерапевта. А его соответствие международному уровню подтверждается Европейским Сертификатом Психотерапевта и внесением в единый реестр профессиональных психотерапевтов Европы. В данный реестр в нашей стране внесено уже 109 профессионалов.

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. Нам следует постепенно интегрировать российскую психотерапию в европейскую и мировую, несомненно, сохраняя и развивая наши национальные традиции.

Конгрессы, посвященные эволюции психотерапии, прошедшие в США в 1985 и 1990 году и собравшие более 7.000 участников каждый, как с горечью сообщает их генеральный организатор Д.К.Зейк [1], не способствовали преодолению распри среди психотерапевтов. По его убеждению, каждая из разнообразных школ твёрдо держится за свои методы и убеждения. Превыше всего становится чистота позиций. Эклектизм считается признаком отсутствия «породы». Близости методологическую и теоретическую чистоту сегодня - непозволительная роскошь, ведь психотерапия уже вышла на передовые рубежи помощи человеку. И важно консолидировать все возможности психотерапии.

В нашей стране отмечены явно интегративные начинания того же времени. Так широкую известность и популярность приобрели красноярские декадники по психотерапии. С 1987 по 1996 годы они собирают психотерапевтов, представляющих разные методы и направления, психологов, представителей смежных профессий. В течение десяти дней читаются лекции, проводятся дискуссии, тренинги, круглые столы, семинары по различным направлениям психотерапии. А главное, проводятся демонстрации и обсуждения результатов психотерапевтических процессов, где используются различные методы психотерапии. И не каждый в отдельности, а сразу технологии и концепции нескольких методов. С этого времени зарождается одно из новых магистральных направлений в последующем получившее название - Российской мультимодальной психотерапии. Под модальностью в Западно-Европейской психотерапии в настоящее время понимается метод психотерапии. Есть и другое понимание термина модальности. Американский психолог А.А.Лазарус под модальностями понимал: поведение, аффект, ощущения, образы, когниции, межличностные отношения, зависимости. Исходя из такого представления о модальностях, он сформировал концепцию и развил практику мультимодального консультирования [3].

### **Развитие мультимодальной российской психотерапии**

Новое направление российской психотерапии складывается в трёх основных вариантах: эклектическом, интегративном и системном [4, 5].

В начале психотерапевты пришли к тому, чтобы взять от каждой модальности то, что можно использовать в психотерапии. И, по сути дела, вот там и начал складываться тот вариант психотерапии, который можно назвать мультимодальной эклектической психотерапией. То есть, из каждого метода, из каждой модальности берется кусочек, и используется все то, что работает. Более сложный вариант - мультимодальная интегративная психотерапия, которая, в отличие от эклектической психотерапии, состоит в том, что профессионал обучается сначала одному методу, приобретая хорошие высокие знания в этом методе, а затем, обучаясь другим методам, набирает отовсюду дополнительные знания, умения и элементы мировоззрения. Для мультимодальной интегративной психотерапии известны такие системообразующий методы, как клиническая психотерапия, транзактный анализ, экзистенциальная психотерапия и совершенно не подходит в качестве системообразующего метода нейролингвистическое программирование, так как специалисты, которые начинают с этого, дальше уже никуда не идут, а выглядят своеобразными достаточно зомбированными людьми, которые не мыслят себя за пределами НЛП. Есть еще некоторые

модальности, которые не могут быть системообразующими. И третье - это то, к чему можно идти, - это так называемый мультимодальный системный вариант. Он характеризуется тем, что сначала это - общая психотерапия (не какой-то метод), затем - частная психотерапия в разных подходах.

Можно сказать, что выделение отдельных модальностей и мультимодальный подход в психотерапии сегодня представляются главным в понимании будущего. История развития психотерапии часто шла путём трагического разрыва учителей со своими учениками, изменявшими частоте метода или даже предлагавшими свой метод. Творчество внутри школ было возможно только в освоении содержания материалов данных школ. Интерес к другим школам психотерапии расценивался как нелояльность. И сегодня есть множество профессионалов, глубоко знающих модальность, в которой они работают, и ничего другого. Лидеры отдельных модальностей заняты охраной своих границ и частоты рядов. Тогда как мультимодальный подход предполагает полную реализацию творческого потенциала на всех этапах освоения и применения психотерапии. Впрочем, далеко не все распространённые модальности сегодня настроены на кооперацию с другими методами. Многие остаются закрытыми. Становлению мультимодальной российской психотерапии способствовало и формирование профессионального сообщества психотерапевтов.

### **Анализ интегративного движения в теории и практике психотерапии**

Следует отметить, что универсализация, интегративность являются неотъемлемыми чертами любой продуктивно развивающейся и ориентированной на практику модальности психотерапии [2]. Интегративность определяется практической потребностью расширения диапазона пригодности модальности, обусловленной прямой или косвенной конкуренцией с другими модальностями на психотерапевтическом рынке. Расширение диапазона пригодности модальности осуществляется за счет: экспансии в клиническую и психологическую области; адаптации сроков терапии к существующему общественному запросу в направлении к краткосрочности; баланса групповых и индивидуальных форм в интересах повышения экономической рентабельности терапии [11], и т.д. Однако, в условиях жесткого традиционного разделения, используемые интегративные теоретические подходы и практические приемы трактуются в модальностях не как интегративные, а описываются как уникальные, присущие данной модальности. Поэтому интегративность любой узко-традиционной модальности можно определить как скрытую, маскированную интеграцию. В современной психотерапии выделяются не только модальности, но и основные подходы психотерапии: психоаналитический,

когнитивно-бихевиоральный, суггестивный [7], в рамках которых понятие интеграции используется открыто, поскольку интегрируются родственные теоретические постулаты и методические приемы. Такую интеграцию следует определить как внутригрупповую интеграцию.

Работа в рамках психотерапевтических подходов более характерна для современной западной клинической психотерапии и представлена двумя ведущими подходами: когнитивно-поведенческим и психоаналитическим; что неизбежно поляризует ее интегративное движение на интегративно-когнитивно-поведенческое и интегративно-психоаналитическое.

### **Интегративный когнитивно-поведенческий подход в западной клинической психотерапии**

Когнитивно поведенческая психотерапия (КПТ) построена на основе интеграции различных, экспериментально оцениваемых когнитивных и поведенческих техник, индивидуальных и групповых [7]. С конца 80-х годов прошлого века и по настоящее время в рамках КПТ ведется не только поиск интегративных методов клинической терапии, но и осуществляется разработка и исследование различных теоретических моделей психотерапии, в том числе и интегративного плана [7]. Именно в КПТ было начато проведение исследований доказательной эффективности психотерапии и механизмов психотерапевтического эффекта [15, 21]. Интегративное движение в КПТ опирается на утилизацию стандартизованных исследовательских подходов родственных бихевиоризму и когнитивной психологии. Приемы, методики и теоретические модели КПТ максимально конкретизированы, нацелены в применении на узко-конкретный клинико-диагностический диапазон: тревоги и депрессии [12, 52], переедания [23], курения [54].

КПТ претендует на позицию фундаментальной научной дисциплины. С этим обстоятельством, вероятно, связаны выделение четких клинико-диагностических диапазонов применения КПТ и известный интерпретативный редукционизм.

### **Интегративный психоаналитический подход в западной клинической психотерапии**

Интегративный посыл психоаналитической терапии (ПаТ) также обусловлен универсальными причинами и исходит из запросов практики. Однако наличие догматического теоретического фундамента в виде фрейдизма и узко-ритуальной практики первоначально привело к тому, что общее-интегративная, по своей сути, тенденция развития психоанализа проявилась во множественном отпочковании от “материнского” ортодоксального психоанализа семейства аналитических модальностей (Юнга, Адлера, Райха, Перлза, и др., см [6]). Поэтому открытое использование и обсуждение интегративных подходов свойственно современным

психоаналитическим, психодинамическим модальностям, исключая ортодоксальный психоанализ.

В остальном интегративная тенденция в современной клинической ПаТ реализуется сходным образом с таковой в КПТ. Основой внутреннего, в пределах аналитического направления, интегративного развития ПаТ являются психодинамические теории и модели [31, 36]. Клинически ориентированная ПаТ также имеет узкую клинико-диагностическую направленность [42]. ПаТ в своих интегративных вариантах теоретически опирается преимущественно, если не исключительно, на аналитические конструкты и постулаты [56].

### **Исследования универсальных характеристик процесса психотерапии как ступень развития интеграции в психотерапии**

Клинико-экспериментальные исследования психотерапии, ее процесса и результатов в последние годы фокусируются на анализе различных характеристик пациента и психотерапевта, рассматриваемых через призму их терапевтических взаимоотношений. В данную категорию попадают: взаимопересекающиеся исследования терапевтического альянса, его характеристик и влияния на исход терапии [24, 30, 32, 35, 38, 46]; исследования межличностного взаимодействия в паре клиент – терапевт [9, 14, 25, 40, 41, 47, 49, 52, 58, 59]; исследования неверbalных компонентов терапевтического взаимодействия [10, 15, 17, 18, 20, 22, 33, 54, 59]. В ряде работ исследовано соответствие экспериментальных данных определенным теоретическим моделям [8, 11, 13, 16, 19, 21, 26, 28, 29, 34, 39, 43], проведены транскультуральные исследования в психотерапии [27, 37, 45, 50].

### **Обобщение материалов интегративных исследований в психотерапии**

Проведенный нами краткий анализ интегративных тенденций развития психотерапии в России и мире свидетельствует, на наш взгляд, о сложном соотношении их моно-, мультиodalности и интегративности.

Историческая динамика любой мономодальной психотерапии в условиях конкуренции, характеризуется существенным расширением формального, методического и терапевтического диапазона ее применимости в психологической и клинической области. Поэтому любая форма развивающейся психотерапии неизбежно существенно интегрирует, в первую очередь, приемы, подходы и методики иных модальностей. Следовательно, степень формальной догматизации теоретических основ и практики модальности психотерапии, не влияя на интегративность развития, определяет ее форму:

1) при полной догматизации и формализации модальности ее интегративное развитие конфликтно, структурно-генеративно и осуществляется

отпочкованием новых, сходных модальностей, расширяющих диапазон применимости исходной модальности в практической и теоретической областях (пример классического психоанализа);

2) при высокой степени догматизации и формализации модальности имеет место скрытая, маскированная интеграция;

3) при умеренной степени формальной догматизации, характерной для клинических модальностей в рамках психотерапевтического подхода, имеет место признаваемая внутригрупповая интеграция, в сочетании со скрытой межгрупповой интеграцией;

4) существует возможность полной, открытой, действительно мультимодальной интеграции.

Современные экспериментальные исследования механизмов психотерапии имеют отчетливую тенденцию к выявлению универсальных, интегративных ее механизмов. Научный поиск преимущественно сконцентрирован на изучении механизмов межличностного взаимодействия пациента и терапевта с выделением различных коммуникативных каналов и модальностей (вербальных, невербальных, аффективных, когнитивных, поведенческих). В значительно меньшей степени исследованы биологические, внутренние (биологические, интрапсихические) и культуральные, социально-психологические механизмы психотерапии.

Мультомадальная системная психотерапия нуждается в собственной теории и не может быть построена на теориях модальностей и подходов психотерапии. Постулат о признании научности психотерапии на основании валидности ее теории и практической эффективности [18] нуждается в прояснении. Формально логичный, он обладает двойной парадоксальностью, поскольку: 1) все распространенные психотерапевтические модальности обладают примерно равной эффективностью; 2) герметизм понятийного аппарата обеспечивает внутреннюю валидность теорий, как отдельных модальностей, так и направлений психотерапии; 3) использование внешних теоретических конструкций, заимствованных из психологии, психиатрии, теории систем, и т.п., с собственным замкнутым понятийным аппаратом неизбежно воссоздает ситуацию внутренней валидности подобных психотерапевтических теорий. В свете анализируемого постулата все уже разработанные к настоящему времени теории психотерапии научны в одинаковой степени. Поэтому построение теории интегративной мультимодальной психотерапии на основе

понятийно герметических теоретических конструктов невозможно, в принципе.

На основании изложенного, наиболее вероятным направлением теоретического поиска может стать основанное на системном подходе двухуровневое, двухкомпонентное описание психотерапевтического процесса включающее:

1) компонент комплексной психологической интеракции, содержащий (а) социально-психологический, культуральный субкомпонент и (б) субкомпонент межличностного, интерперсонального взаимодействия;

2) генерируемый и поддерживаемый психологической интеракцией компонент психобиологической реакции индивида на психотерапевтическое воздействие, включающий интрапсихические саногенные механизмы и комплекс организменных механизмов (биологических, нейрофизиологических, нейрогормональных и т.д.).

Оба компонента психотерапевтического процесса сопряжены многочисленными и сложными прямыми и обратными связями.

Принципиально значим открытый характер двухкомпонентного межсистемного описания психотерапевтического процесса, уточняемого, дополняемого, ревизируемого по мере роста системы знаний об обществе, человеке и его организме.

Существуют методические проблемы определения психотерапии как межсистемной мультимодальной. Идентификация системной мультимодальной психотерапии предполагает наличие двух признаков: 1) принятие в качестве теоретической основы открытого межсистемного описания психотерапевтического процесса; 2) использование на теоретической основе межсистемного описания психотерапевтического процесса приемов, методик двух и более модальностей психотерапии.

## Заключение

Завершая нашу публикацию, отметим, что считаем мультимодальность, интегративность основным, магистральным путем развития психотерапии XXI века. Ведь стремление максимально полно использовать потенциал психотерапии, по сути дела, не оставляет нам других столь же перспективных возможностей. Мультимодальная психотерапия в России еще не сложилась. Она формируется в последние годы с нашим участием и нашими усилиями!

### Литература:

1. Зейк Д.К. Эволюция психотерапии. - Т. 1. - М.: Независимая фирма «Класс», 1998. - С. 5
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - М., 1985, 298 с.
3. Лазарус А.А., Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования // 3-е международное издание. - Питер, Спб-200. - С. 384-412
4. Макаров В.В. Становление российской мультимодальной психотерапии // Психотерапия. - № 2, 2003. - С. 3-6

- 
- 
5. Общероссийская Общественная Организация Профессиональная Психотерапевтическая Лига // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 9, № 1, 2003. - С. 94-98
6. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. - М., 2003, 296 с.
7. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. - СПб., 2002, 352 с.
8. Adler H.M. Toward a multimodal communication theory of psychotherapy: the vicarious coprocessing of experience // *Am J Psychother.*, 1997, v. 51 (1), p. 54-66
9. Bernstein B.L., Lecomte C. Therapist expectancies: client gender, and therapist gender, profession, and level of training // *J Clin Psychol.*, 1982, v. 38 (4), p. 744-754
10. Berry D.S., Pennebaker J.W. Nonverbal and verbal emotional expression and health // *Psychother Psychosom.*, 1993, v. 59 (1), p. 11-19
11. Breunlin D.C. Toward a theory of constraints // *Marital Fam Ther.*, 1999 v. 25(3), p. 365-382
12. Brewin C.R. Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression // *Annu Rev Psychol.*, 1996, v. 47, p. 33-57
13. Buchkremer G., Klingberg S. [What is science-based psychotherapy? On the discussion of guidelines for psychotherapy research] [Article in German] // *Nervenarzt.*, 2001, v. 72 (1), p. 20-30
14. Caskey N.H., Barker C., Elliott R. Dual perspectives: clients' and therapists' perceptions of therapist responses // *Br J Clin Psychol.*, 1984, v. 23 (Pt 4), p. 281-290
15. Cormac I., Jones C., Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
16. Costa P.T. Clinical use of the five-factor model: an introduction // *J Pers Assess.*, 1991, v. 57 (3), p. 393-398
17. Davis M., Hadiks D. Nonverbal behavior and client state changes during psychotherapy // *J Clin Psychol.*, 1990, v. 46 (3), p. 340-351
18. Davis M., Hadiks D. Nonverbal aspects of therapist attunement // *J Clin Psychol.*, 1994, v. 50 (3), p. 393-405
19. Derisley J., Reynolds S. The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy // *Br J Clin Psychol.*, 2000, v. 39 (Pt 4), p. 371-382
20. de Roten Y., Darwish J., Stern D.J., Fivaz-Depoersinge E., Corboz-Warnery A. Nonverbal communication and alliance in therapy: the body formation coding system // *J Clin Psychol.*, 1999, v. 55 (4), p. 425-438
21. Dorr D. Approaching psychotherapy of the personality disorders from the Millon perspective // *J Pers Assess.*, 1999, v. 72 (3), p. 407-425
22. Doudin P.A., Genoud G., Fivaz E. [Nonverbal communications and psychotherapy] [Article in French] // *Ann Med Psychol (Paris)*, 1989, v. 147 (8), p. 811-821
23. Faith MS, Fontaine KR, Cheskin LJ, Allison DB. Behavioral approaches to the problems of obesity. *Behav Modif.* 2000 Sep;24(4):459-93. Review
24. Farber B.A., Hall D. Disclosure to therapists: what is and is not discussed in psychotherapy // *J Clin Psychol.*, 2002, v. 58 (4), p. 359-370
25. Fenton L.R., Cecero J.J., Nich C., Frankforter T.L., Carroll K.M. Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments // *J Psychother Pract Res.*, 2001, v. 10 (4), p. 262-268
26. Glatzel PM. General system therapy-considerations on a universal therapy theory and its use on psychotherapy practice / Article in German // *Fortschr Neurol Psychiatr.*, 1995, v. 63 (2), p. 49-58
27. Havenaar J.M. Psychotherapy: healing by culture // *Psychother Psychosom.*, 1990, v. 53 (1-4), p. 8-13
28. Herman S.M., Richard L. The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome // *J Psychother Pract Res.*, 1997, v. 7 (1), p. 56-64
29. Herman S.M. Therapist-client similarity on the multimodal Structural Profile Inventory as a predictor of early session impact // *J Psychother Pract Res.*, 1997, v. 6 (2), p. 139-144
30. Hersoug A.G., Hoglend P., Monsen J.T., Havik O.E. Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors // *J Psychother Pract Res.*, 2001, v. 10 (4), p. 205-216
31. Holmes J. The changing aims of psychoanalytic psychotherapy. An integrative perspective // *Int J Psychoanal.* 1998, v. 79 (Pt 2), p. 227-240
32. Johnson L.N., Wright D.W., Ketring S.A. The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome? // *J Marital Fam Ther.*, 2002, Jan; 28(1):93-102
33. Jones E.E. Therapeutic action: a new theory // *Am J Psychother.* 2001, v. 55 (4), p. 460-474
34. Karasu T.B. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies // *Am J Psychiatry*, 1990, v. 147 (2), p. 133-147
35. Keijsers G.P., Schaap C.P., Hoogduin C.A. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies // *Behav Modif.*, 2000, v. 24 (2), p. 264-297
36. Keinanen M. The meaning of the symbolic function in psychoanalytic psychotherapy: clinical theory and psychotherapeutic applications // *Br J Med Psychol.*, 1997, v. 70 (Pt 4), p. 325-338
- 
-

- 
- 
37. Kim H.A. *Theoretical and treatment issues of personality disorders in individualistic and collectivistic societies* // *Psychiatry Clin Neurosci.*, 1998, v. 52 (S) p. 242-245
38. Kopp W., Kassing S., Helle M., Auckenthaler A., Studt H.H. [Importance of the therapeutic alliance experience for the differential psychotherapeutic indication] [Article in German] // *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 2002, v. 52 (3-4), p. 173-178
39. Livesley W.J. *A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder* // *Psychiatr Clin North Am.*, 2000, v. 23 (1), p. 211-232
40. Llewelyn S.P. *Psychological therapy as viewed by clients and therapists* // *Br J Clin Psychol.*, 1988, v. 27 (Pt 3), p. 223-237
41. Manthei R.J., Vitalo R.L., Ivey A.E. *The effect of client choice of therapist on therapy outcome* // *Community Ment Health J.*, 1982, v. 18 (3), p 220-229
42. Marie-Cardine M, Chambon O. [Psychotherapy in depression] [Article in French] // *Rev Prat.*, 1999 v. 49(7) p. 739-743
43. Miller T.R. *The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: a clinician's experience* // *J Pers Assess.*, 1991, v. 57 (3), p. 415-433
44. Millon T. *Assessment is not enough: the SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality*. Society of Personality Assessment // *J Pers Assess.*, 2002, v. 78 (2), p. 209-218
45. Pfeiffer W. [What makes a consultation therapeutic? On the cultural characteristics of psychotherapeutic methods] [Article in German] // *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 1991, v. 41 (3-4), p. 93-101
46. Renk K., Dinger T.M., Bjugstad K. *Predicting therapy duration from therapist experience and client psychopathology* // *J Clin Psychol.*, 2000, v. 56 (12), p. 1609-1614
47. Rudy J.P., McLemore C.W., Gorsuch R.L. *Interpersonal behavior and therapeutic progress: therapists and clients rate themselves and each other* // *Psychiatry*, 1985, v. 48 (3) p. 264-81
48. Sato T. *Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: a cross-cultural formulation* // *Genet Soc Gen Psychol Monogr.*, 2001, v. 127 (1), p. 89-127
49. Saunders S.M. *Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness* // *J Clin Psychol.*, 1999, v. 55 (5), p. 597-605
50. Saunders S.M. *Pretreatment correlates of the therapeutic bond* // *J Clin Psychol.*, 2001, v. 57 (12), p. 1339-1352
51. Sells S.P., Smith T.E., Sprenkle D.H. *Integrating qualitative and quantitative research methods: a research model* // *Fam Process*, 1995, v. 34 (2), p. 199-218
52. Sherer M., Rogers R.W. *Effects of therapists nonverbal communication on rated skill and effectiveness* // *J Clin Psychol.*, 1980, v. 36 (3), p. 696-700
53. Skelton R.M. *Bion's use of modern logic* // *Int J Psychoanal.*, 1995, v. 76 (Pt 2), p. 389-397
54. Stead LF, Lancaster T. *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001*. Oxford: Update Software
55. Strack S., Choca J.P., Gurtman M.B. *Circular structure of the MCMI-III personality disorder scales* // *J Personal Disord.*, 2001, v. 15 (3), p. 263-274
56. Subkowski P. [Model of residential psychoanalytic integrative parent-child therapy] [Article in German] // *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.*, 1999, v. 48(6), p. 438-44
57. Talley P.F., Strupp H.H., Morey L.C. *Matchmaking in psychotherapy: patient-therapist dimensions and their impact on outcome* // *J Consult Clin Psychol.*, 1990, v. 58 (2), p. 182-188
58. Wong J.L. *Lay theories of psychotherapy and perceptions of therapists: a replication and extension of Furnham and Wardley*. // *J Clin Psychol.*, 1994, v. 50 (4), p. 624-632
59. Yarczower M., Kilbride J.E., Beck A.T. *Changes in nonverbal behavior of therapists and depressed patients during cognitive therapy* // *Psychol Rep.*, 1991, v. 69 (3 Pt 1) p. 915-919
- 
-

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### РАССМОТРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИСТЕМНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИИ ЭМПИРИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПОНЯТИИ С.ГРОФА

В.Б.Гурвич

Разгрузочно-диетическая терапия (РДТ, «лечебное голодание») как комплексный метод, включающий биологическое и психотерапевтическое воздействия, расценивается отечественными авторами как «стрессогенный» (мягкий пролонгированный терапевтический стресс); как способ тренировки, активации и преодоления резистентности вследствие системных сдвигов, связанных с адаптацией; как метод (система) психофизиологического (психобиологического) воздействия (Ю.Л.Шапиро, Г.И.Бабенков, В.Б.Гурвич, Я.Я.Рудаков). Сопровождается закономерной глобальной перестройкой метаболизма при переключении организма на эндогенное питание и на возобновление экзогенного питания с существенной динамикой биохимических, гормональных, иммунобиологических, физиологических структур, трансформацией личности.

Предпринятый нами предварительный сравнительный анализ основных положений и принципов эмпирических подходов в психотерапии с точки зрения С.Грофа (1993, 1994; А.И.Белкин и соавт., 1998) и в комплексе разгрузочно-диетической терапии, особенностей динамики состояния лиц, подвергающихся холотропной терапии (ХТ, пневматарзис) и лечебному голоданию, выявляет, на наш взгляд, много общего в этих двух методах по целому ряду признаков.

В истории человечества имеется огромный опыт использования воздействия на функции питания и дыхания с целью совершенствования и преобразования душевных и духовных качеств личности, энергетических свойств организма (различного рода воздержания и ограничения питания в виде вегетарианства, постничества, голодания, при аскетическом образе жизни; упражнений с дыхательной функцией в древнеиндийской системе кундалини - и сиддха-йоги, праноямы и других древних практик, в практике вокала, лечения бронхиальной астмы и проч.).

Лечебное голодание с полным прекращением поступления пищи, адресованное, прежде всего, к функции пищеварения, как и холотропная терапия с гипервентиляцией и длительными задержками дыхания, обращенная к системе дыхания, оказывает стрессовое влияние на организм, своего рода «встряску», непосредственно мобилизуя сформированные в процессе многовековой эволюции и

борьбы за выживание скрытые биологические потребности и защитно-приспособительные реакции.

С началом голодания организм, выведенный из предшествующего нервно-психического состояния с его психоэмоциональными и психосоматическими расстройствами, вовлекается в новый последовательный биологический и психотерапевтический процесс, имеющий начало, развитие и окончание. Сходна основная цель и эмпирических техник в психотерапии – «мобилизовать заблокированные энергии и трансформировать застойное состояние эмоциональных и психосоматических симптомов в поток динамических переживаний» - С.Гроф, 1993 (курсив наш – В.Г.).

Закономерности клинических стадий и последовательных этапов психотерапевтического воздействия при РДТ согласовываются в определенной степени с этапами динамики холотропной терапии, разными уровнями сознания, стадиями процесса трансформации личности.

Сеанс длительного интенсивного дыхания в большинстве случаев поначалу приносит более или менее драматические переживания в форме интенсивных эмоций или психосоматических проявлений. Возникают напряжения в различных частях тела, а затем следует глубокая релаксация. Сходная динамика состояния, только в значительно превышающей временной протяженности (30 минут - 1,5 часа при ХТ по отношению к 1-2 месяцам и более при РДТ), наблюдается и у многих пациентов в процессе периодов голодания и реалиментации: ухудшение самочувствия и усиление болезненных симптомов в первую неделю голодания и последующего питания, улучшение состояния с ослаблением симптомов и общей релаксацией со второй недели голодания и последующего питания.

Возникновение симптомов гипервентиляционного синдрома при ХТ, как и симптомов «нарастающего ацидоза» при РДТ, объясняется биохимическими изменениями в крови (увеличением щелочности или кислотности). Продолжение терапевтического воздействия в том и другом случае ведет к кульминации («ацидотическому кризу»), за которой следует глубокая релаксация (компенсация - «выравнивание» при голодании) со значительным улучшением самочувствия.

---

Главный терапевтический эффект при ХТ связывается с усилением симптомов, которое наблюдается и в периодах голодаания-реалиментаии и рассматривается как положительный терапевтический фактор.

Сравнительный анализ феноменов «отреагирования» и «катализиса» при холотропной терапии и разгрузочно-диетической терапии обнаруживает в их проявлениях известную тождественность.

С.Гроф в оценке отреагирования при ГТ придерживается взглядов на катализис-отреагирование З.Фрейда - В.Райха. Отреагирование, как освобождение связанных энергий, традиционно сопряженных с биографическим содержанием, рекомендуется усилить до полного освобождения дыхания, полного разрешения и высвобождения энергий. При хорошей выраженности похожих проявлений и переломного криза при РДТ, то есть выраженности и своевременности клинических стадий и клинической реактивности, также достигается наилучший терапевтический эффект...

Под катализисом в холотропной терапии разумеется «разрядка более обобщенных эмоциональных и физических напряжений» с «полным отреагированием» и выходом на уровни перинатальных и трансперсональных матриц. Этот катализический процесс заканчивается появлением «чувства духовного освобождения», «очищения» (Платон, Аристотель), потоком положительных эмоций и экстатическим чувством - С.Гроф, 1993, 1994.

Проявление феномена катализиса в процессе лечебного голодаания (В.Б.Гурвич) происходит на фоне временной отстраненности от внешнего мира и выхода на первый план «мира внутреннего», когда спонтанно «всплывают» в памяти воспоминания детства, забытые психотравмирующие эпизоды. Возникает как бы созерцание всей прошедшей жизни – «рассмотрение со стороны» (с «проживанием вновь или впервые»), «понимание» внутренней истинной природы вещей и событий, «осознание» поступков и характера, и «духовное освобождение» с восстановлением положительных эмоций и гипертимией.

Наше понимание катализиса при РДТ, таким образом, учитывает не столько «разрядку напряжений» и «отреагирование» по Фрейду, сколько «очищение тела и души» (Пифагор), «осознание и духовное освобождение» (Платон, Аристотель), «расширение границ индивидуального сознания до всеобщего» (Т.А.Флоренская).

В механизмах пневмокатализиса большое значение придается переживаниям на уровне смерти и рождения (базовые перинатальные матрицы - БПМ). Голодание перекликается с состояниями «умирания» (БПМ-П), «очищения» (БПМ-Ш), возобновление питания – с состоянием «возрождения» (БПМ-IV)<sup>1</sup>.

Оба терапевтических подхода объединяют одна общая стратегия раскрытия, когда *после временного ужесточения дискомфорта, усиления симптомов начинается самоисцеление и расширение сознания* (курсив по тексту С.Грофа). Ключевой аспект терапевтического стрессорного голодаания, соответственно эмпирическим методам, - самоисследование, редукция клинической симптоматики и трансформация личности.

В согласовании с ХТ, психотерапия при проведении РДТ учитывает внутреннюю мудрость процесса исцеления и его развертывание, психологическую подготовку и общую установку, включение «физической поддержки», установление эмоционально-эмпатического контакта с пациентом и его обучение, использование на заключительном этапе психотерапевтических возможностей интеграции, самопостижения по Р.Ассаджиоли, самоактуализации по А.Маслоу, творческого самовыражения по М.Бурно.

Имеется и целый ряд других сходных положений и принципов при проведении холотропной терапии и разгрузочно-диетической терапии.

Подобное сравнительное рассмотрение различных терапевтических методов в психиатрии способствует, на наш взгляд, обучению специалистов-психотерапевтов, расширению их терапевтического кругозора и повышению эффективности их участия в процессе динамики клинического состояния и личностного развития пациентов.

---

<sup>1</sup> В процессе РДТ выявлены две закономерности и фазы: разрушительная, с истощением, аутолизом, дезинтоксикацией - «очищением», и – созидающая, с возникновением защитных реакций организма, усиленным синтезом распавшихся веществ, повышенной физиологической регенерацией, обновлением состава всех клеток.

---

---

---

## КООПЕРАТИВНО-ИМПЕРАТИВНЫЙ ГИПНОЗ

Ю.П.Гуцалов, Л.К.Ушкац, А.И.Найденов, А.И.Ткачев, О.Ю.Дробитько

Известно, в целом методы гипноза делятся на 2 группы: мягкие – кооперативные и императивные, для которых характерна директивность гипнотизёра. Имеются и другие методы: самогипноз (самовнушение), ступенчатый гипноз (сочетанный: с использованием аутогенной тренировки с прямым гипнозом). Отдельно стоит эриксоновский гипноз (по нашему мнению, этот метод гипнотизации относится к «мягкой» форме – кооперативной). Ну, а наркогипноз в зависимости от профессиональной подготовки врача может быть как кооперативным, так и императивным.

Предлагаемый нами кооперативно-императивный гипноз в прямом смысле этого слова осуществляется через кооперацию взаимоотношения «врач-больной». И заключается это в тех установках, которые врач даёт своему пациенту. Пример – но в такой форме: «Смотрите в мои глаза. Раскрепоститесь. В голове вашей имеется, заложенная самой природой (инвариант: «самим Богом») кодопрограмма на выявление «кто есть кто». Определите это по выражению моих глаз (взгляду), характеру моей речи (её смысловой содержательности, эмоциональному сопровождению, уверенности (неуверенности), искренности (неискренности), напряжению (или спокойствию) – кто перед вами). Не смущайтесь: право вам дано самой природой (Богом). Не смущайтесь. Вы должны быть в деле вашего излечения от (называется болезнь, причина) соучастны, активны. Вы должны это сделать. И довериться не только моему внушению, но и своей оценке меня, характеру внушаемого. Если вы сделаете вывод в пользу признания моих профессиональных качеств, то заметите, что мой взгляд станет острее, глубже, хотя я свой взгляд менять не стану. Ощущение, что мой взгляд станет глубже, значимее, гипнотичнее у вас увязывается с вашим выводом, с вашей личной оценкой того, кто перед вами. Сделав обо мне такое (положительное) заключение

вы сами этим как бы откроете двери в глубины своего мозга.... Мой взгляд становится глубже, значимее. Веки ваших глаз тяжелеют, опускаются. Мышцы тела расслабляются, тяжелеют»...

Здесь очевиден переход уже к другому общению – императивному (но без акцентуации на этом): «Веки слипаются. Дыхание становится ровным, спокойным... Вас абсолютно не пугает то, что вы погружаетесь в сон глубже и глубже. Не тревожит, т.к. вы всё также продолжаете анализировать, но теперь – мою речь. Работает всё также ваша кодопрограмма на контакт и анализ моего с вами общения. Слышите, анализируете.... Если мой голос как бы исчезает – не беспокойтесь: вы меня теперь воспринимаете подсознательно... бессознательно. Но также надёжно, целенаправленно, не утрачивая самостоятельности»...

Переход к стадии собственно лечения (внушения) от .... сопровождается нарастанием императивности врача. И параллельно этому позитивного упора на волевые (императивные), рассудительные и другие качества личности больного: «Вы можете. Вы можете! Вы целеустремленны! Вы становитесь иным. Это ваша норма. Это ваша норма! А значит вы не испытываете и не будете испытывать каких-либо напряжений в таком своём восстановлении, в такой своей жизни. Это норма! Ваша норма. Обратите внимание, как спокойно работает ваше дыхание... сердце. Как спокойно стало на душе.... Вы личность! Вы докажете!»

Сочетание кооперативности с императивностью врача и самого пациента (а не только врача – гипнотизёра) сопровождает весь курс лечения. Эффективность данного метода в 2 раза выше кооперативного и 1,5 – императивного.

Метод требует предварительной подготовки пациента, и особо – самого гипнотизёра, т.к. здесь гипнотизация чаще индивидуальна и осуществляется посредством взгляда.

*Литература:*

1. Гриндер Д., Бэндлер Р. *Формирование транса.* – М, 1994
2. Мышилев С. *Гипноз.* – СПб, 1994
3. Хип М. и др. *Гипнотерапия.* – СПб. – М, 2001
4. Шерток Л. *Непознанное в психике человека.* – М, 1982
5. Гуцалов Ю. *Рационально-эмоциональное кодирование / Сборник «Духовность народа и её выражение в русской и казахской культуре».* – Алматы, 2003

---

## НООЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ

---

Ю.П.Гуцалов, Л.К.Ушкац, В.А.Ушкац, Е.В.Бридихина, Т.А.Гуторова

В начале 19 века виднейший физик и математик А.М.Ампер разделил все научные направления на два: космологическое и ноологическое. В последнее он ввёл все те науки, которые касались разума, сути человеческого духа («ноо» - производное от древнегреческого «нус», «поос» - разум). Ныне в обиход человечества вошли такие сослагательные слова (понятия), как ноосфера (состояние биосферы планеты, которую определяет разумная деятельность человека); ноотропные фармакологические средства (преимущественно влияющие на общее состояние ЦНС, функциональную деятельность высших – интегративных свойств мозга (психики)). В начале 20 века благодаря трудам немецкого философа Р.Эйкена слово ноология вошло в обиход философов, психологов, теологов (как понятие, отражающее согласованность активной творческой (прежде всего, духовной) деятельности человека, и собственно его жизни). Особую роль в развитии ноологии как таковой (через расширенное – космологическое толкование понятие ноосферы) внёс французский философ и богослов П.Тейяр де Шарден (1881-1955 г.г.)

Научная (мировоззренческая) позиция Тейяра уникальна: Человечество развивается в неких стратегических рамках своего генеза, устремляясь к Омеге (своей высшей божественной сути). Это тот абсолют, который предопределяет особую роль духовных ценностей, выход в Космос и т.д. Здесь Тейяр повторяет (но, по-своему) «Космическую философию» К.Э.Циолковского, а также некоторые положения «Феноменологии духа» и «Логики» великого немецкого философа Гегеля. Увы, так как сам Гегель утверждал, «нет ни одного положения Гераклита, которые я не принял бы в свою «Логику»», то, очевидно, что ноология, как наука, более древняя и масштабная по своему назначению. Это особенно дополняется тем фактом, что многие положения учения Гераклита (жил в 6-5 в. до н.э.) повлияли на развитие Христианства, а затем и Ислама. (Тейяр в этом плане говорит о «христогенезе человеческой эволюции»)....

Ноология, как наука о духовной сути человека; той духовной сути, которая сопряжена со стратегией Мирового Разума, снимает проблемы доказательств относительно того, каким должен быть человек. Вспомним гераклитовские (он жил Логосом – абсолютом всеобщего) гениальные афоризмы: «Разум – бог для каждого!», «Всё течёт, всё изменяется», «Довольствуйся малым, но живи по-своему», «Скрытая гармония лучше явной», «Мудрость в том, чтобы... прислушиваясь к природе, поступать с ней сообразно», «Быть мудрым... - обрести душевную ясность», и т.д. Все эти (и не только эти)

суждения – основа к медицинскому приложению ноологии, как таковой.

Общеизвестны научные утверждения И.П.Павлова о корректирующем влиянии высших отделов ЦНС на деятельность эмоциональных центров и т.п. Известно определённое противостояние Павлова биологизаторским позициям З.Фрейда. Нами и действительно не может править «принцип удовольствия», тотальная власть Оно. Ныне доказано, что «новая кора» в состоянии держать «центры удовольствия – неудовольствия» подконтрольно своему назначению, реальным возможностям. Однако, говоря о возможностях, следует заявить со своей откровенностью, что эти возможности тем более сущи, чем более суща их конкретная – духовная наполненность. «Разум – бог для каждого» - эта аксиома является (становится) таковой только при условии наличия в голове человека доминантных (неопровергимых, в чём-то абсолютных!) духовных истин свыше. Такими истинами являются Законы Вселенной (Бога, Мирового Разума, собственно Абсолютных Истин). Противостояние им при осознании, что без них нашей жизни не было бы; при осознании, что наш духовный (человеческий) отец это сам Мировой Разум (Бог в Его недогматическом понимании) – всё это предопределяет такое становление нашего сознания (и самосознания), в котором «борьба с Богом» осознаётся как «нелепая борьба со своей жизнью», перевод её в сферу биологического (и т.п.) существования. Такая позиция «несостоявшегося человека», «несостоявшейся личности» (в чём, прежде всего, очевидна вина самой личности) становится преодолимой! Ноологический подход (в котором более всего первенствует духовное назначение разума, истины, мудрости) снимает сопротивление, идущее от комплекса неполноценности личности больного, т.к. он осознаёт: врач не диктует, а исполняет свою роль в рамках Законов и Стратегии Мирового Разума; что он – больной перед этим Мировым Разумом (перед Богом) такой же равноправный, как лечащий его врач. Подобное явление опосредованности (через Бога) взаимоотношения «врач – больной» устраивает «функцию сопротивления»; а с другой стороны обеспечивает беспрепятственное (как потребное) обретение «ноологических ценностей» (разумности, нравственности, ответственности), как духовно-энергетического потенциала личности больного в его борьбе с пороками, патологиями.

Здесь кстати говорить не столько о нашей душе, но и о духе наших я, а ещё вернее – о единой психо-духовной сути человека; об обязательном лечении (коррекции) того и другого содержания наших я. Поговорку «в здоровом теле здоровый дух»

следует в практике врача (особенно психотерапевта) определять ещё и таким продолжением «в здоровой душе здоровый дух» (с инвариантом: «здоровый дух

– условие здоровой души, здорового образа жизни»). В данном случае очевидно сочетание медицины и своеобразной педагогики.

*Литература:*

1. Волков Г. У колыбели науки. – М, 1971
2. Тейяр де Шарден П. Феномен человека. – М, 1965
3. Циолковский К.Э. Космическая философия. – М, 1990
4. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. – М, 1989
5. Гуцалов Ю.П. Ноология в психотерапии / Сборник «Духовность нового тысячелетия». – Алматы, 2002

## ТЕРАПИЯ КАК ПУТЕШЕСТВИЕ В ГЛУБИНУ: ЕДИНСТВО МИФОЛОГИЧЕСКИХ, ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ И ТРАНСПЕРСОНАЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ

В.В.Майков

Если традиционная психология 19-го века в большей степени исследовала мир повседневной жизни, то Фрейд начал открывать более глубокие слои этого мира, изучая сновидения, искусство, Юнг еще больше расширил границы этого мира и показал, что наша психика сокровенным образом связана с мировой культурой, с религией, с духовными измерениями. Более того, Юнг показал, что многие болезни связаны именно с тем, что мы забываем о своих глубинных измерениях, не уделяем им достаточного внимания, и наша природа мстит нам за это.

Собственно говоря, все развитие глубинной психологии проходило по линии того, чтобы каким-то образом вернуть назад в процесс терапии всю полноту человеческой жизни. В чем состоит эта полнота? В том, что мы не только ум, не только мышление, но еще и энергия, еще и чувства, еще и тело, еще и дух, и все это одновременно. И когда мы в процессе терапии уделяем внимание всем аспектам жизни, тогда процесс терапии будет более успешен.

По этой линии проходило развитие глубинной психологии от психоанализа до трансперсональной психологии, а терапия развивалась от аналитических методов до современных, интегральных и трансперсональных.

Мир, исследованный Станиславом Грофом, – это мир нашей глубины.

Глубина здесь противопоставлена поверхности. Поверхность – это метафора нашей повседневной жизни, которая на девяносто пять процентов автоматична. Мы не свободны: помимо нас, помимо нашей воли, нашего желания, нашей направленности возникают мысли, накатывают какие-то чувства, эмоции, решения, в нашу жизнь вторгаются другие люди, с их проектами, с их проблемами, это влияет на нас, – т.е. с нами все случается, жизнь воздействует на нас, а мы – реагируем, в основном, автоматично.

На протяжении всей истории человечества познание нового было связано с каким-либо путешествием. Путешествие является своего рода архетипом познания нового. И поэтому для человека познание нового, скажем, восприятие нового материала, всегда укладывается в какой-то сюжет какого-то путешествия. Существует взаимообратная связь между новизной и путешествием. Именно поэтому большинство человеческих историй имеют такого рода канву или сюжетность, связанную с путешествием. Когда мы начинаем путешествие в глубину, мы покидаем мир поверхности и попадаем в мир, который имеет другие характеристики. Скажем, основной характеристикой этого мира является сказочность. И в каком-то очень существенном смысле наш мир поверхности является следствием мира глубины. И если мы забываем мир глубины, то тогда наша жизнь тоже может прекратиться.

Об этом – сказочный фильм «Бесконечная история», в котором гибнет страна Фантазия и ее нужно спасать, потому что если страна Фантазия не будет спасена, то исчезнет и наш обычный, привычный мир. И поэтому главный герой-мальчик путешествует на драконе, чтобы спасти эту страну, спасти принцессу, спасти сказку, спасти все сказочные истории и сказочные существа. Сказочные существа, сказочные миры в каком-то смысле неразрывно связаны с нашим миром. Вот, по крайней мере, то, что открыли первые исследователи мира глубины.

*Обычное или повседневное путешествие* – это путешествие в рамках мира поверхности, современной разновидностью которого является туризм. И в основном люди совершают это путешествие. Мы знаем, что большинство людей рождались, жили и умирали на одном и том же месте. Поэтому, все, что они есть, связано с их корнями, с их семьей, с местом, в котором они живут, с сословием, из которого

---

---

они происходят. И это в значительной степени определяло их реакции в типичных жизненных ситуациях.

*Первый мир*, который открывается при путешествии с мира поверхности в глубину – это *мир мифический, мир сказочный*. Мы можем говорить об этом мире на языке исследователей мировой мифологии, таких как Джозеф Кемпбел, который описал структуру этого мира в виде путешествия героя. В каждом, кто совершает путешествие в глубину, ожидают древние мифы, древние легенды.

Большинство «мифологических» романов 20 века («Сто лет одиночества» Габриэля Гарсия Маркеса, «Иосиф и его братья» Томаса Манна, «Человек без свойств» Роберта Музиля, знаменитые романы Кафки, саги Марселя Пруста «В поисках утраченного времени»), – это истории о путешествии в глубину. Большинство фильмов, которые нравятся нам – о путешествии в глубину («Звездные войны», «Матрица», «Игра» и т.д.).

Нам это интересно потому, что рассказывает о нашем собственном возможном путешествии, более того, о нашей жизни как путешествии в глубину. Это отзыается в нас, потому что дает нам путеводные карты путешествия в глубину, показывает проблемы, с которыми мы столкнемся, когда будем путешествовать в глубину. В каком-то смысле мы все уже путешествуем в глубину, глубина уже зовет, мы уже притянуты зовом глубины, уже хотим разобраться, получить какого-то рода опыт и карты для путешествий.

Присутствие глубины можно увидеть в тех проблемах, с которыми мы постоянно встречаемся в своей жизни, в тех симптомах, которые есть у нас, в тех болезнях, которыми мы болеем. Все оказывается нераздельно, и если мы не воспринимаем свою связь с глубиной на уровне смысла, на уровне какого-то вербального послания, на уровне культурной связи, опознаваемой через какие-то вербальные вещи (культурные институты, истории), то эта связь может проявляться на уровне тела, болезней, напряжений, которые мы испытываем, потому что весть, которая прорывается к нам из глубины – это всегда весть о большем, ничем не ограниченном мире, с которым мы связаны и который является нашей основой, но пока не проявился в должной степени в нашем мире поверхности, в нашем привычном мире. Но энергия этого мира уже настолько велика, что он хочет прорваться, а ограничения, в которых мы живем, настолько сильны, что он не может прорваться.

Поэтому и возникают на местах прорыва энергии глубины в наш повседневный мир, зоны напряжения, конфликта, послания, которые проявляются как симптомы, болезни, напряжения, жизненные крушения, жизненные кризисы, вся цепочка сокрушающих наш обыденный мир событий. И с точки зрения сохранения привычного мира

поверхности, заведенного порядка, это все – возмущающие факторы, это плохо, это то, что мешает нам, от чего мы хотели бы избавиться. Мир поверхности вырабатывает свои средства в отношении того, как избавляться от этого дискомфорта – то, что вызывает забвение, т.е. беспамятство, это отсечение всего конфликтного, ненужного: «Это не твое! Это не нужно! Забудь это, не помни об этом, это плохое, это чужое, это враги!»; мощные медицинские лекарства, которые анестезируют, замораживают, анальгезируют и т.д., утоляют боль, для того, чтобы стать, в конце концов, бесчувственным по отношению к этим сигналам, этим симптомам.

И в то же время все это несет нам весть о большем мире, о том, что в нас уже готово проявиться, исцелиться и быть принятым в наше привычное Я, о том, в каких направлениях мы можем расти, начать расширяться. С этой точки зрения это является картами нашего безошибочного, не придуманного пути к целостности, к исцелению. Если мы имеем более глубокое и верное понимание в отношении всего, что происходит в нашей жизни, если мы принимаем это, прежде всего, как послание из глубины, о глубинных конфликтах, о путях нашего изменения, как будущие маршруты наших путешествий в глубину, тогда мы можем руководствоваться этим как картами пути. *Все это составляет неотъемлемое мифологическое измерение человеческой ситуации.*

И когда мы идем в глубину, ситуация разворачивается таким образом, что, каждый из нас на своем опыте должен заново решить вечные вопросы, вечные загадки человечества, оказывается, те решения, которые мы получили извне, которые добывали до нас другие люди, не годятся для нас. Какой толк говорить нам, что такая любовь, если мы сами не любили? Что будут значить для нас слова о вкусе первого поцелуя, если мы сами еще не целовались? Если нам говорят, что такое анастазис, а мы видели его лишь на картинке? Нам нужно попробовать жизнь на свой собственный вкус, иначе жизнь будет для нас пресной. Нам нужно самим решать вопросы, которые ставит перед нами жизнь, и обратная, психологическая сторона ситуации состоит в том, что, только попытки самостоятельно разобраться в жизненной ситуации – конечно, с помощью всего, что доступно нам, вроде книг, друзей, семинаров, мудрых людей и т.п. – только эти самостоятельные попытки имеют для нас неопровергнувшую убедительность, достоверность и очевидность, только это *входит в нас*. И в этом как раз и состоит суть того, что мы все находимся в ситуации, которая называется *экзистенциальной*.

Экзистенциализм – это литературно-философское направление, возникшее на рубеже 19-20 веков. В России писателями-экзистенциалистами считаются, прежде всего, Достоевский и Толстой,

которые в центр своих романов вынесли темы жизни человека, того, как в ней разобраться: человека на пороге тайны, человека перед бездной, «тварь ли я дрожащая, или право имею?»; с одной стороны – слеза замученного ребенка, с другой стороны – спасение мира. И каждый сам должен найти ответ на эти вопросы, сам должен принять решение.

Нет другого способа расти дальше, кроме как принять вызов этих вопросов, нужно быть героем и героиней. Без этого жизнь невозможна, без этого мы останемся там, где были, и не будет никакого познания. Поэтому наша жизнь имеет фундаментальное экзистенциальное измерение, каждый человек предстает перед «проклятыми» вопросами, которые он сам должен решить, потому что все решения, сделанные до него, не имеют к нему никакого отношения.

И эта неискоренимая ситуация, которую мы называем экзистенциальной, происходит из основополагающей ситуации человеческой жизни – из нашей ограниченности, из того, что человек существует в «зазоре бытия» но и из нашей свободы, из того, что нам нужно расти и постоянно выходить за границы тех представлений, в которых мы живем, за границы общепринятой человеческой жизни.

*Трансперсональное* в буквальном переводе на русский язык означает надличностное.

Личностное – это то, что связано с нами, живущими в этом обществе, в это время. Личность – это та психическая структура, которая соотносится с современным обществом, являясь как бы внутренним отражением того, что происходит в обществе. Недаром К.Маркс определял личность как ансамбль общественных отношений. Или можно представить личность как перекресток всех коммуникативных, энергетических, жизненных потоков, всех отношений, в которых мы участвуем.

И поэтому личность современного западного человека это субъект тех отношений, которые наиболее важны в этом обществе: свободного рынка, частной жизни, частной собственности, демократии и т.д.

Но когда мы говорим о transpersonal, о надличностном, мы говорим о том, что в глубине, о том, что универсально для всех людей, это все высшие общечеловеческие уровни психического.

Трансперсональная психология, в отличие от мейнстрим-психологии, связанной с изучением личностных структур, универсальна. Психология личности меняется от страны к стране, от эпохи к эпохе, а трансперсональная психология более универсальна, это психология глубины. Нельзя сказать, что лучше для жизни, что хуже. Для жизни необходимо знать и ту психологию, и другую. Нужно знать и азы взаимоотношений, и те роли, которые мы играем – родителя, ребенка и взрослого, – нужно знать психоанализ, но также нужно кое-что знать и о том мире, который предстанет перед нами, если мы дерзнем идти в глубины самих себя, если мы дерзнем знать больше, чем требуется от нас знать в мире общепринятым.

С этим связаны основные движущие силы трансперсональной психотерапии: с пониманием и с осознанным профессиональным использованием того факта, что наши основные проблемы связаны с нашей привязанностью к тем ролям, которые мы играем. Эти роли, которые являются источником нашей эффективности, нашей нормальности в отношении жизни на поверхности, одновременно являются и источником конфликтов, когда в нашей жизни происходит что-то, и мы неотвратимо начинаем расширяться, расти, путешествовать в глубину и т.д. И тогда эти роли являются одним из главных источников проблем, конфликтов, болезней. Ситуация исцеления в трансперсональной терапии всегда связана с выходом за пределы тех ролей, которые мы играем, тех ограничений, в которых мы живем, которые проявляются, как минимум, троекратным образом: в нашем видении (в нашем уме); в том, как движется энергия в нашем теле, в наших блокировках, в нашем дыхании, голосе, движении, всем том, как проявляется наша энергия; в нашем теле, болезнях, симптомах, синдромах и т.д.

И для того, чтобы выйти за их рамки, нам нужны достаточно мощные техники, достаточно глубокие знания и достаточно новые понимания природы реальности, природы человека и всего, что связано с человеческим миром, темой здоровья и болезни, с нашими основополагающими жизненными ситуациями.

## ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ МУЗЫКОТЕРАПИЮ

Н.Н.Свидро

Основополагающим принципом клинической музыкотерапии следует считать «изопринцип Алтшулера», который можно сформулировать, как лечение подобного подобным. Начиная с 30 годов XX столетия, этот принцип остается ключевым

при подборе музыкальных программ для многих сеансов музыкотерапии. Немецкая школа музыкотерапии прямо рекомендует изменение предписываемой музыки с изменением состояния пациента.

---

Подбор музыки осуществляется на основе личного прочувствования, погружения психотерапевта в музыкальные переживания и не только клинической оценки, но и эмпатического проникновения в переживания пациента. Психотерапевт должен не только хорошо понимать, что сейчас чувствует пациент, но и какие образы и чувства несет в себе предлагаемая музыкальная программа. Для этого необходимо хорошо изучить имеющиеся в личной музыкальной библиотеке психотерапевта произведения. Таким образом, на основе соединения личного опыта действия музыки и определения состояния пациента рождаются музыкальные рецепты индивидуального содержания.

Психотерапевту совершенно не обязательно знать музыкальную грамоту, уметь играть на музыкальном инструменте. Любой человек, кто слушает музыку, легко выделяет в ней такие составляющие как мелодию, гармонию и ритм. Их можно найти абсолютно в любом музыкальном произведении, даже в звуках природы, шуме прибоя, переливах музыки в стиле нью-эйдж. Наши наблюдения показывают:

- что мелодия, в основном, отвечает за формирование эмоционального и образного компонентов сеанса;
- гармония работает с такими феноменами как осознание, погружение, работа сознания в целом;
- а ритм физически ощущается телом человека, вызывает резонансные колебания полостей тела, что важно для соматизации действия музыки.

Музыкотерапию, в целом, можно классифицировать следующими способами:

1. По отношению к лечебному содержанию:
  - Шведская модель музыкотерапии предполагает музыку как собственно лечебное средство, **в ней заложены лечебные посылы**
    - Американская модель музыкотерапии предполагает, что музыка является **вспомогательным лечебным средством** и должна использоваться в различных дисциплинах (музыка в хирургии, музыка в стоматологии, музыка в неонатологии и.т.д.)
2. По взаимодействию с пациентом:
  - Играние музыки для пациента
  - Играние музыки пациентом
  - Играние музыки с пациентом
  - Прослушивание музыки пациентом (имплозии, релаксации, рекреационные, провокации, разрешения, катартические сеансы)
  - Прослушивание музыки с пациентом (коммуникативные сеансы)
3. По количеству участников процесса:
  - Индивидуальная
  - Групповая (коллективное прослушивание музыки, собственно групповая музыкотерапия)

Из индивидуальной музыкотерапии, хочется остановиться на сеансах прослушивания музыки, воспроизводимой посредством звуковой аппаратуры,

так как именно этот вариант индивидуальной музыкотерапии легкодоступен и не требует специального музыкального образования ни у психотерапевта, ни у пациента.

Из наиболее распространенных сеансов индивидуальной музыкотерапии можно выделить:

- Коммуникативные сеансы, основная цель которых, способствовать объединению психотерапевта и пациента и улучшать, таким образом, их рабочий контакт. Ранее рекомендовалось просто разговаривать с пациентом о музыке после прослушивания ее, что должно было объединять двух слушателей (пациента и психотерапевта) единой темой разговора, однако часто эта рекомендация не выполняется, в связи с желанием пациента решать именно ту проблему, разговаривать именно о том, с чем он обратился за помощью. В связи с этим, целесообразно рассматривать коммуникативное действие музыки, как средство облегчения взаимодействия. И пациент, и психотерапевт находятся при беседе о проблемах пациента в «едином музыкальном пространстве», если рядом включена музыка. Музыка в этом случае, как бы отгораживает их от всего окружающего, таким образом происходит подсознательное объединение двух людей, что не может не облегчать контакт между ними.

- Релаксационные сеансы – очень распространены и являются прекрасным средством как комплексного, так и индивидуального лечения и профилактики многих состояний, в том числе астенических реакций, невротических расстройств. Эти сеансы прекрасно сочетаются с любыми другими формами работы с пациентами. Их можно использовать не только как собственно средство лечения, но и как прекрасное средство опосредования воздействия, средство усвоивания пред и пост сеансовых воздействий, манипуляций и внушений психотерапевта.

- Имплозивные сеансы – сеансы нагнетания определенного аффекта, например аффекта тревоги. Являются прекрасным средством, позволяющим непосредственно на сеансе прорабатывать многие состояния беспокоящие пациента. Идея этих сеансов получила свое продолжение в виртуальной психотерапии, где как средство преподнесения выступает не музыка, вызывающая определенные образы и чувства (не только музыка), а виртуальные машины модулирующие эффект присутствия пациента в той или иной трудной для него ситуации. Имплозивные сеансы, по идее своей, сходны с «функциональными тренировками Слуцкого», однако менее трудоемки в работе в связи с тем, что не требуют поездок с пациентом к месту возникновения проблемы (например, звук поезда метро будет ассоциативно вызывать ощущение приближения паники и не нужно для работы с ней специально спускаться с пациентом в метро). Работая дальше с пациентом «по горячим следам», психотерапевт получает возможность проникнуть глубже в

переживания пациента, а пациент легче воспринимает научения психотерапевта.

• Сеансы-provокации – об этих сеансах необходимо говорить в связи с тем, что, работая с пациентом, мы можем получить ту или иную реакцию в ответ на воздействие на него музыкой. Например, мы заметили, что пациент отмечает сердцебиение, страх, покрывается холодным потом, при звуках стука колес поезда метро, который мы намеренно вставляем в музыкальный сеанс. Однако ранее, пациент не предъявлял активных жалоб на страх поездок в метро. Об этом только догадывался психотерапевт. Таким образом, сеансы-provокации можно рассматривать как специальные диагностические сеансы.

• Сеансы-разрешения – отдельный вид, или даже музыкальная модификация сеансов-разрешения, описанных Б.Е. Егоровым для пациентов с реакцией утраты. В отличие от сеансов-разрешения без музыкального сопровождения, позволяют качественное и, не встречая сопротивления пациента, спрятаться с симптомом плаксивости, зачастую ведущим у этой группы пациентов. Остальные симптомы (грусть, печаль) поддаются рациональной коррекции, а плаксивость, которая часто выходит из-под контроля и появляется у этих пациентов в самой «ненужной» ситуации, например в публичном месте, в кабинете начальника и т.д. сильно депрессирует пациента и делает его неработоспособным. В этих случаях хорошо помогают сеансы плача (разрешения), однако без музыкальной подводки, только усилием воли слезы вызвать бывает сложно. На музыкальных сеансах разрешения печальная музыка облегчает путь слезам и разрешает состояние пациента. Бесконтрольный плач редуцируется.

Разговаривая о групповых формах музыкотерапии, необходимо отметить, что классическую групповую музыкотерапию часто путают с коллективным прослушиванием музыки, когда группа людей объединяется в едином помещении для прослушивания той или иной музыкальной программы (иное название – программная музыкотерапия), с последующим обсуждением результатов действия сеанса. Перед сеансом психотерапевт, обычно, проводит то или иное предсеансовое внушение, а музыка лишь служит средством объединения группы слушателей и средством опосредования внушения проводимого психотерапевтом.

Собственно же классическая, распространенная в мире групповая музыкотерапия – это подчиненная всем законам групповой терапии работа группы, объединенной на основе создания единого продукта – музыки. При работе используются простые музыкальные инструменты (для игры на которых не нужно иметь особого навыка) – барабаны, ксилофоны, флейты, одностренные щипковые, погремушки, марacasы и т.д. Работу группы оценивают, используя все критерии оценки групповой динамики и развития.

Можно спорить с авторами многих книг о том, что вокалотерапия, хоровое пение и прочие методики с использованием текстового наполнения являются музыкотерапией. В этом случае музыкотерапией можно считать и сеансы гипноза с музыкальным сопровождением, особенно учитывая тот факт, что подбирать слова в этом сеансе, уже имея музыку для него, легче, нежели наоборот. Однако, во всех этих методах, словесное наполнение считают ничуть не меньшим лечебным фактором, что и музыкальное, а, следовательно, следует отнести их к другим классам психотерапии.

Вопрос об универсальной музыке является частым и однозначного ответа на него дать нельзя. С одной стороны, основываясь на клиническом подходе и следуя изопринципу Алтшулера, мы подбираем каждый раз индивидуальную программу для пациента с учетом его состояния, но с другой стороны все же можно выделить музыку, которая в большинстве случаев не повредит пациенту на сеансе. Это колыбельные песни Родины пациента, которые особенно хорошо воспринимаются при проигрывании их на музыкальной шкатулке (music box). Обработанные таким образом произведения воспринимаются подавляющим большинством пациентов как музыка, приводящая к релаксации.

Подбирая произведения для сеанса, следует тщательно изучить музыкальный и культуральный анамнезы пациента. Так пациенты, исповедующие пристрастия к тому или иному виду музыки, при прослушивании этой музыки, не воспринимают ее, как лечебный фактор, и, следовательно, можно считать музыкальное образование, музыкальные пристрастия, как относительное противопоказание к музыкотерапии. Обратный эффект от сеанса мы можем получить и при несоответствии ассоциативного ряда пациента с обычным (привычным ассоциативным рядом). Так, большинство пациентов из Германии воспринимают звуки каминов, горящий огонь, гудение вытяжки, как, безусловно, теплый релаксационный образ, вызывающий ощущение покоя и расслабления. Россияне же, в культуру отдохна которых мало проникли каминные и свечные ассоциации, воспринимают эти же звуки часто с тревогой, отмечают появление ощущения холода («костры разводят для согрева»), образа начавшегося пожара.

Важный вопрос, который нельзя обойти вниманием это аппаратура для сеансов музыкотерапии. На наш взгляд, на сегодня в работе удобнее всего использование мультимедийного компьютера, с возможностью составления плэй-листов, подключенного к высококачественному усилителю звука, с объемным разнесением звучания: 5.1 Dolby, DTS и прочих вариантов объемного разнесения. Интерес также представляют различные варианты звуковых карт с возможностью специальной обработки звучания (например, некоторые SoundBlaster

---

---

имеют возможность переключения между 128 объектами звучания – звук в лесу, в горах, в помещении.

Музыкальная терапия с интересом воспринимается пациентами и должна быть вариантом выбора при работе со многими, часто встречающимися

расстройствами. Методики музыкальной терапии легко воспроизводимы, не требуют огромного вложения средств. Эффективность музыкальной терапии, что доказано клиническими исследованиями, не ниже, чем у других методик психотерапии.

*Литература:*

1. Гринева И.М., Хохолева А.А. «Программная» музыкальная терапия - метод регуляции эмоционального состояния и психокоррекции. Вопросы психиатрической и наркологической помощи сельскому населению // 2 научно-практическая конференция психиатров и наркологов Донбасса. – Донецк, 1990
2. Сентябрь Н.Н. Физиологические эффекты совместного применения электросна и функциональной музыки // Тезисы докладов 19 Всесоюзной конференции «Физиологические механизмы адаптации к мыслительной деятельности». – Волгоград, 1988
3. Шевченко Ю.С. Музыкальная терапия в комплексном лечении и-п. расстройств у детей и подростков / Социальная и клиническая психиатрия, 1992
4. Брусиловский Л.С., Музыкальная терапия // Руководство по психотерапии. - Ташкент, 1985
5. Свидро Н.Н. Эмоциональные формы воздействия при невротических расстройствах // Сб. «Успехи теоретической и клинической медицины», 1995
6. Свидро Н.Н. Об использовании цвета, запаха, музыки в работе врача-психотерапевта // Сб. «Проблемы современной сексопатологии» / Материалы научно-практической конференции сексопатологов. - М., 1996
7. Свидро Н.Н. О совместном использовании цветового и музыкального воздействия для лечения больных невротической депрессией // Сб. «Психотерапия на рубеже тысячелетий - опыт прошлого, взгляд в будущее». - М., 1998
8. Свидро Н.Н. Использование цвета и музыки в комплексном лечении больных невротической депрессией // Дисс... на соискание степени к.м.н. - М., 1998

## СПЕЦИФИКА Я-КОНЦЕПЦИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ НАЦИЙ КАК ОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОВЕРИЯ В СИСТЕМЕ «ПСИХОТЕРАПЕВТ-КЛИЕНТ»

Н.Ю.Хусаинова

Я-концепция – уникальный феномен, фиксирующий меру и качество представленности человека в мире, является совокупностью представлений человека о самом себе, сопряженных с самооценкой. Я-концепция выполняет множество функций, среди которых особое место занимает способность Я-концепции сохранять самооценку и допускать в сознание человека только ту информацию, которая согласуется с ней как в осознаваемых, так и неосознаваемых ее аспектах.

В этом контексте представляет особый интерес исследование специфики функционирования четырех основных условий возникновения доверия между клиентом и психотерапевтом, описанных К.Роджерсом, а именно конгруэнтности, эмпатии, безусловно, позитивного отношения к клиенту и принятия психологом самого себя. Данный аспект исследования возник в связи с обнаруженным в совместной с Хафизовой Д. работе различием Я-концепций у студентов трех наций – татар, русских и евреев, проживающих в г. Казани. Возраст студентов 17-25 лет.

Методика обработки результатов теста «Кто Я?», предложенная М.Куном и Т.Макпартленом, была модифицирована. Предложенные ими рубрики «физическое Я» и «социальное Я», были объединены в одну под названием «статусное Я»; из рубрики «рефлексивное Я», при сохранении ее названия, была выделена подгруппа «прилагательные» (по мнению Р.Бернса, наличие в первых пяти самоописаниях прилагательных свидетельствует о том, что в детстве этого человека воспитывала ласковая мама, что становится основой не только способности к эмпатии, но и базой для развития асертивной личности). Рубрика «трансцендентное Я» была сохранена без изменений.

В качестве признаков позитивности Я-концепции принята Бернсовская модель (отсутствие в первых пяти высказываниях Я-структур, связанных с телом, ролью, социальным положением; уменьшение числа рефлексивных самоописаний с негативным знаком; увеличение числа абстрактных понятий и самоописаний, связанных с целью, мечтами,

а также появление трансцендентных характеристик). Результаты экспериментального исследования

Я-концепций представителей 3-х наций представлены в таблице 1.

Таблица 1

<b>нация</b>	<b>общее количество использованных слов</b>	<b>количество слов, использованных 1 человеком</b>	<b>рефлексивное Я</b>	<b>прилагательные</b>	<b>статусное Я</b>	<b>трансцендентальное Я</b>
татары	187	8,5	21 %	42 %	35 %	2 %
русские	186	8,4	23 %	33 %	36 %	8 %
евреи	176	8	14 %	26 %	40 %	20 %

Сопоставительный анализ этих показателей позволяет утверждать, что величина списков самоописаний в среднем у всех испытуемых меньше необходимых 10. Есть тенденция к удлинению этого списка у татар, что является косвенной характеристикой их большего психологического интереса к своему внутреннему миру. В самоописаниях испытуемых прилагательные чаще встречаются также у татар и реже всего у евреев. Аналогичные результаты обнаружены по рефлексивному «Я». В то же время «трансцендентное Я», по мнению

В.Б.Столина, являющееся признаком зрелости интеллектуальной сферы человека, а также появление *абстрактных выражений* – признака позитивности Я концепции, по Р.Берну, в большей мере представлены в самоописаниях евреев.

Высказывания, занимающие первые позиции, считаются более актуальными и значимыми для их автора, поэтому для большей наглядности, интересующие нас компоненты Я-концепции, фиксируя иерархию частоты их встречаемости у исследуемых нами наций, представлены в таблице 2.

Таблица 2

<b>татары</b>	<b>русские</b>	<b>евреи</b>
прилагательные	статусные	статусные
статусные	прилагательные	прилагательные
рефлексивные	рефлексивные	трансцендентные
трансцендентные	трансцендентные	рефлексивные

Как видим, показатель трансцендентности, самая важная положительная характеристика Я-концепции личности, только у евреев поднимается на позицию № 3. У русских и татар эта Я-структура занимает самую *нижнюю позицию*, фиксируя тем самым их меньшую личностную зрелость по сравнению с евреями. На позиции № 1 у русских и евреев находятся статусные характеристики, что, фиксируя актуальность и значимость этих представлений человека в мире для людей этих национальностей, по Р.Бернсу может интерпретироваться как их инфантилизм, т.к. по его данным наличие в самоописаниях «статусных» структур было характерно для подростков. У татар на первой позиции - прилагательные (см. таб. 2). С позиции модели Я-концепции Р.Бернса, наличие в первых

пяти самоописаниях прилагательных, несущих позитивную характеристику человека, означает, что его воспитывала ласковая мама. Кроме того, с позиции психоаналитической практики В.К.Лосевой, восприятие себя в терминах, интроецированных в раннем детстве, интерпретируется ею как недостаточная субъектность – самостоятельность и ответственность; люди, описывающие себя прилагательными, чувствуют себя как бы «приложенными» к кому-то важному для них, хотя именно эта же структура-Я позволяет утверждать, что эти люди имеют развитую эмоциональную сферу – основу эмпатии – важнейшего условия успешного взаимодействия людей.

Текстуальный анализ самоописаний позволил обнаружить, что значительная часть евреев (41%) подчеркивают свою национальную принадлежность

(для сравнения, татары пишут о своей нации только в 9% случаев, у русских же упоминания о национальности вообще не встретились).

В этом контексте уместно сослаться на В.Дятлова, который пишет, что сам термин «диаспора» (греч. – рассеяние) возник для обозначения и осмыслиения формы и способа многовекового существования еврейского народа среди множества различных культур, религий и народов в отрыве от страны своего исторического происхождения. И только позднее этот термин стал употребляться для обозначения всех народов, сохранивших свою этническую или этнорелигиозную идентичность, но живущих вне страны своего происхождения.

Известно, что для еврейского народа рассеяние превратилось в образ жизни, в особое устойчивое социально-экономическое, культурное, духовное состояние социума. Невозможность опоры на «национальный очаг» заставила искать такую опору в себе, в своей общине и в совокупности таких общин. Сохранение собственной идентичности становится в этих условиях насущной, повседневной задачей и работой, постоянным фактором рефлексии и жесткого внутриобщинного регулирования. Этому подчинялись все остальные формы жизни социума.

Для татарина же – представителя того народа, который прожил более 400 лет среди русифицированной культуры, но на земле своих предков, возник иной психологический механизм национальной идентификации на основе интроекции и асимиляции, которые по-разному влияли и продолжают оказывать воздействие на людей. З.Фрейд считает, что это часто приводит к неврозам, агрессии и меньшей нравственности.

Я-концепция измерялась также и по методике И.Калинаускаса, что позволило обнаружить особенности страхов, умений, предпочтений наших испытуемых и другие инструментальные составляющие Я-концепции.

Исследование обнаружило, что независимо от национальности, «внешние» страхи преобладали над «внутренними», но мера этого преобладания была различна: у евреев - в 3,7 раза, у татар - в 2,8 раза, у русских - в 1,9 раза, недвусмысленно обнаруживая подлинную психологическую специфику внутренней жизни этих людей в Татарстане – части России.

При этом страхи, связанные с невозможностью удовлетворить свои «физиологические» потребности, полностью отсутствовали независимо от национальности испытуемых, что является косвенным подтверждением достоверности наших результатов, т.к. все студенты – жили в семье, где обеспечивались их базовые потребности.

Интересен экспериментально обнаруженный факт различной частоты встречаемости страхов, связанных с потребностью в безопасности, в зависимости от национальной принадлежности испытуемых. У евреев этот тип страхов представлен в 77% случаев, у русских в 54%, у татар – в 50%, что выявило скрытую форму психологической специфики этнических особенностей испытуемых.

Результаты анализа страхов, связанных с возможностью не удовлетворить потребность в привязанности, неожиданно подтвердили хорошо известные факты поддержки евреями своих людей, рассеянных по всему миру, и недостаточную дружественность татарского народа, исторически подтвержденную покорением их разрозненных ханств русским государством в 16 веке. В цифрах этот вывод подтвержден следующей последовательностью частот встречаемости этих страхов в зависимости от нации: татары – 54, 5%, русские – 27% и евреи – 9%. Причем, страхи, связанные с потребностью в уважении встречаются в 13,6% у русских и в 9% у татар. Евреи таких страхов не имеют вообще, как и не имеют страхов в самореализации. Все эти результаты не только интересны, но и вызывают доверие, т.к. согласуются с хорошо известным фактом – именно среди евреев самое большое число образованных людей в мире.

Позитивным национально-политическим признаком развития молодежи в Татарстане является то, что и у татар, и у русских страхи, связанные с невозможностью реализовать потребность в самоактуализации, представлены лишь в единичных случаях.

Заслуживающим внимания является факт отсутствия страхов, связанных с удовлетворением когнитивной потребности, что вновь соответствует реальному положению вещей: все испытуемые студенты и при желании каждый из них, независимо от национальности, имеет возможность изучить все, что дает и система образования, и компьютерные Интернет-сети и библиотеки. Одновременно этот результат становится основой для выражения доверия и другим нашим результатам и выводам.

Таким образом, можно утверждать, что Я-концепция человека, принадлежащего к конкретной нации, отражает не только его индивидуальную меру представленности в мире, но и фиксирует специфику представленности самой этой нации в мире. Этот факт приобретает чрезвычайное значение для выделения особого статуса феномена Я-концепции не только в теории психологии, но и преднамеренным исследованиям в практической психотерапии и психологическом консультировании, где доверие в системе «психотерапевт-клиент» предопределяет успех и консультирования, и терапии.

## ПСИХИАТРИЯ

### АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.Х.Айбасова

г. Алматы

Фактические данные по услугам сектора первичной профилактики в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в 55 учреждениях (кабинетах) служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах, действующих в 5 регионах – южном, северном, восточном, западном и центральном – Республики Казахстан; 27 психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических диспансерах, соматических поликлиниках и как самостоятельные кабинеты (лицензионная практика); 14

медицинско-психологических структурных подразделениях, из которых 8 являются патопсихологическими лабораториями в психиатрических больницах, а 6 других – самостоятельными кабинетами психологического консультирования. При анализе параметра соответствия реального сектора услуг в сфере первичной профилактики эталонно-нормативным требованиям учитывалась специфика основных служб психического здоровья – психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической. Результаты исследования по данному параметру представлены на схеме 1.

Схема 1

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта услуг сектора первичной профилактики в сфере психического здоровья населения РК (n=55)*

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность услуг	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа
1	<b>Неспецифические технологии первичной профилактики в сфере психического здоровья</b>	+ –	+ –
1.1	<i>Класс информационных технологий</i>	+ –	+ –
1.1.1	Создание постоянно действующего конвейера адекватных публикаций по теме психического здоровья в СМИ	–	–
1.1.2	Создание постоянно действующего конвейера адекватных видео и радио презентаций по теме психического здоровья в электронных СМИ	–	–
1.1.3	Создание специализированных сайтов по проблемам активного формирования психического здоровья в Интернете	–	–
1.1.4	Создание служб телефонного консультирования по проблемам психического здоровья в Республиканском, региональном и местном масштабе	2	3,6%
1.2	<i>Класс просветительских программ для всего населения, включая программы ЗОЖ</i>	+	+
1.2.1	Программы обучения семей по вопросам психического здоровья (адекватное воспитание)	7	2,7%
1.2.2	Программы обучения учащихся детей, подростков, молодежи (адекватное образование)	2	3,6%
1.2.3	Программы обучения педагогов, психологов, социальных педагогов, педагогов-валеологов, действующих в образовательных и воспитательных учреждениях	2	3,6%
1.3	<i>Класс административных технологий</i>	+	+
1.3.1	Программы обучения руководителей конструктивному стилю общения и управления персоналом	4	7,3%
1.3.2	Системная работа с персоналом учреждений, предприятий, организаций по формированию позитивного психологического «климата» в коллективе	2	3,6%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность услуг	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа
		n=55	
1.3.3	Введение института психологического консультирования на производствах, предприятиях, организациях	4	7,3%
1.4	<i>Класс системных технологий</i>	—	—
1.4.1	Технологии многоуровневого (объединяющего несколько классов услуг) системного воздействия с целью улучшения состояния и повышения уровня психического здоровья населения (масштаб локального населенного пункта)	—	—
1.4.2	Технологии многоуровневого (объединяющего несколько классов услуг) системного воздействия с целью улучшения состояния и повышения уровня психического здоровья населения (масштаб региона)	—	—
1.4.3	Технологии многоуровневого (объединяющего несколько классов услуг) системного воздействия с целью улучшения состояния и повышения уровня психического здоровья населения (масштаб страны)	—	—
2	<b>Специфические диагностические технологии</b>	+ —	+ —
2.1	<i>Класс диагностических технологий, определяющих уровень психического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп)</i>	+	+
2.1.1	Социологические методы диагностики с использованием анкетирования, опроса и последующего статистического анализа	2	3,6%
2.1.2	Социально-психологические методы диагностики (диагностики уровня психического здоровья в малых группах)	4	7,3%
2.1.3	Психологические методы диагностики (в частности – патопсихологические)	14	25,5%
2.2.	<i>Класс диагностических технологий, определяющих уровень психологического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп)</i>	+	+
2.2.1	Специализированные методы социологической диагностики	2	3,6%
2.2.2	Специализированные методы социально-психологической диагностики	4	7,3%
2.2.3	Специализированные методы психологического тестирования	14	25,5%
2.3	<i>Класс диагностических технологий формирования групп риска по определенному профилю проблем психического здоровья</i>	—	—
2.3.1	Монофакторная диагностика определения групп риска	—	—
2.3.2	Многофакторная диагностика определения групп риска	—	—
3	<b>Специализированные превентивные технологии в сфере психического здоровья</b>	+ —	+ —
3.1	<i>Класс технологий превенции умственной отсталости</i>	+ —	+ —
3.1.1	Превенция расстройств, вызванных йодной недостаточностью	—	—
3.1.1.1	Йодирование поваренной соли или воды в источнике водоснабжения	—	—
3.1.1.2	Лечение лиц, относящихся к группе риска, йодированным маслом или раствором Люголя	—	—
3.1.2	Превенция синдрома Дауна	—	—
3.1.2.1	Рекомендации женщинам в возрасте старше 35 лет воздерживаться от деторождения	—	—
3.1.2.2	Осуществление амниоцентеза при беременности у женщин старше 35 лет	—	—
3.1.3	Превенция алкогольного синдрома плода	18	32,7%
3.1.3.1	Использование скрининговых тестов для выявления женщин из группы риска	—	—
3.1.3.2	Рекомендации женщинам воздерживаться от употребления алкоголя в период беременности	18	32,7%
3.1.3.3	Предупреждение женщин, что употребление алкоголя во время, близкое к зачатию, увеличивает риск для ребенка	18	32,7%
3.1.4	Превенция фенилкетонурии	—	—
3.1.4.1	Скрининг всех новорожденных для диагностики фенилкетонурии	—	—
3.1.4.2	Лечение специальной диетой с низким содержанием фенилаланина	—	—
3.1.4.3	Рекомендации женщинам с фенилкетонурсией воздерживаться от деторождения	—	—
3.2.	<i>Класс технологий превенции эпилепсии</i>	+ —	+ —

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность услуг	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа n=55
3.2.1	Обеспечение адекватного перинатального ухода за матерью и внедрение практики безопасных родов	—	—
3.2.2	Распространение программ вакцинации от инфекционных заболеваний	—	—
3.2.3	Принятие экологических мер для контроля паразитарных болезней	—	—
3.2.4	Снижение температуры тела лихорадящей ребенка	—	—
3.2.5	Обеспечение безопасности дорожного движения и соблюдение правил безопасности дома и на рабочем месте	—	—
3.2.6	Снижение повышенного кровяного давления	17	30,9%
3.2.7	Обеспечение генетическим консультированием	—	—
3.3	<i>Класс технологий превенции суицидов (самоубийств)</i>	+ —	+ —
3.3.1	Выявление и лечение людей, страдающих депрессией	41	74,5%
3.3.2	Ограничение доступа к огнестрельному оружию	14	25,5%
3.3.3	Детоксикация бытового газа и автомобильных выхлопных газов	—	—
3.3.4	Контроль доступа к токсическим веществам и лекарствам	14	25,5%
3.3.5	Лишние привлекательности сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации	—	—
3.3.6	Установление физических барьеров, ограничивающих возможность прыжков с высоты	—	—
3.4	<i>Класс технологий превенции синдрома сгорания</i>	+ —	+ —
3.4.1	Избегание предъявления слишком высоких требований к лицам, оказывающим помочь другим людям	—	—
3.4.2	Обеспечение равномерного распределения удовлетворяющих заданий между сотрудниками	—	—
3.4.3	Обучение сотрудников распределению времени и техникам релаксации	17	30,9%
3.4.4	Модификация работ, вызывающих слишком большой стресс	—	—
3.4.5	Поощрение формирования группы поддержки	4	7,3%
3.4.6	Наличие возможности работы на часть ставки	—	—
3.4.7	Поощрение сотрудников к участию в принятии решений, влияющих на условие работы	4	7,3%
4	<b>Специализированные технологии развития психологического здоровья</b>	+ —	+ —
4.1	<i>Класс специальных психотерапевтических технологий</i>	+ —	+ —
4.1.1	Технологии социальной психотерапии	—	—
4.1.2	Технологии групповой психотерапии	21	38,2%
4.1.3	Технологии индивидуальной психотерапии	33	60,0%
4.2	<i>Класс специальных технологий психологического консультирования</i>	+	+
4.2.1	Технологии психологического консультирования экзистенциально-гуманистического направления	7	12,7%
4.2.2	Технологии психологического консультирования психодинамического направления	2	3,6%
4.2.3	Технологии психологического консультирования когнитивно-бихевиорального направления	18	32,7%
4.2.4	Технологии психологического консультирования интегративного направления	21	38,2%
4.3	<i>Класс специальных технологий социально-психологических тренингов</i>	+	+
4.3.1	Технологии социально-психологических тренингов, направленные на форсированное развитие определенных свойств, обеспечивающих высокие уровни психологического здоровья	1	1,8%
4.3.2	Технологии социально-психологических тренингов, направленные на адекватную интеграцию и доступ к психологическим ресурсам индивида группы	6	10,9%

Как видно из схемы 1 из четырех профилей первично-профилактических технологий:

- неспецифических технологий первичной профилактики в сфере психического здоровья;

- 
- специфических диагностических технологий;
  - специализированных превентивных технологий в сфере психического здоровья;
  - специализированных технологий в сфере развития психологического здоровья - все 4 профиля действующего стандарта услуг сектора первичной профилактики представлены лишь частично.

Из четырех классов первого профиля (неспецифические технологии первичной профилактики в сфере психического здоровья):

- класс информационных технологий;
- класс просветительских программ для всего населения, включая программы ЗОЖ;
- класс административных технологий;
- класс системных технологий - первый класс представлен частично (реализуется лишь одна спецификация услуг из четырех возможных); второй класс представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); третий класс представлен также полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); четвертый класс не представлен вовсе (ни одна из четырех спецификаций не реализуется).

Из трех классов профиля специфических диагностических технологий:

- класс диагностических технологий, определяющих уровень психического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп);
- класс диагностических технологий, определяющих уровень психологического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп);
- класс диагностических технологий формирования групп риска по определенному профилю проблем психического здоровья - первый класс представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); второй класс, также, представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); третий класс не представлен (не реализуется ни одна спецификация услуг из двух возможных).

Из четырех классов первично-профилактических услуг профиля специализированных превентивных технологий в сфере психического здоровья:

- класс технологий превенции умственной отсталости;
- класс технологий превенции эпилепсии;
- класс технологий превенции суицидов;
- класс технологий превенции синдрома скотания - все четыре класса представлены лишь частично. Первый класс представлен тремя спецификациями услуг из десяти возможных. Второй – одной из семи возможных. Третий – тремя из шести возможных. Четвертый – двумя из шести возможных. Из трех классов первично-профилактических услуг профиля специализированных технологий развития психологического здоровья:

- 
- класс специальных психотерапевтических технологий;
  - класс специальных технологий психологического консультирования;
  - класс специальных технологий социально-психологических тренингов - первый класс представлен частично (две спецификации услуг из трех возможных); второй класс представлен полностью (четыре спецификации услуг из четырех возможных); третий класс также представлен полностью (две спецификации услуг из двух возможных).

Таким образом, из 14 классов услуг первично-профилактического сектора, реализуемых службами психического здоровья, 6 – представлены полностью; 6 – представлены частично; 2 – не представлены.

Объем реализации конкретных спецификаций услуг, показываемый процентным соотношением числа учреждений, где данная услуга реализуется, к общему количеству исследуемых специализированных учреждений, представлен на схеме 11. Из полученных данных следует, что из 60 спецификаций первично-профилактических услуг реализуются 29, а 31 не реализуется. Объем реализации каждой спецификации колеблется от 1,8% до 74,5%, но в среднем не превышает 11,14% на каждую из 29 реализуемых спецификаций услуг первично-профилактического сектора. Таким образом, можно считать, что рекомендуемый стандарт первично-профилактических услуг в сфере психического здоровья, по показателям ассортимента реализуется на 48,3%. А по показателям объема, не более чем на 11,14%.

Все высказанное дает основания оценивать уровень соответствия действующего стандарта первично-профилактических услуг в сфере психического здоровья современным требованиям как недостаточный.

К анализу данного стандарта следует добавить существенную деталь: отсутствие утвержденной государственной межведомственной программы в области психического здоровья, где были бы четко обозначены зоны ответственности конкретных служб и звеньев системы психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи в секторе первичной профилактики, затрудняет необходимую дифференциацию и анализ данного сектора и, соответственно, стандарта услуг. Данное обстоятельство лишь подчеркивает необходимость формирования адекватного системно-развивающего комплекса стандартов в рассматриваемой сфере.

Таким образом, существует необходимость в совершенствовании стандарта первично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Министерства здравоохранения РК.

---

---

## АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ВТОРИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

---

Г.Х.Айбасова

г. Алматы

Экспериментальные данные по услугам сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в 32 специализированных учреждениях и кабинетах служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах, 10 психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических учреждениях и соматических поликлиниках, 8 медико-психологических структурных подразделениях, 4 из которых являются патопсихологическими лабораториями в психиатрических больницах, а четыре других – самостоятельными кабинетами психологического консультирования. При анализе параметров соответствия ассортимента реально оказываемых услуг в секторе вторичной профилактики требованиям эталонного стандарта учитывалась специфика основных служб психического здоровья – психиатрической,

психотерапевтической, медико-психологической. Результаты, полученные по данному фрагменту, отражены в итоговой схеме 1.

Как видно из схемы 1 из одиннадцати профилей вторично-профилактических услуг:

- профиль информационных услуг сектора вторичной профилактики, в сфере психического здоровья населения;
- профиль диагностических услуг сектора вторичной профилактики;
- профиль специфических лечебных технологий;
- профиль неспецифических лечебных технологий;
- профиль форм оказания специализированных лечебно-диагностических услуг;
- профиль возрастной специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль нозологической специализации лечебно-диагностических услуг.

Схема 1

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта услуг секторов вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения РК (n=32)*

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа учреждений
n=32			
1	<b>Профиль информационных услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения</b>	+ –	+ –
1.1	Класс информационных услуг, предоставляемых пациенту, его родственникам, близким, законным представителям (опекунам) в связи с фактом заболевания	+ –	+ –
1.1.1	Информирование (консультирование) пациента, его родственников, законных представителей по вопросам обеспечения прав пациента в связи с фактом болезни и обращением (оказанием) специализированной психиатрической помощи	12	85,7%
1.1.2	Информирование (консультирование) пациента, его родственников и законных представителей об услугах психиатрического профиля и порядке их оказания в специализированном лечебном учреждении (согласно действующего законодательства в сфере психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании)	14	100%
1.1.3	Информирование (консультирование) пациента, его родственников, законных представителей о возможных последствиях того или иного лечебно-реабилитационного маршрута, равно как и отказа от лечения	7	50%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
1.1.4	Дистанционное (заочное) информирование и консультирование пациентов, их родственников и представителей по вопросам диагностики, лечения и обеспечения прав психически больных	3	21,4%
1.1.5	Организация специализированных информационных сайтов в Интернете, выпуск тематических буклетов, информационных бюллетеней по вопросам реализации прав граждан на квалифицированную психиатрическую помощь и поддержку	—	—
1.1.6	Регулярное информирование и совместное обсуждение динамики изменений состояния и возможностей коррекции лечения с пациентом, его близкими и законными представителями	14	100%
1.2	<i>Класс информационных услуг, предоставляемых пациенту, вне зависимости от факта заболевания</i>	+	+
1.2.1	Возможность очных встреч и контактов с родными, близкими, законными представителями и иными лицами по желанию пациента и договоренности с данными лицами	14	100%
1.2.2	Возможность телефонных и иных дистанционных контактов (связь через Интернет) с кем-либо из окружения пациента	14	100%
1.2.3	Возможность почтовой или электронной переписки	14	100%
1.2.4	Возможность знакомства с программами СМИ, просмотра телепередач, прослушивания радиопередач	14	100%
1.2.5	Возможность пользоваться библиотекой, приобретать нужные газеты, журналы	12	85,7%
2	<b>Профиль диагностических услуг сектора вторичной профилактики</b>	+ —	+ —
2.1	<i>Класс функциональной диагностики</i>	+ —	+ —
2.1.1	Электрокардиография (ЭКГ)	14	100%
2.1.2	Фонокардиография	—	—
2.1.3	Ультразвуковая диагностика состояния внутренних органов (УЗИ)	4	28,6%
2.2.	<i>Класс нейрофизиологической диагностики</i>	+ —	+ —
2.2.1	Электроэнцефалография (ЭЭГ)	8	57,1%
2.2.2	Электроэнцефалография с модификациями и компьютерным анализом данных	3	21,4%
2.2.3	Реоэнцефалография сосудов мозга с компьютерным анализом данных	2	14,3%
2.2.4	Доплерография сосудов мозга с компьютерным анализом данных	—	—
2.2.5	Эхо-энцефалоскопия мозга	2	14,3%
2.2.6	Исследование глазного дна	12	85,7%
2.3	<i>Класс клинической диагностики</i>	+	+
2.3.1	Клиническая лабораторная диагностика	14	100%
2.3.2	Биохимическая лабораторная диагностика	8	57,1%
2.3.3	Бактериологическая лабораторная диагностика	12	85,7%
2.3.4	Серологическая лабораторная диагностика	12	85,7%
2.3.5	Цитологическая лабораторная диагностика	4	28,6%
2.3.6	Консультирование и клиническая диагностика по терапевтическому профилю	14	100%
2.3.7	Консультирование и клиническая диагностика по неврологическому профилю	13	92,85%
2.3.8	Консультирование и клиническая диагностика по хирургическому профилю	14	100%
2.3.9	Консультирование и клиническая диагностика по стоматологическому профилю	14	100%
2.3.10	Консультирование и клиническая диагностика по гинекологическому профилю	14	100%
2.3.11	Консультирование и клиническая диагностика по инфекционному профилю	10	71,4%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
2.3.12	Консультирование и клиническая диагностика по фтизиатрическому профилю	14	100%
2.3.13	Консультирование и клиническая диагностика по офтальмологическому профилю	12	85,7%
2.3.14	Консультирование и клиническая диагностика по отоларингологическому профилю	10	71,4%
2.3.15	Консультирование и клиническая диагностика по педиатрическому профилю	8	57,4%
2.4	<i>Класс рентгенологической диагностики</i>	+ –	+ –
2.4.1	Рентгеноскопия черепа и внутренних органов	12	85,7%
2.4.2	Рентгенография черепа и внутренних органов	12	85,7%
2.4.3	Рентгенография черепа и внутренних органов с использование контрастных веществ	1	7,1%
2.4.4	Рентгенография черепа и внутренних органов с компьютерной обработкой изображения	–	–
2.4.5	Компьютерная томография мозга и внутренних органов	–	–
2.5	<i>Класс клинико-психопатологической диагностики</i>	+ –	+ –
2.5.1	Использование диагностических критерии МКБ-10	24	100%
2.5.2	Использование принципов многоосевой диагностики проблемного статуса пациента	–	–
2.6	<i>Класс патопсихологической диагностики и клинико-психологической диагностики</i>	+	+
2.6.1	Диагностика патологических проявлений в психических процессах и уровнях функционирования личности индивида	8	100%
2.6.2	Диагностика сохранных «островов» психики и особенностей реакции личности на болезнь	4	50%
3	<b>Профиль специфических лечебных технологий</b>	+ –	+ –
3.1	<i>Класс биологической терапии</i>	+ –	+ –
3.1.1	Психофармакотерапия	14	100%
3.1.1.1	Технологии лечения нейролептиками	14	100%
3.1.1.2	Технологии лечения транквилизаторами	14	100%
3.1.1.3	Технологии лечения антидепрессантами	14	100%
3.1.1.4	Технологии лечения психостимуляторами	8	57,1%
3.1.1.5	Технологии лечения антиконвульсантами	14	100%
3.1.1.6	Технологии лечения нейрометаболитическими церебропротекторами	10	71,4%
3.1.1.7	Технологии лечения нормотимиками	10	71,4%
3.1.1.8	Технологии лечения корректорами экстрапирамидных побочных эффектов	12	85,7%
3.1.2	Инсулинотерапия	2	14,3%
3.1.3	Атропино-коматозная терапия	–	–
3.1.4	Электросудорожная терапия	2	14,3%
3.1.5	Эфферентная терапия	–	–
3.1.5.1	Гемодиализ	–	–
3.1.5.2	Плазмоферез	–	–
3.1.5.3	Цитоферез	–	–
3.1.5.4	Гемосорбция	1	7,1%
3.1.5.5	Плазмосорбция	–	–
3.1.5.6	Гемофильтрация	–	–
3.1.5.7	Гемоксигенация	–	–
3.1.6	Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)	–	–
3.1.7	Физиотерапия и другие нелекарственные методы терапии	10	71,4%
3.1.7.1	Оксигенобаротерапия	–	–

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		n=32	% от общего числа учреждений
3.1.7.2	Рефлексотерапия	4	28,6%
3.1.7.3	Лазеротерапия	3	21,4%
3.1.7.4	Магнитотерапия	—	—
3.1.7.5	Фототерапия	—	—
3.1.7.6	Депривация сна	2	14,3%
3.1.7.7	Разгрузочно-диетическая терапия	2	14,3%
3.1.7.8	Специальный массаж	3	21,4%
3.1.7.9	ЛФК (лечебная физкультура)	6	42,85%
3.1.8	Технологии интенсивной психофармакотерапии	6	42,85%
3.1.8.1	С одномоментным обрывом	4	28,6%
3.1.8.2	С одномоментным обрывом и форсированным диурезом	4	28,6%
3.1.8.3	Титрационным введением базисного психофармакологического средства	3	21,4%
3.1.9	Технологии форсированной инсулинопоматозной терапии	2	14,3%
3.1.10	Технологии модифицированной электросудорожной терапии	2	14,3%
3.1.10.1	Унилатеральная ЭСТ	2	14,3%
3.1.10.2	ЭСТ с премедикацией	1	7,1%
3.2.	<i>Класс психотерапии</i>	+ —	+ —
3.2.1	Технологии основных направлений психотерапии	+	+
3.2.1.1	Методы психотерапии психодинамического направления	1	10,0%
3.2.1.2	Методы психотерапии когнитивно-бихевиорального направления	7	70%
3.2.1.3	Методы психотерапии экзистенциально-гуманистического направления	4	40%
3.2.1.4	Методы психотерапии семейного направления	3	30%
3.2.1.5	Методы психотерапии суггестивного направления	6	60%
3.2.1.6	Методы психотерапии эклектического и интегративного направления	7	70%
3.2.2	Технологии основных моделей психотерапии	+ —	+ —
3.2.2.1	Методы медицинской модели психотерапии	8	80%
3.2.2.2	Методы педагогической модели психотерапии	4	40%
3.2.2.3	Методы психологической модели психотерапии	7	70%
3.2.2.4	Методы социальной модели психотерапии	—	—
3.2.2.5	Методы философской модели психотерапии	—	—
3.2.2.6	Методы религиозно-мистической модели психотерапии	—	—
3.2.3	Технологии основных форматов психотерапии	+ —	+ —
3.2.3.1	Методы аутопсихотерапии (аутогенной психотерапии)	4	40%
3.2.3.2	Методы индивидуальной психотерапии	10	100%
3.2.3.3	Методы психотерапии в малых и средних группах	4	40%
3.2.3.4	Методы психотерапии в больших группах	—	—
3.2.4	Интенсивные психотерапевтические технологии	+	+
3.2.4.1	Методы среднесрочной психотерапии	10	100%
3.2.4.2	Методы краткосрочной психотерапии	4	40%
3.2.4.3	Методы экспресс-психотерапии	2	20%
3.2.4.4	Методы стресс-шоковой психотерапии	2	20%
3.3	<i>Класс социально-психологической терапии</i>	+	+
3.3.1	Социально-психологические методы коррекции, восстановления и развития нарушенных психических функций	4	50%
3.3.1.1	Социально-психологический тренинг сенситивных функций	3	37,5%
3.3.1.2	Социально-психологический тренинг коммуникативных функций	3	37,5%
3.3.1.3	Социально-психологический тренинг адаптивных функций (навыков по самообслуживанию, самопомощи, взаимопомощи)	2	25%
3.3.1.4	Социально-психологический тренинг креативных функций	2	25%
3.3.1.5	Социально-психологический тренинг интегративных функций (трудовых, социальных и т.д.)	1	12,5%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
3.4	<i>Класс комплексных реабилитационных программ</i>	+	+
3.4.1	Индивидуальные реабилитационные программы (сочетающие оптимальные виды био-психо-социального воздействия на пациента в сочетании с особым реабилитационным режимом прохождения программы)	1	7,1%
3.4.2	Групповые реабилитационные программы без учета нозологической специфики (основной акцент делается на организацию терапевтического сообщества по модели М.Джонса)	1	7,1%
3.4.3	Групповые реабилитационные программы с учетом нозологической специфики	1	7,1%
4	<b>Профиль неспецифических лечебных технологий</b>	+	+
4.1	<i>Медикаментозная терапия по различным непсихиатрическим нозологическим профилям (терапевтическому, неврологическому, инфекционному и т.д.)</i>	14	100%
4.2	<i>Немедикаментозная терапия по различным непсихиатрическим нозологическим профилям, адекватная состоянию пациента (включая относительно простые хирургические стоматологические операции и т.д.)</i>	10	71,4%
4.3	<i>Физиотерапевтические методы лечения по показаниям</i>	10	71,4%
5	<b>Профиль формы оказания специализированных лечебно-диагностических услуг</b>	+	+
5.1	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в режиме скорой и неотложной помощи</i>	10	71,4%
5.2	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в режиме стационарной помощи</i>	14	100%
5.3	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в условиях дневного стационара</i>	8	57,1%
5.4	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в условиях ночного стационара</i>	1	7,1%
5.5	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в амбулаторном режиме (диспансерное отделение или кабинет)</i>	14	100%
5.6	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые во внедиспансерных условиях (помощь на дому, анонимных кабинетах, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, сторонних учреждениях и организациях, дистанционное (телефонное) консультирование и т.д.)</i>	8	57,1%
6.	<b>Профиль возрастной специализации лечебно-диагностических услуг</b>	+	+
6.1	<i>Лечебно-диагностические услуги, специализированные для детского возраста</i>	10	71,4%
6.2	<i>Лечебно-диагностические услуги, специализированные для подросткового возраста</i>	10	71,4%
6.3	<i>Лечебно-диагностические услуги педиатрического профиля</i>	1	7,1%
7	<b>Профиль нозологической специализации лечебно-диагностических услуг</b>	+	+
7.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по профилю общих психозов</i>	18	100%
7.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по пограничному профилю (классу психических расстройств, не сопровождающихся острыми психотическими проявлениями, грубыми нарушениями памяти, интеллекта, контроля за поведением)</i>	6	42,8%
		10	100%
7.3	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по психосоматическому профилю</i>	2	14,3%
7.4	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по сомато-психиатрическому профилю</i>	3	21,4%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
7.5	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по фтизиатрическому профилю</i>	12	85,7%
7.6	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по инфекционному профилю</i>	2	14,3%
7.7	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по наркологическому (алкоголизму) профилю</i>	8	57,1%
7.8	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по наркологическому (наркомании) профилю</i>	6	42,8%
7.9	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по профилю органических расстройств и эпилепсии</i>	4	28,6%
8	<b>Профиль экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг</b>	+	+
8.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением военной экспертизы</i>	18	100%
8.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением трудовой экспертизы</i>	18	100%
8.3	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением судебной экспертизы</i>	18	100%
8.4	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с прохождением курсов принудительного лечения</i>	10	71,4%
9.	<b>Профиль специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности</b>	+	+
9.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в отделениях интенсивной терапии психозов</i>	1	7,1%
9.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в реабилитационных и ресоциализационных отделениях</i>	1	7,1%
10.	<b>Профиль услуг, направленных на обеспечение собственной безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц</b>	+	+
10.0.1	Принудительная госпитализация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с действующими правовыми нормами и неотложными показаниями	14	100%
10.0.2	Фиксация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с утвержденным правовым оформлением подобных действий и неотложными показаниями	10	71,4%
10.0.3	Надзор, осуществляемый в палатах интенсивного наблюдения	14	100%
10.0.4	Надзор, осуществляемый в отделениях острых психозов	14	100%
10.0.5	Наблюдение, осуществляющееся в общепсихиатрических отделениях	14	100%
11	<b>Профиль правовых и социальных услуг</b>	+-	+-
11.1	<i>Класс юридических услуг</i>	+	+
11.1.1	Юридическое консультирование пациента, его родственников, законных представителей по вопросам охраны его законных прав в связи с фактом психического заболевания и возможностью (необходимостью) оказания специализированной психиатрической помощи	4	28,6%
11.1.2	Юридическое консультирование по вопросам гражданских прав пациента (например, в области жилищного законодательства и т.д.)	4	28,6%
11.1.3	Защита прав пациента в суде	2	14,3%
11.2	<i>Класс организационно-правовых услуг</i>	+	+
11.2.1	Обеспечение конфиденциальности относительно контактов пациента с психиатрической службой	8	57,1%
11.2.2	Проведение процедуры психиатрического освидетельствования в соответствие с действующим законодательством в сфере психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании	3	21,4%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
11.2.3	Оформление временной нетрудоспособности	14	100%
11.2.4	Направление на ВКК в связи с необходимостью продления лечения	14	100%
11.2.5	Оформление прав на пособия и льготы, возникающие в связи с фактом психического заболевания	14	100%
11.2.6	Направление на трудовую экспертизу в связи с необходимостью пересмотра условий и возможности труда	14	100%
11.2.7	Направление на ВКК в связи с необходимостью изменения условий обучения или временного прекращения обучения	8	57,1%
11.3	<i>Класс технологий социальной поддержки</i>	+ –	+ –
11.3.1	Выплата пособий по временной нетрудоспособности	–	–
11.3.2	Бесплатный отпуск лекарств	4	28,6%
11.3.3	Льготный проезд в транспорте	4	28,6%
11.3.4	Выплата пособий родственникам пациентов, в связи с необходимостью ухода за ними	–	–

- профиль экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности;
- профиль услуг, направленных на обеспечение собственной безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц;
- профиль правовых и социальных услуг - первый, второй, третий и одиннадцатый профили представлены частично (4 из 11); остальные 7 - представлены, практически, полностью (схема 1).

Из двух классов профиля информационных услуг первый представлен частично, а второй – полностью (схема 1).

Из шести классов профиля диагностических услуг первый, второй, четвертый и пятый классы (всего - 4) представлены частично; два других – полностью (схема 1).

Из четырех классов профиля специфических лечебных технологий два представлены частично (первый и второй); два других (третий и четвертый) – представлены полностью (схема 1).

Из двух классов профиля неспецифических лечебных технологий оба представлены полностью (схема 1).

Из шести классов профиля формы оказания специализированных лечебно-диагностических услуг – все шесть представлены полностью (схема 1).

Из трех классов услуг профиля возрастной специализации – все три представлены полностью (схема 1).

Из девяти классов профиля нозологической специализации лечебно-диагностических услуг – представлены все девять (схемы 1).

Из четырех классов профиля экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг – представлены все четыре (схемы 1).

Из двух классов профиля специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности – оба представлены полностью (схемы 1).

Один класс (одноименных с профилем) услуг, направленных на обеспечение безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц, представлен полностью (схемы 1).

Из трех классов профиля правовых и социальных услуг первые два представлены полностью; третий – частично.

Таким образом, из 42 классов услуг сектора вторичной профилактики 34 представлены полностью (т.е. реализуются службами психического здоровья в Республике Казахстан), 8 представлены частично.

При интерпретации внешне-удовлетворительных показателей фактов представленности основных профилей и классов услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан необходимо учитывать объем реализации данного ассортимента по регионам РК, характеризующий возможности доступа населения к данному сектору услуг.

Из данных, представленных в схеме 1, следует, что в представленном стандарте услуг сектора

вторичной профилактики в общей сложности содержится 129 спецификации, из которых 107 (82,9%) представлены в действующем ассортименте, а 22 (17,05%) не представлены. Средний объем реализации представленного ассортимента вторично-профилактических услуг в службах психического здоровья РК, в целом, составляет 48,05% на каждую из спецификаций.

В системе психиатрической помощи из 102 предусмотренных спецификацией услуг рассматриваемого сектора представлено 84 (82,35%) спецификации, а 18 (17,64%) не представлено. Средний процент реализации для каждой из представленных спецификаций в системе психиатрической помощи составляет 49,33%.

В системе медико-психологической помощи из 7 предусмотренных спецификаций услуг рассматриваемого сектора представлены все 7 (100%). Средний процент реализации для каждой спецификации в данной специализированной службе составляет 48,21%.

В системе психотерапевтической помощи из 20 предусмотренных спецификаций услуг вторично-

профилактического профиля представлено 16 (80%), а 4 (20%) не представлено. Средний процент реализации для каждой из представленных спецификаций в системе психотерапевтической помощи населению РК составляет 41,5%.

Следовательно, из рассматриваемых служб психического здоровья, система психотерапевтической помощи по ассортименту и объему реализуемых услуг является наименее состоятельной. Система психиатрической помощи – относительно более состоятельной. Система медико-психологической помощи занимает промежуточное положение.

Все вышесказанное дает основания оценивать уровень соответствия современным требованиям действующего стандарта услуг сектора вторичной профилактики, реализуемого в сфере психического здоровья, как средний.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о необходимости совершенствования стандарта вторично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья РК.

## АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ТРЕТИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.Х.Айбасова

г. Алматы

Экспериментальные данные по услугам сектора третичной профилактики в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в 23 специализированных учреждениях и кабинетах служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах; 3-х домах интернатах для психически больных; 3-х психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических учреждениях, и 3-х медико-психологических (патопсихологических) лабораториях при психиатрических больницах.

При анализе параметров соответствия ассортимента реально оказываемых услуг в секторе третичной профилактики требованиям эталонного стандарта учитывалась специфика основных служб психического здоровья – психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической. Результаты исследований, полученные по данному фрагменту, отражены в итоговой схеме 1.

Как видно из схемы 1, все три профиля третично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья:

- профиль информационных технологий;

- профиль поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий;

- профиль поддерживающих социальных технологий - представлены лишь частично (схема 1).

При этом одноименный класс профиля информационных технологий, также, представлен частично.

Из пяти классов поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий первый, третий и пятый классы (всего - 3) представлены полностью; второй класс представлен частично; четвертый класс услуг не представлен вовсе (схема 1).

Из семи классов профиля поддерживающих социальных технологий первый и четвертый классы (всего - 2) представлены полностью; второй, третий, пятый, шестой и седьмой классы (всего - 5) представлены лишь частично.

Таким образом, из 13 классов третично-профилактических услуг 5 классов представлены полностью; 7 классов представлены частично; 1 класс не представлен.

Из данных схемы 1 следует, что в рекомендованном стандарте услуг сектора третичной профилактики присутствует, в общей сложности, 71 спецификация. Из данного перечня службами

Схема 1

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта услуг сектора третичной профилактики в сфере психического здоровья населения РК (n=23)*

<b>Шифр</b>	<b>Профиль, класс и обозначение услуг</b>	<b>Доступность</b>	
		абс. число учреждений	% от общего числа учреждений
		n=23	
1	<b>Профиль информационных технологий</b>	+ –	+ –
1.0.1	Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о правах, возможности их реализации, в связи с фактом болезни	13	76,5%
1.0.2	Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о имеющейся сфере услуг, предоставляемых по профилю конкретного заболевания как в государственном, так и в негосударственном социальном секторе	16	88,2%
1.0.3	Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о возможных маршрутах прохождения реабилитационных и ресоциализационных программ сектора третичной профилактики	14	82,35%
1.0.4	Дистанционное консультирование (телефонное, связь через Интернет) по вопросам реабилитации и социальной поддержки	3	17,6%
1.0.5	Выпуск специальных информационных бюллетеней и организация специализированных информационных сайтов в Интернете с изложением проблем и способов их решения, возникающих в секторе третичной профилактики психических заболеваний	–	–
2	<b>Профиль поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий</b>	+ –	+ –
2.1	<i>Класс биологической терапии</i>	+	+
2.1.1	Психофармакотерапия	17	100%
2.1.1.1	Технологии лечения нейролептиками пролонгированного действия	10	58,8%
2.1.1.2	Технологии лечения нейролептиками активизирующего действия	6	35,3%
2.1.1.3	Технологии лечения антидепрессантами	14	82,35%
2.1.1.4	Технологии лечения антиконвульсантами	14	82,35%
2.1.1.5	Технологии лечения нормотимиками	10	58,8%
2.1.1.6	Технологии лечения корректорами экстрапирамидных побочных эффектов	12	70,58%
2.1.1.7	Технологии лечения нейрометаболическими цербропротекторами	10	58,8%
2.1.2	Физиотерапия и другие нелекарственные методы терапии	10	58,8%
2.2	<i>Класс психотерапии</i>	+ –	+ –
2.2.1	Методы индивидуальной психотерапии, направленные на развитие дефицитарных (компенсаторных) психических функций	–	–
2.2.2	Методы групповой психотерапии, направленные на восстановление и компенсаторное развитие навыков коммуникации, взаимопомощи и поддержки	–	–
2.2.3	Методы супружеской психотерапии, направленные на восстановление и гармонизацию супружеских отношений	1	33,3%
2.2.4	Методы семейной психотерапии, направленные на восстановление и гармонизацию семейных отношений, семейную поддержку	1	33,3%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений n=23	% от общего числа учреждений
2.2.5	Методы индивидуальной, групповой и семейной терапии, используемые в работе с родными и близкими пациентов, направленные на коррекцию дистресса, развитие устойчивых ресурсных состояний и навыков общения с пациентом в новой ситуации	—	—
2.3	<i>Класс социально-психологической терапии</i>	+	+
2.3.1	Социально-психологические методы (тренинги), направленные на компенсаторное развитие отдельных функций и поведенческих навыков	1	7,14%
2.3.2	Социально-психологические методы (тренинги), направленные на восстановление и компенсаторное развитие сложных, интегративных функций и поведенческих навыков	1	7,14%
2.4	<i>Класс комплексных реабилитационных программ</i>	—	—
2.4.1	Реабилитационные программы, проводимые по индивидуальному проекту	—	—
2.4.2	Реабилитационные программы, разработанные для общей группы пациентов (терапевтическое сообщество)	—	—
2.4.3	Реабилитационные программы, разработанные для группы пациентов с учетом нозологической специфики	—	—
2.5	<i>Класс терапевтических технологий, используемых в лечении коморбидной (сопутствующей) патологии</i>	+	+
2.5.1	Консультирование специалистами по профилю коморбидной патологии	17	100%
2.5.2	Медикаментозная терапия, адекватная соответствующему нозологическому профилю	15	88,2%
2.5.3	Немедикаментозная терапия, адекватная соответствующему нозологическому профилю	10	58,8%
2.5.4	Диагностическое сопровождение (мониторинг), адекватный соответствующему нозологическому профилю	4	23,5%
3	<b>Профиль поддерживающих социальных технологий</b>	+ —	+ —
3.1	<i>Класс технологий правовой поддержки</i>	+	+
3.1.1	Юридическое консультирование и защита прав пациента в суде	2	11,76%
3.1.2	Оформление долговременной нетрудоспособности (инвалидности) в связи с имеющимся заболеванием	14	100%
3.1.3	Оформление опеки вследствие наличия признаков недееспособности	14	100%
3.1.4	Оформление попечительства вследствие наличия признаков ограниченной дееспособности	4	28,57%
3.1.5	Оформление прав на пособия льготы (транспорт, связь, жилье, посильная работа и т.д.), возникающих в связи с фактом психического заболевания	14	100%
3.1.6	Оформление в психосоциальные учреждения в связи с утратой навыков самообслуживания и отсутствием (отказом) лиц, способных осуществлять опеку	14	100%
3.1.7	Оформление в специализированные учебные заведения в связи с установленным отсутствием возможности обучения в образовательной сети	8	57,14%
3.2	<i>Класс технологий материальной поддержки</i>	+ —	+ —

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений n=23	% от общего числа учреждений
3.2.1	Выплата пособий по инвалидности	—	—
3.2.2	Реализация социальных льгот, предусмотренных законодательством	+	+
3.2.2.1	Бесплатный отпуск лекарств	7	41,2%
3.2.2.2	Бесплатный проезд в транспорте	4	23,52%
3.2.2.3	Бесплатное проживание в специальных общежитиях	—	—
3.2.2.4	Льготные тарифы по оплате коммунальных услуг	1	7,14%
3.2.2.5	Льготные тарифы по оплате связи (телефоны, Интернет)	—	—
3.2.2.6	Возможность пользоваться специальными талонами на питание, предоставляемым определенным контингентам пациентов или бесплатными столовыми	1	7,14%
3.2.3	Выплата пособий, предусмотренных законодательством, родственникам пациентов, проживающих совместно, в связи с необходимостью ухода за пациентом	1	7,14%
3.2.4	Содействие в поиске и оформлении единовременных или иных материальных пособий, предоставляемых общественными и частными фондами и организациями психически больным	3	17,64%
3.3	<i>Класс технологий решения жилищных вопросов</i>	+ —	+ —
3.3.1	Содействие в обеспечении жилплощадью на льготных основаниях, предусмотренных законодательством	3	21,4%
3.3.2	Направление пациентов, не имеющих собственной жилплощади (или потерявших права на нее), утративших связь с родственниками на проживание в специализированные общежития	—	—
3.3.3	Предоставление пациентам, не имеющим жилья возможности ночлега в комплексах психиатрических или психосоциальных учреждений	2	14,28%
3.3.4	Содействие и включение пациентов в жилищные программы, осуществляемые негосударственными гуманитарными организациями, фондами	1	7,14%
3.4	<i>Класс образовательных и обучающих технологий</i>	+	+
3.4.1	Обучение пациента навыкам самопомощи, самообслуживания	3	17,64%
3.4.2	Обучение пациентов навыкам взаимопомощи и поддержки в группе	3	17,64%
3.4.3	Обучение пациентов навыкам ведения домашнего хозяйства	3	17,64%
3.4.4	Обучение пациентов несложным производственным навыкам, которые дают шанс на трудоустройство	2	11,76%
3.4.5	Обучение (переподготовка) пациентов базовым профессиональным навыкам какого либо приемлемого для них профиля с целью дальнейшего трудоустройства	1	5,88%
3.4.6	Обучение детей и подростков по специальным образовательным программам	6	35,3%
3.4.7	Обучение родственников и близких пациента (опекунов) по широкому кругу вопросов, касающихся коммуникаций, сотрудничества, поведения и ресоциализационных практик.	3	17,64%
3.5.	<i>Класс технологий решения трудовых вопросов</i>	+ —	+ —
3.5.1	Вовлечение пациентов в деятельность соответствующей группы (терапевтического реабилитационного сообщества), развивающей трудовые навыки	—	—
3.5.2	Включение пациентов в деятельность по самообслуживанию	12	70,58%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений n=23	% от общего числа учреждений
3.5.3	Включение пациента в деятельность по ведению домашнего хозяйства и выполнению несложных работ	4	23,52%
3.5.4	Поиск возможностей и содействие в трудоустройстве или организации собственно производства	2	11,76%
3.5.5	Содействие в продвижении и реализации продукции, произведенной пациентами, на общих или специфических рынках сбыта	1	5,88%
3.5.6	Организация рабочих мест и трудоустройство пациентов на специализированных предприятиях, действующих при больничных комплексах или психосоциальных учреждениях	—	—
3.6	<i>Класс технологий работы с семьей (родственниками, близкими, опекунами) пациента</i>	+ —	+ —
3.6.1	Соответствующие информационные технологии (очное, дистанционное консультирование; раздача и публикация специальных информационных материалов; организация специализированных интернет-сайтов по вопросам третичной профилактики в сфере психического здоровья)	1	5,88%
3.6.2	Специальные обучающие, образовательные технологии (обучающие семинары, тренинги, лекционные курсы, групповая работа, дистанционное обучение и т.д. по вопросам взаимодействия, сотрудничества и ресоциализации пациентов)	1	5,88%
3.6.3	Специальные терапевтические и тренинговые технологии (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия; индивидуальное и семейное психологическое консультирование; социально-психологические тренинги) поддержки психологического здоровья семьи, близких пациента	—	—
3.7.	<i>Класс технологий занятости</i>	+ —	+ —
3.7.1	Содействие в составлении общего режима дня, недельных, месячных графиков реализации основных мероприятий в жизнедеятельности пациентов	3	17,64%
3.7.2	Содействие в приобретении пациентом, его родственниками, близкими (опекунами) устойчивых контактов и включение в деятельность реабилитационных сообществ, действующих в данном населенном пункте	2	11,76%
3.7.3	Вовлечение пациента в соответствующие образовательные, тренинговые программы, реализуемые в системе государственной и негосударственной психиатрической помощи (сектор третичной профилактики)	—	—
3.7.4	Вовлечение пациента в трудовые процессы, организованные в адекватных условиях (на дому, специальных цехах, общем производстве и т.д.)	—	—
3.7.5	Вовлечение пациента в разнообразную деятельность групп само и взаимопомощи, действующих при социально-гуманитарных организациях и внебольничных психиатрических подразделениях	1	5,88%
3.7.6	Оказание содействия в проведении семейных мероприятий с участием пациента	2	11,76%

психического здоровья фактически реализуется 57 (80,28%) спецификаций. Не реализуется, соответственно, 14 (19,71%) спецификаций. Средний объем реализации по каждой спецификации, вычисляемый в процентном соотношении в секторе третичной профилактики для служб психического здоровья Казахстана, в целом составляет 30,42%.

В системе психиатрической помощи из 64 предусмотренных спецификаций услуг сектора третичной профилактики представлено 53 (82,2%), а 11 (17,2%) не представлено. Средний процент реализации для каждой спецификации услуг, таким образом, составляет 32,48%.

В системе медико-психологической помощи, действующей в психиатрических учреждениях, из двух предусмотренных спецификаций услуг, реализуются обе (100%). Однако средний процент реализации для каждой выделяемой спецификации не превышает 7,14%.

В системе психотерапевтической помощи, действующей при психиатрических учреждениях, из 5 предусмотренных спецификаций реализуются 2

(40%), а 3 (60%) не реализуются. Средний процент реализации, с учетом представленности данного ассортимента услуг по регионам, составляет 13,32%.

Следовательно, из рассматриваемых служб психического здоровья по ассортименту и объему реализуемых услуг наиболее состоятельной является система психиатрической помощи (30,42%). Далее следует система психотерапевтической помощи (13,32%). Замыкает данный перечень система медико-психологической помощи (7,14%).

Вышеприведенные данные позволяют оценить уровень соответствия современным требованиям действующего стандарта услуг сектора третичной профилактики сферы психического здоровья как недостаточный..

На основании проведенных исследований следует вывод о необходимости совершенствования стандарта третично-профилактических услуг, реализуемых психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической службами Министерства Здравоохранения РК

## АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ЭКСПЕРТНЫХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.Х.Айбасова

г. Алматы

Экспериментальные данные по сектору экспертных услуг в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в четырнадцати областных и городских психиатрических больницах и диспансерах.

Результаты исследований, полученных по данному фрагменту, отражены в итоговой схеме 1.

Как видно из схемы 1 все три профиля экспертных услуг, реализуемых службами психического здоровья:

- профиль трудовой экспертизы;
- профиль военно-врачебной психиатрической экспертизы;
- профиль судебно-психиатрической экспертизы - представлены полностью (схема 1).

Единственный класс услуг по определению трудоспособности профиля трудовой экспертизы также представлен полностью (схема 1).

Из двух классов услуг профиля военно-врачебной психиатрической экспертизы, оба представлены полностью (схема 1).

Из двух классов услуг профиля судебно-психиатрической экспертизы, оба представлены полностью (схема 1).

Таким образом, три профиля и пять классов экспертных услуг, реализуемых в сфере психического здоровья населения РК, полностью представлены.

В рекомендуемом стандарте экспертных услуг присутствует, в общей сложности, 35 спецификаций. Из данного перечня службами психического здоровья реализуются все 35 спецификаций, т.е. 100%. Средний объем реализации по каждой спецификации, вычисляемый в процентном соотношении, по данному сектору для служб психического здоровья, в целом, составляет 56,52%.

По профилю трудовой экспертизы данный показатель составил 75,39%.

По профилю военно-врачебной психиатрической экспертизы – 63,63%.

По профилю судебно-психиатрической экспертизы средний объем реализации каждой спецификации составляет 40%.

Таким образом, в психиатрической службе РК в наиболее полном объеме рекомендуемого ассортимента реализуются услуги профиля трудовой экспертизы. Далее, по профилю военно-врачебной психиатрической экспертизы. И менее всего – по профилю судебно-психиатрической экспертизы.

*Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта экспертизы услуг в сфере психического здоровья населения РК (n=14)*

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений n=14	% от общего числа учреждений
1	<b>Профиль трудовой экспертизы</b>	+	+
1.1	<i>Класс услуг по определению трудоспособности</i>	+	+
1.1.1	Экспертное решение вопросов временной нетрудоспособности	14	100%
1.1.2	Экспертное решение вопросов продления временной нетрудоспособности	14	100%
1.1.3	Экспертное решение вопросов стойкой утраты трудоспособности	14	100%
1.1.4	Экспертное решение вопросов о изменении вида профессии	8	57,14%
1.1.5	Экспертное решение вопросов о труде в специально созданных условиях	7	50%
1.1.6	Экспертное решение вопросов о допуске к специальностям с особыми требованиями к персоналу и особыми условиями работы	12	85,71%
1.1.7	Экспертное решение вопросов о допуске к приобретению и владению огнестрельным оружием	8	57,14%
1.1.8	Экспертное решение вопросов о допуске к вождению автотранспорта	14	100%
1.1.9	Экспертное решение вопросов о предоставлении временной нетрудоспособности на период профессионального переобучения	4	28,57%
2	<b>Профиль военно-врачебной психиатрической экспертизы</b>	+	+
2.1	<i>Класс услуг по мониторингу психического здоровья лиц приписного возраста</i>	+	+
2.1.1	Обмен информацией между ВВК и соответствующими психиатрическими подразделениями (подростковыми кабинетами диспансерных отделений, подростковыми стационарными отделениями)	8	57,14%
2.1.2	Проведение приписных комиссионных осмотров с диагностикой уровня психического здоровья лиц приписного возраста	12	85,71%
2.1.3	Распределение приписного контингента по специальным группам (в зависимости от диагностированного уровня психического здоровья подростка) в соответствии с действующими положениями ВВК	6	42,85%
2.1.4	Выработка дифференцированных рекомендаций по оздоровлению соответствующих контингентов (группа риска, группа «угрожаемых на возможность возникновения психических расстройств»)	3	21,4%
2.2	<i>Класс услуг по проведению военно-врачебной психиатрической экспертизы</i>	+	+
2.2.1	Военно-врачебная психиатрическая экспертиза в ходе амбулаторного освидетельствования на ВВК	14	100%
2.2.2	Направление призывников на амбулаторное обследование в условиях психиатрического диспансера	8	57,14%
2.2.3	Направление призывников на стационарное обследование в условиях психиатрического стационара	14	100%
2.2.4	Психиатрическое обследование призывника в амбулаторных условиях с подготовкой предварительного заключения (акта) о годности к военной службе	8	57,14%
2.2.5	Психиатрическое обследование призывника в стационарных условиях с подготовкой предварительного заключения (акта) о годности к военной службе	14	100%
2.2.6	Военно-врачебная психиатрическая экспертиза, проводимая с учетом предварительного амбулаторного обследования	8	57,14%
2.2.7	Военно-врачебная психиатрическая экспертиза, проводимая с учетом предварительного стационарного обследования	3	21,42%
3	<b>Профиль судебно-психиатрической экспертизы</b>	+	+
3.1	<i>Класс консультативных услуг</i>	+	+

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений	% от общего числа учреждений
		n=14	
3.1.1	Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов по вопросам о необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы	6	42,85%
3.1.2	Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов по вопросам подготовки материалов для проведения судебно-психиатрической экспертизы	5	35,7%
3.1.3	Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов в отношении вопросов, которые следует ставить на разрешение судебно-психиатрическим экспертным комиссиям	5	35,7%
3.2	<i>Класс экспертных услуг</i>	+	+
3.2.1	Комиссионная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.2	Комплексная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.3	Комиссионная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.4	Комплексная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.5	Дополнительная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	6	42,85%
3.2.6	Повторная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	3	21,42%
3.2.7	Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании (комиссионная и комплексная)	5	35,7%
3.2.8	Судебно-психиатрическая экспертиза у следователя (комиссионная и комплексная)	1	7,1%
3.2.9	Заочная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	2	14,28%
3.2.10	Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	3	21,42%
3.2.11	Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе (комиссионная и комплексная)	4	28,57%
3.2.12	Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (комиссионная и комплексная)	12	85,71%

Вышеприведенные данные позволяют оценить уровень соответствия действующего стандарта экспертных услуг (трудовая, военная, судебная спецификации) в сфере психического здоровья населения современным требованиям, как средний.

На основании проведенного исследования можно сделать выводы о необходимости совершенствования и увеличения объема реализации экспертных услуг, реализуемых в системе психиатрической помощи Министерства Здравоохранения РК.

## О НЕКОТОРЫХ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ

Р.Г.Илешева, Л.Е.Базарбаева, Б.А.Шахметов, Р.К.Тулькубаева

г. Алматы

Актуальность совершенствования организации судебно-психиатрической деятельности в Республике диктуется требованием времени, а также в связи с созданием Республиканского научно-

практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦПН). В структуре центра функционирует единственное в Республике стражное судебно-психиатрическое отделение и впервые

---

---

созданный научный отдел социальной и судебной психиатрии.

Как и в прошлые годы, на сотрудников отделения, а теперь и научного отдела, возложены функции систематического анализа судебно-психиатрической деятельности в Республике.

В связи с демократизацией, проводимой в пенитенциарной системе, совершенствование судебно-психиатрической деятельности приобретает особое значение.

Целью и задачами получения предварительных данных статистического и клинического анализа работы всех СПЭК в Республике за последние более чем 10 лет (1991-2001 г.г.) явилось установление некоторых негативных ее сторон. Сказанное позволит наметить пути их положительного разрешения.

Судебно-психиатрическая экспертиза в Республике Казахстан осуществляется на базе государственных психиатрических организаций, которые имеются во всех 14 областных центрах и городах Астане, Алматы. В Семипалатинске, Аркалыке, Жаркенте в связи со значительной удаленностью от областного центра и большим объемом экспертной работы дополнительно организованы СПЭК. На территории Республики Казахстан имеются 23 экспертные комиссии. Они проводятся в основном в виде амбулаторных СПЭК. В Республике имеется единственное стражное стационарное судебно-психиатрическое отделение на 40 коек в структуре Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии. Для лиц, не содержащихся под стражей, в Республике нет специальных отделений, они распределяются по общим отделениям во всех областных больницах и в РНПЦПН. В последние годы отмечается снижение удельного веса «стражных» экспертных коек, в связи с чем сокращены койки для лиц, нуждающихся в проведении стационарной СПЭ. Этот процесс в последнее время имеет тенденцию к нарастанию, аналогичная ситуация отмечается и в Российской Федерации. Начиная с 1992 года, четко отмечается рост числа «бесстражных» коек и уменьшение «стражных». Экспертных отделений, расположенных в СИЗО в Республике Казахстан нет. Практикуемое в некоторых случаях освобождение испытуемых из-под стражи только на время проведения экспертизы и помещение их в психиатрические отделения неизбежно приводит к совершению опасных действий, так как медицинский

персонал не в состоянии предотвратить общественно-опасные действия ( побеги, захват заложников и иные насильственные действия). Сказанное говорит о необходимости увеличения стражных коек для проведения СПЭК.

Другой насущной проблемой является кадровое обеспечение. К 2001 году в Республике Казахстан работают 44 эксперта, которые в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения (№ 407 от 18 августа 1997 года) распределены территориально по департаментам. Средний стаж работы по психиатрии у экспертов свыше 19 лет. Из них 50% не имеют специальной подготовки по судебной психиатрии, свыше 30% нуждаются в повышении квалификации. Квалификационную категорию, первую и высшую, имеют 84% специалистов. У 6 экспертов имеется ученая степень кандидата медицинских наук.

Средний стаж работы психолога значительно меньше – 4,2 года. Необходимо отметить, что количество физических лиц значительно меньше положенных по штату за счет совместительства должностей. Среди совместителей имеются лица без специальной подготовки по судебной психиатрии. Сказанное говорит об актуальности кадровой проблемы в судебной психиатрии Казахстана.

Анализ деятельности СПЭК в системе учреждений здравоохранения за последние более 10 лет указывает, что процент стационарных экспертиз составляет 5-6% от общего их числа. Разные составы экспертных судебно-психиатрических комиссий и разный уровень их подготовки неизбежно приводил в некоторых случаях к вынесению разных диагнозов и рекомендаций. Сказанное приводило к решению о необходимости проведения стационарной экспертизы, что значительно удлиняло вынесение экспертного решения.

У экспертов нет требовательности к качеству и полноте уголовных дел. В частности, нет должного требования к представлению медицинских документов, подтверждающих факты лечения в медицинских учреждениях. При направлении на СПЭК не представляются в должном объеме объективные анамнестические сведения (от родных, знакомых, соседей по месту жительства, других свидетелей).

Одной из важных проблем является развитие подростковой судебной психиатрии в Казахстане, что, в первую очередь, требует становления системы подготовки подростковых судебных психиатров.

---

## ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕРОИНА ПРИ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМ (РИСПЕРИДОН) И КЛАССИЧЕСКИМ (ГАЛОПЕРИДОЛ) НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

---

Р.М.Кошегулова, А.В.Грузман

г. Павлодар

Учитывая значительные масштабы (1,7% населения РК) и растущие темпы распространения (рост общей заболеваемости за последние 10 лет – в 10,3 раза; рост первичной заболеваемости в 19,7 раза) наркозависимости в Республике Казахстан актуальной необходимостью является повышение эффективности проводимых лечебных мероприятий, а именно дифференцированный поход по использованию медикаментозных препаратов в лечении больных наркоманией с учетом особенностей клинико-психопатологических проявлений.

В данной связи нами была сформулирована цель исследования: проведение сравнительного анализа клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичным (рисперидон) и классическим (галоперидол) нейролептиками.

Для достижения указанной цели в работе предстояло решить следующие задачи:

1. Провести клиническую оценку сомато-неврологических проявлений героинового абстинентного синдрома при применении рисперидона, галоперидола

2. Изучить сравнительную терапевтическую активность нейролептиков (рисперидон, галоперидол) в отношении психопатологических проявлений зависимости от героина

3. Изучить сравнительную терапевтическую эффективность применения нейролептиков (рисперидона, галоперидола) в постабstinентный период от героиновой наркомании

4. Провести сравнительный анализ оценки степени выраженности побочных проявлений нейролептиков (рисперидона, галоперидола) при терапии героиновой наркомании

Объектом исследования явились пациенты с героиновой зависимостью, состоящие на учете в наркологических диспансерах Республики Казахстан и проходивших курс лечения в отделениях медикаментозной коррекции и психотерапии-реабилитации Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании.

### **Материалы и методы исследования**

В 1-ой исследуемой группе (99 респондентов: 86 мужчин, 13 женщин) на фоне базисной терапии в героиновом абстинентном синдроме и постабстинентном периоде назначали рисперидон (рисперидол), максимальная суточная доза до 6 мг в сутки; во 2-ой контрольной группе (93 респондента: 85 мужчин, 8 женщин) на фоне базисной терапии в героиновом абстинентном синдроме и постабстинентном периоде назначали галоперидол (сенорм) до 10 мг в сутки. Возраст больных составлял от 17

до 52 лет (средний возраст 26 лет). Длительность заболевания варьировалась от 1 года до 11 лет. Исследование проводилось как двойное слепое randomizedное. Непредвзятость оценки исследователя обеспечивалась слепым рейтингом – рейтер и лечащий врач были разными лицами, пациенты не знали о назначенному препарату. Длительность исследования для каждого больного составила 60 дней. Основные инструменты исследования: адаптированная Шкала позитивных и негативных синдромов PANSS (Kay S. R. et al., 1986) и Шкала Венга (Wang J.F., et al., 1987). Между двумя группами не было статистически значимых различий по исходным демографическим и психиатрическим характеристикам.

Для достижения указанной цели в работе были использованы следующие методы исследования: клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Лечение абстинентного синдрома было в обеих группах комплексным, включало назначение антиконвульсантов (карбамазепин 400-600 мг/сутки), агонистов альфа-2-адренорецепторов (клозепам 0,045-0,06 мг/сутки), анальгетиков (трамал 400-600 мг/сутки), транквилизаторов (диазепам до 40 мг/сутки). Применили также общекрепляющую и гепатотропную терапию.

### **Результаты исследования**

Обнаружено, что по частоте встречаемости симптомов на начало лечения абстинентного синдрома в обеих группах из психопатологических были наиболее выражены: недостаточность суждений и критики (100%), влечеие к наркотику (99,4%), бессонница (96,8%), тревога (90%), аффективная лабильность (87,5%) и т.д. (см. из таблицы 1); из сомато-неврологических симптомов основные жалобы наблюдались на боли в мышцах (84,2%).

Получена достоверная разница в группах по длительности абстинентного синдрома в процессе лечения рисперидоном и галоперидолом: в исследуемой группе – 7 дней, в контрольной – 8,7 дней. У мужчин в исследуемой группе – 7,5 дней, в контрольной – 8,8 дней. Длительность абстинентного синдрома у женщин контрольной группы – 7,6 дней, в исследуемой группе - 4 дня. Статистическая достоверность ( $p < 0,01$ ).

Анализ состояния больных позволил выявить расстройства, наиболее чувствительные к действию рисперидона и галоперидола. Нейролептик рисперидон не обнаружил отличительной от галоперидола тропности в абстинентном синдроме в

*Ранжированные симптомы по частоте встречаемости на начало лечения синдрома отмены*

<b>Симптом</b>	<b>Среднее значение</b>
1. Недостаточность суждений и критики	100%
2. Влечение к наркотику	99.4%
3. Бессонница	96.8%
4. Тревога	90%
5. Аффективная лабильность	87,5%
6. Боли в мышцах	84.2%
7. Насморк	73.9%
8. Потливость	71.3%
9. Зевота	70.8%
10.Подавленность	53.1%
11.Гусинная кожа	48.4%
12.Анорексия	47.9%
13.Сонливость	42.4%
14.Понос	36.9%
15.Тремор	35.9%
16.Холодные и горячие волны	34%
17.Слезотечение	30.2%
18.Агрессивность	24.6%
19.Возбуждение	22.9%
20.Депрессия	11.4%
21.Рвота	5.7%
22.Двигательная заторможенность	3.6%
23.Эмоциональная отчужденность	3.1%
24.Оскудение контакта	2%
25.Суицидальные намерения	1.5%
26.Страхи	1%

отношении психопатологических симптомов - возбуждение, соматовегетативных - гипергидроз, слезотечение, насморк, анорексия; в постабstinентном периоде – в отношении поведенческих расстройств,rudimentарных алгических проявлений и парестезий. Между выраженностью этих симптомов у больных, получавших рисперидон и галоперидол, не было статистически достоверной разницы.

В тоже время выявила более выраженная (по сравнению с галоперидолом) тропность к действию рисперидона такого стержневого симптома героиновой наркомании, как патологическое влечение к наркотику - на конец лечения абстинентного синдрома: «нет симптома» в исследуемой группе 40,4%, в контрольной 7,5%, «слабо выражен» в исследуемой группе 54,5%, в контрольной 60,2%, «умеренно выражен» в исследуемой группе 5,1%, в контрольной 31,2% и «резко выражен» в исследуемой группе 0%, в контрольной 1,1%. На конец лечения постабstinентного периода влечение к наркотику отсутствовало: в исследуемой группе 93,9%, в контрольной 68,8%, «слабо выражен» в исследуемой группе 6,1%, в контрольной 30,1% и «умеренно выражен» в исследуемой группе 0%, в контрольной 1,1%. Различия в группах респондентов,

получавших галоперидол и рисперидон, были статистически достоверны ( $p<0,01$ ).

В отношении наиболее часто встречаемого симптома на начало лечения абстинентного синдрома – «недостаточность суждений и критики», обнаружен значительный психотропный эффект в исследуемой группе: на конец лечения абстинентного синдрома «нет симптома» - в исследуемой группе 25,3%, в контрольной 4,3%, «слабо выражен» - в исследуемой группе 59,6%, в контрольной 60,2%, «умеренно выражен» - в исследуемой группе 15,2%, в контрольной 35,5%. Различия в группах были статистически достоверны ( $p<0,01$ ).

Эффективность рисперидона и галоперидола в отношении тревоги в абстинентном синдроме достоверно различалась: на конец лечения «нет симптома» - в исследуемой группе 84,8%, в контрольной 61,3%, «слабо выражен» - в исследуемой группе 15,2%, в контрольной 33,3 %, «умеренно выражен» - в исследуемой группе 0%, в контрольной 5,4%. Среднее значение эффективности рисперидона и галоперидола в соотношении 1,7:1,4, достоверность  $p<0,05$ .

Аффективные расстройства у респондентов в абстинентном синдроме включали депрессию с переживанием печали, уныния, пессимизма. Уровень

депрессии на конец лечения абстинентного синдрома был получен следующий: «нет симптома» - в исследуемой группе 99%, в контрольной 92,5%, «слабо выражен» - в исследуемой группе 1%, в контрольной 5,4%, «умеренно выражен» - в исследуемой группе 0%, в контрольной 2,2%. Среднее значение сравнительной эффективности рисперидона и галоперидола было представлено соотношением 1,1:0,6. Достоверность  $p<0,05$ . В постабstinентном периоде тимолептический эффект рисперидона по сравнению с галоперидолом также превалировал: пониженное настроение на конец лечения постабстинентного периода - «нет симптома» в исследуемой группе 99,9%, в контрольной 73,1%, «слабо выражен» в исследуемой группе 1%, в контрольной 26,9%, достоверность  $p<0,01$ .

При купировании симптома «нарушения сна» были получены следующие результаты: бессонница на конец лечения абстинентного синдрома - «нет

симптома» в исследуемой группе 55,7%, в контрольной 34,4%, «слабо выражен» - в исследуемой группе 38,1, в контрольной 58,1%, «умеренно выражен» - в исследуемой группе 6,2%, в контрольной 7,5%, достоверность  $p<0,01$ ; на конец лечения постабстинентного периода нарушения сна отсутствовали - в исследуемой группе 99%, в контрольной 92,5%, слабая выраженность инсомнических нарушений - в исследуемой группе 1%, в контрольной 7,5%, достоверность  $p<0,05$ .

В постабстинентном периоде наблюдались состояния эмоциональной депримированности и редукции психического энергетического потенциала в виде пассивности, апатии, безразличия к окружающему и отсутствия побуждения к работе в психотерапевтических группах. Сравнительная эффективность рисперидона и галоперидола в лечении этих состояний в соотношении 1,3:0,6. Достоверность  $p<0,01$ .

Таблица 2

*Частота встречаемости симптомов в исследуемой и контрольной группах на конец лечения абстинентного синдрома – начало лечения постабстинентного периода*

Симптом	Исследуемая группа (рисперидон) сред. знач.	Контрольная группа (галоперидол) сред. знач.	P
Рудиментарные алгические проявления и парестезии: нет симптома	98%	84.9%	<0.01
Рудиментарные алгические проявления и парестезии: слабо выражен	2%	14%	<0.01
Нарушения сна: нет симптома	49%	23.7%	<0.01
Нарушения сна: слабо выражен	47.9%	51.6%	
Нарушения сна: умеренно выражен	3.1%	24.7%	<0.01
Пониженное настроение: нет симптома	94.9%	52.7%	<0.01
Пониженное настроение: слабо выражен	5.1%	24.7%	<0.01
Дисфория: нет симптома	62.2%	40.9%	<0.01
Дисфория: слабо выражен	25.5%	11.8%	<0.05
Дисфория: умеренно выражен	12.2%	43%	<0.01
Дисфория: выражен резко	0%	4.3%	
Поведенческие расстройства: нет симптома	81.6%	66.7%	<0.05
Поведенческие расстройства: слабо выражен	9.2%	9.7%	
Поведенческие расстройства: умеренно выражен	9.2%	23.7%	<0.05
Влечеание к наркотикам: нет симптома	14.3%	3.2%	<0.01
Влечеание к наркотикам: слабо выражен	80.6%	74.2%	
Влечеание к наркотикам: умеренно выражен	5.1%	20.4%	<0.01
Влечеание к наркотикам: выражен резко	0%	2.2%	

**Примечание.** Здесь и в табл. 3: степень выраженности каждого симптома оценивали в баллах от 0 до 3 (0 — нет симптома, 1 — слабо выражен, 2 — умеренно выражен, 3 — выражен резко); P - достоверность

*Частота встречаемости симптомов в исследуемой и контрольной группах на конец лечения постабстинентного периода*

Симптом	Исследуемая группа (рисперидон) сред. знач.	Контрольная группа (галоперидол) сред. знач.	P
Нарушения сна: нет симптома	99%	92.5%	<0.05
Нарушения сна: слабо выражен	1%	7.5%	<0.05
Пониженное настроение: нет симптома	99%	73.1%	<0.01
Пониженное настроение: слабо выражен	1%	26.9%	<0.01
Влечеение к наркотикам: нет симптома	93.9%	68.8%	<0.01
Влечеение к наркотикам: слабо выражен	6.1%	30.1%	<0.01
Апатия, безразличие: нет симптома	96.9%	63.4%	<0.01
Апатия, безразличие: слабо выражен	3.1%	33.3%	<0.01

По степени выраженности побочных действий рисперидона и галоперидола на конец лечения абстинентного синдрома - начало лечения постабстинентного периода получены следующие результаты: отсутствовал симптом акатизии в исследуемой группе 100%, в контрольной 48,4%, слабая выраженнаяность в исследуемой группе 0%, в контрольной 43,6%, умеренная выраженнаяность в исследуемой группе 0%, в контрольной 8,6%; отсутствие моторной заторможенности в исследуемой группе 95,9%, в контрольной 55,9%, слабая выраженнаяность в исследуемой группе 4,1%, в контрольной 39,8%, умеренная выраженнаяность в исследуемой группе 0%, в контрольной группе 4,3%. Достоверность p<0,01.

#### Выходы

Таким образом, выявленные достоверные различия в динамике клинико-психопатологических проявлений героиновой наркомании в исследуемой и контрольной группах определили преимущественную эффективность атипичного нейролептика рисперидона.

Немаловажное значение преимущества препарата в том, что рисперидон в сравнении с галоперидолом быстрее купировал психопатологические проявления абстинентного синдрома. Пациенты исследуемой группы благодаря меньшему по продолжительности периоду абстиненции, ранее включались в работу с психотерапевтом (по сравнению с пациентами контрольной группы).

Препарат рисперидон по сравнению с классическим нейролептиком галоперидолом эффективнее дезактуализировал патологическое влечение к наркотику.

У пациентов исследуемой и контрольной групп наблюдалось наличие тесной связи аффективных нарушений с актуализацией патологического влечения к наркотику. Как в процессе лечения абстинентного синдрома, так и во время терапии постабстинентного периода у рисперидона в сравнении с

галоперидолом отмечен более высокий тимолептический эффект. Купирование аффективных расстройств проявлялось изменением поведения больных. У больных исследуемой группы с успешным действием рисперидона не наблюдали конфликтов с персоналом, агрессивности в отношении других больных, развязанного и демонстративного поведения.

Наиболее выраженный симптом на начало исследования – «недостаточность суждений и критики» - проявлялся у пациентов исследуемой и контрольной групп в недостаточном понимании своего психического состояния и сложившейся жизненной ситуации, что выражалось в недостаточной способности признать наличие заболевания или его симптомов, отрицании необходимости госпитализации или лечения, принятии решений без достаточного учета их последствий, построении нереальных планов на будущее. В исследуемой группе данный психопатологический симптом купировался быстрее, больные упорядочивались в поведении, становились спокойнее, доступнее для общения с окружающими, в том числе и с врачом, соглашаясь на психотерапевтические беседы и назначение психофармакологических средств, от которых ранее под предлогом их неблагоприятного действия отказывались.

В процессе проведенного клинического исследования у рисперидона был выявлен стимулирующий эффект. В постабстинентном состоянии рисперидон в сравнении с галоперидолом заметнее снижал выраженнуюность тревожной симптоматики, аптоабулических проявлений.

У пациентов исследуемой группы при применении рисперидона побочные эффекты были выражены незначительно, рисперидон хорошо переносился больными. При этом у пациентов контрольной группы были наиболее выражены такие побочные эффекты, как акатизия, моторная заторможенность, что, в свою очередь, требовало

---

назначения антипаркинсонических корректоров (циклогексол) и транквилизаторов (диазепам).

Полученные результаты позволяют рекомендовать включать рисполепт как достаточно эффективный и безопасный препарат в комплексные терапевтические программы при лечении больных ге-роиновой наркоманией. Использование препарата

позволяет избежать употребления больными наркотика в период лечения и ранних рецидивов заболевания. Хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных явлений и осложнений позволяет назначать его длительное время как стационарно, так и амбулаторно, в качестве поддерживающего лечения.

## **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ У ЛИЦ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ**

А.Н.Саренко, Г.М.Кудьярова, Б.Б.Джарбусынова

Правильная клиническая квалификация состояний алкогольного опьянения имеет большое значение, ибо диагностика и отграничение патологического опьянения, исключающего вменяемость, от простого опьянения, не освобождающего обвиняемого от судебной ответственности, является одной из актуальных задач судебно-психиатрической экспертизы.

Затруднения при разграничении этих состояний объясняются наличием общих симптомов, как для патологического, так и для простого алкогольного опьянения.

В этом аспекте особенно актуальным является решение вопроса о том, какое значение следует придавать "болезненной почве", в частности, остаточным явлениям травматического повреждения головного мозга.

Изучение категории испытуемых, которым была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссией ГУ "Центр психического здоровья" города Алматы в период с 1998 по 2002 годы, перенесших в прошлом травмы головы различной степени тяжести, были выделены две группы: первая с легкими остаточными явлениями после черепно-мозговых травм, вторая - с более выраженным последствиями черепно-мозговых травм. При выборочном исследовании были изучены 70 испытуемых, совершившие правонарушения в состоянии алкогольного опьянения и имевшие в анамнезе травмы головы различной степени тяжести, из них с легкими остаточными явлениями после черепно-мозговых травм - 50 и более выраженным - 20 испытуемых (мужчины в возрасте от 20 до 55 лет).

При изучении клиники алкогольного опьянения у лиц с различными психическими особенностями (психопаты, лица с травматическими повреждениями головного мозга и др.) была возможность уточнить роль болезненной почвы в генезе патологического опьянения.

Зависимость степени выраженности клинических проявлений опьянения от выраженности посттравматических нарушений, позволила выделить два варианта опьянения:

1. Клинические особенности простого алкогольного опьянения у лиц с легкими остаточными явлениями после черепно-мозговых травм

2. Клинические особенности простого алкогольного опьянения у лиц с более выраженным посттравматическим состоянием.

Указанный принцип систематизации клинического материала позволил установить ряд различий между этими вариантами опьянения, констатировать некоторые закономерности в их становлении, динамике, а также пересмотреть ценность ряда клинических критериев, применяемых для разграничения простого алкогольного опьянения у лиц с травматическими повреждениями головного мозга от патологического опьянения и других кратковременных расстройств психической деятельности.

Так, в первой группе выявлены, в основном, легкие остаточные явления после перенесенных черепно-мозговых травм и вегетативная дисфункция, в то же время во второй группе констатированы более выраженные проявления церебрального поражения (арахноидит, грубые очаговые расстройства и т.п.).

Для испытуемых первой группы были более характерны явления аффективной неустойчивости, для второй - психопатоподобные изменения личности. Несмотря на то, что распространенность хронического алкоголизма в обеих группах была почти одинаковой, тяжелые стадии течения хронического алкоголизма были более характерны для испытуемых второй группы.

Следует сказать, что характер опьянений, динамика хронического алкоголизма у испытуемых обеих групп во многом определялись перенесенными черепно-мозговыми травмами. После травм в картинах опьянения стали появляться возбуждение,

нелепые поступки, злобность, отсутствие эйфорического периода опьянения, отмечались амнезии.

В первой группе при воздействии “психотравмирующих” факторов (обиды, замечания, упреки и т.п.) чаще проявлялись черты аффективной возбудимости, вязкости отрицательного аффекта, за которым следовали истероформные проявления, нетерпимость к замечаниям, агрессивные действия, количественно колеблющиеся соответственно обстановке, ситуации окружающей среды. Различные отрицательные влияния, определенные обстоятельства окружающей среды оказывали воздействия на картины опьянения и вместе с тем создавали полиморфизм клинической картины.

Во второй группе клиническая картина опьянения была более однообразной, стабильной, что подтверждалось, в какой-то мере, катамнестическими данными.

В клинической картине описанных вариантов опьянений центральное место занимает оглушенность сознания различной степени со снижением высших психических функций и преобладанием эмоционально-волевых расстройств. Психогенные факторы, присоединившиеся к опьянению, либо аффективные нарушения, вызванные приемом алкоголя, атипизируя, видоизменяя картину алкогольного опьянения, не вызывали качественного сдвига. Испытуемые ориентировались в окружающей обстановке, агрессивные действия ими осознавались, они не утрачивали способности понимать последствия своих действий, нередко пытались скрыть следы преступлений.

Судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, определяется, прежде всего, правильным распознаванием этого состояния, установлением глубины и сущности остаточных явлений травматического поражения головного мозга.

Анализ правонарушений показывает, что посттравматические характерологические особенности, усиливаясь в состоянии опьянения, не являются основной причиной совершения общественно опасных действий.

### **Органическое психическое расстройство и агрессивное поведение**

Общепризнанная точка зрения (по данным Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва, РФ) связь между двумя феноменами - психопатологией и противоправным поведением - состоит в том, что между ними отсутствует прямая зависимость. Однако следует признать, что возможные варианты такого рода отношений исследованы ещё недостаточно. Анализ архивных данных свидетельствует, что лица с психической патологией экзогенного-органического генеза традиционно составляют значительную часть от числа проходящих судебно-

психиатрическое освидетельствование. Это определяется не только частотой данного вида патологии в популяции в целом, но и наличием определенной зависимости между характером органически обусловленных психопатологических проявлений и особенностями адаптации таких лиц, их поведением, в том числе противоправным. Так, лица с органической патологией составляют 56% от общего числа испытуемых, признанных невменяемыми; 65% этих лиц совершили ОД, сопровождающиеся агрессией, в подавляющем большинстве (более 50%) - особо тяжкие ОД (убийства, тяжкие телесные повреждения). Следует отметить, что выборочные данные не могут служить основанием для оспаривания общепринятой точки зрения об отсутствии прямой зависимости между определенной феноменологией и предпочтительными формами реагирования, поведения. Эти связи, безусловно, опосредованы, в первую очередь, за счет влияния на поведение субъекта его индивидуально-психологических качеств, системы сложившихся у него ценностных ориентаций, наконец, конкретных обстоятельств, характеризующих криминальную ситуацию и её субъективное восприятие обследуемым.

Тем не менее, в судебной психиатрии объектом экспертизы является психическое состояние испытуемого, то есть вероятное психическое расстройство, которое в конкретной криминальной ситуации могло в разной степени влиять (в том числе обуславливать) на агрессивное поведение субъекта. Поэтому собственно клинико-психопатологический анализ возможных взаимоотношений между двумя исследуемыми явлениями - психической патологией органического генеза и агрессивностью представляется не только оправданным, но, как свидетельствуют результаты, достаточно эффективным. С точки зрения методики обоснования экспертного заключения здесь важно то обстоятельство, что органическое психическое расстройство может и должно рассматриваться дифференцированно - с учетом выраженности ведущего синдрома, его структуры. При этом особенности, стиль поведения субъекта (привычные формы реагирования) имеют веские основания быть связанными со структурно-феноменологическими особенностями ведущего расстройства. Выраженность психоорганического расстройства - феномен в этом отношении более нейтральный; он как параметр экспертной оценки входит в систему критериев обоснования способности субъекта "...осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий ... и руководить ими". Однако при одном и том же ведущем расстройстве, соотносящемся с агрессивным поведением субъекта, изменение выраженности психоорганического расстройства по мере развития заболевания может отражать интенсивность проявлений агрессии, причем эта связь на разных этапах может быть как положительной, так и отрицательной.

По данным проведенного клинико-корреляционного анализа может быть представлен иерархический ряд, отражающий связь между отдельными психоорганическими расстройствами на уровне ведущего (наиболее значимого для экспертизы) синдрома и выраженностью агрессивного поведения обвиняемых с органическим психическим расстройством.

Синдромы, наиболее характерные для органического психического расстройства, представляется возможным сгруппировать с учетом как вероятной (по данным статистического анализа) зависимости агрессивного поведения от органического психического расстройства, так и собственно экспертной значимости феномена агрессивного поведения.

В первую группу могут быть отнесены следующие синдромы: сумеречное помрачение сознания, бредовое органическое расстройство, глубокие (психотического уровня) дисфории. Констатация этих расстройств в период совершения субъектом агрессивного правонарушения является по существу самодостаточным обстоятельством для экспульсации, поскольку указанные расстройства (сумеречное помрачение сознания, дисфория) исключают вообще возможность регуляции деятельности, либо искажают её в соответствии с бредовыми переживаниями. Понятно, что роль личностного фактора, ситуативного, характеризующего обстоятельства совершения агрессивного правонарушения, здесь минимальна. Опосредованные взаимоотношения между органическим психическим расстройством и агрессивным поведением были выявлены в 32% наблюдений.

Во вторую группу психоорганических синдромов в соответствии с указанными принципами отбора могут быть отнесены: психоорганический недифференцированный (энцефалопатический) синдром, органическое личностное расстройство, когнитивное расстройство.

Наличие у испытуемого одного из перечисленных психопатологических феноменов в качестве ведущего синдрома в период совершения им агрессивного действия является значительно более нейтральным, с экспертной точки зрения, обстоятельством. Эти расстройства в определенной мере могут расцениваться как фактор предрасположенности к агрессивному криминальному акту, в первую очередь, с учетом пониженной толерантности субъекта к острым фрустрирующим переживаниям, существующих у него проблем волевого и интеллектуального контроля за своим поведением. Соответственно агрессивный акт реализуется в определенной криминальной ситуации, субъективно значимой для испытуемого.

Характерные для второй группы нейтральные взаимоотношения между органическим психическим расстройством и агрессивностью, по данным исследования, имеют место в 56% наблюдений.

Церебрастения, неврозоподобное расстройство, судорожный синдром, по результатам проведенного

клинико-статистического анализа, характеризуются обратной зависимостью.

Мотивация, особенности агрессивного поведения в этих случаях определялись личностными, ценностными установками субъекта, конкретной криминальной ситуацией.

Подобный анализ позволяет получить целостное представление о характере существующих между органическим психическим расстройством и агрессивным поведением связей и предложить дифференцированные модели судебно-психиатрической оценки (в зависимости от специфики двух изучаемых феноменов).

### **Некоторые клинико-динамические характеристики отдаленных последствий ранних церебрально-органических поражений**

Под ранними церебрально-органическими поражениями понимают клинически полиморфную совокупность расстройств, которые являются следствием перенесенных в перинатальном и раннем детском периоде экзогенно-органических вредностей. Эти поражения относятся к наиболее частой нервнопсихической патологии в детской и подростковой психиатрии, в том числе в судебно-психиатрической практике несовершеннолетних. Проблеме этих расстройств на этапе незавершенного онтогенеза посвящен огромный фактический материал, свидетельствующий о том, что в последние десятилетия сформировался онтогенетический подход к их изучению. Одновременно анализ литературы свидетельствует, что отдаленные последствия ранних резидуально-органических поражений головного мозга, по существу, до сих пор мало изучены. В современных зарубежных работах основное внимание уделялось особенностям социальной адаптации лиц с ранним церебрально-органическим поражением, оценивался также риск совершения ими агрессивных действий; собственно эволютивная динамика таких состояний оставалась вне поля зрения исследователей. Какие-либо серьезные работы в судебной психиатрии на эту тему также отсутствуют.

Вместе с тем практика показывает, что ранние церебрально-органические поражения по мере достижения больными совершеннолетия не теряют своей клинической актуальности. Более того, современное отечественное законодательство предполагает возможность учета биологического уровня созревания при достижении паспортного возраста, с момента которого возможно применение тех или иных правовых санкций. В этих случаях задержка развития нередко обусловлена негрубыми вариантами органического повреждения головного мозга. Одновременно судебно-психиатрическая практика свидетельствует, что при экспертизе в постпубертатном возрасте значимость этих патологических состояний нередко игнорируется. Это обусловлено,

прежде всего, трудностями их квалификации в связи с полиморфизмом клинической картины, при внесении иной симптоматики, вызванной дополнительными неблагоприятными экзогенными воздействиями (психогении, травмы головного мозга, интоксикации), возрастными и социальными факторами. Предварительные исследования, проведенные в амбулаторной судебно-психиатрической практике Центра психического здоровья города Алматы с 1998 по 2001 г.г., показали, что изученные состояния по этиологическому (соответственно нозологическому) признаку с учетом ведущего фактора в генезе могут быть разделены на следующие группы: собственно ранние резидуально-органические поражения головного мозга (30%), церебрально-органические поражения сложного генеза, при которых последствия перинатального церебрального повреждения, тем не менее, оставались ведущими (20%); органические поражения головного мозга сложного генеза с иным ведущим (на момент обследования) фактором (52%), интоксикации (10%), в остальных случаях - инфекция, сосудистая патология и др.

С другой стороны, существуют определенные диагностические стереотипы, в соответствии с которыми эта патология как бы соотносится с этапом незавершенного онтогенеза, но в постпубертатном периоде по существу игнорируется при экспертной оценке. Между тем современное законодательство, предусматривающее дифференцированный подход к экспертной оценке пограничной нервно-психической патологии, в том числе в соответствии со ст. 17 УК РК, дает возможность более адекватно оценивать последствия ранних церебрально-органических поражений в постпубертатном возрасте.

И, наконец, актуальность исследований отдаленных последствий ранних церебрально-органических поражений определяется не только практической необходимостью разработки систематики расстройств на различных этапах постпубертатного онтогенеза и верификации типологии их динамических вариантов. Эта актуальность определяется недостаточно исследованной ролью органической "почвы", которая может выступать в качестве как патогенетического фактора (имеющего самостоятельное экспертное значение), так и патопластического или патокинетического фактора (видоизменяющего основные клинико-динамические параметры заболевания), или способствовать становлению иной патологии. Выявление роли органической почвы способствует более дифференциированной экспертной оценке указанных состояний. Ранние церебрально-органические поражения головного мозга в постпубертатном периоде, имеет большое судебно-психиатрическое значение: нередко прослеживается связь между указанной патологией и противоправным поведением.

#### **Судебно-психиатрическая оценка и принудительное лечение реактивных психозов у лиц с последствиями черепно-мозговых травм**

Сложность нозологической квалификации атипичных реактивных состояний у больных с последствиями черепно-мозговых травм, большая неопределенность их прогноза из-за повышенной вероятности усугубления патологизации почвы, необходимость выяснения глубины и динамических тенденций психогенно "зашторенных" травматических нарушений определяют своеобразие и дополнительные трудности судебно-психиатрической оценки реактивных психозов на травматической почве.

Констатация психотической глубины психогении в период совершения общественно опасных действий должна вести к применению ст. 16 УК РК и признанию лиц, совершивших такие действия, невменяемыми. Степень выраженности тенденций и психопатологические последующего течения реакции определяют выбор мер медицинского характера.

Судебно-психиатрическая оценка реактивных психозов, возникающих после правонарушения, включает в себя более широкий круг вопросов (прогноз, возможность предстать перед судом и нести ответственность, назначение и снятие принудительного лечения, возможность участвовать в следственных действиях, давать показания), связанных с практическим применением ч. 2 ст. 16 УК РК (для следственных) и ст. 505 УПК РК (для осужденных). Наряду с анализом анамнестических данных, установление показаний к применению этих статей следует основывать на учете прогностически значимых формы и типа течения реактивного психоза, а также характера и отчетливости видоизменения его структуры. Эти клинические характеристики отражают ряд существенных сторон патогенеза не только психогенного, но и фонового травматического заболеваний. Вследствие этого они должны быть использованы как важные оценочные экспертизы критерии, позволяющие судить как об основных динамических тенденциях, прогнозе психогенного состояния, так и о глубине и особенностях течения фоновой травматической патологии.

При сохранности специфического психогенного механизма формообразования истерических реактивных психозов, о чем у лиц с последствиями черепно-мозговых травм свидетельствует острота развития заболевания и сравнительно полная очерченность его структуры, относительная яркость, пластичность и ситуационная выразительность симптоматики, ее динамичность и ограниченность рамками истерических синдромов, судебно-психиатрическая оценка традиционна для психогений. Лица с такими особенностями заболевания, предпочтительно развивающегося на фоне неглубоких резидуальных явлений перенесенной черепно-мозговой травмы, должны признаваться вменяемыми с рекомендацией необходимости перерыва в

---

предварительном или судебном следствии на время лечения психогенных состояний.

Если отсутствуют выраженные тенденции к затяжному течению, рационально такое лечение проводить в судебно-психиатрическом стационаре. В остальных случаях - при нарастании механизмов фиксации - целесообразно направление на принудительное лечение в психиатрическую больницу до выхода из реактивного состояния. Задержка таких больных в экспертном отделении неэффективна, так как его условия при неразрешенности ситуации способствуют закреплению и стабилизации истерической симптоматики, служат своего рода ее "фиксатором".

В связи с благоприятным прогнозом психогений с отмеченными структурно-патокинетическими особенностями необходимости применения ч. 2 ст. 16 УК РК не возникает, в случаях экспертизы (освидетельствования) осужденных следует выносить решение об отсутствии показаний к применению ст. 505 УПК РК. При рецидивировании по типу "клише" или с нарастанием типичной истерической симптоматики необходимо сохранять аналогичный принцип судебно-психиатрической оценки.

Для судебно-психиатрической оценки эндоформных реактивных психозов, в связи со своеобразием их патогенеза, у лиц с последствиями черепно-мозговых травм должны применяться иные критерии. Стертость,rudиментарность и фрагментарность психогенной симптоматики, ее неразвернутость здесь указывают не на глубину последствий черепно-мозговой травмы (как это имеет место в истерической группе психозов), но на относительно меньшее участие в структурном построении и патокинезе заболевания общепатологических закономерностей, неглубокий витальный уровень их развертывания и наклонность к abortивности. Это обосновывает возможность и необходимость в таких случаях радикального решения - признания больных вменяемыми с рекомендацией принудительного лечения до выхода из реактивного психоза.

Судебно-психиатрическая экспертиза развернутых и (или) трансформирующихся эндоформных реактивных психозов на травматической почве является более сложной. При значительном удельном "весе" в структуре этих психогений витализированной тоски, систематизированных персекуторных и депрессивных бредовых идей, депрессивных галлюцинаций, идеаторных автоматизмов, сенестопатических и ипохондрических расстройств окончательное суждение об истинном генезе заболевания на ранних его этапах очень затруднительно. В некоторых наиболее сложных и атипичных (шизоформных) случаях с надежностью оно может быть вынесено лишь после выхода больных из острого психотического состояния при ретроспективном учете всех особенностей его течения и структуры, которые к этому моменту становятся более ясными.

Поэтому во избежание диагностических ошибок, влекущих за собой неправомерное экспертное решение, в этих сравнительно редких случаях необходимо рекомендовать отсрочку экспертного решения на период принудительного лечения в психиатрической больнице до выхода из острого психотического состояния с последующим возвращением в экспертный стационар для вынесения окончательного заключения. Следует, однако, помнить, что наибольшую трудность чаще представляет все же решение вопроса не о вменяемости, а о возможности предстать перед судом и нести ответственность за содеянное. Решение этого вопроса должно основываться на анализе клинических признаков, имеющих прогностическое значение.

О неблагоприятном прогнозе свидетельствуют нарастание в клинический картине заболевания психомоторной заторможенности или полиморфной симптоматики с органическим радикалом (реактивно-катестезического бреда, сенестопатоподобных и ипохондрических расстройств, деперсонализационных проявлений, вялоастенических нарушений), малая зависимость или ослабление зависимости динамики заболевания от изменений ситуации, резистентность к терапии в период экспертизы, безремиссионное монотонное длительное течение или упорное рецидивирование с усложнением клинической структуры.

Перечисленные признаки отражают прогрессирующую утрату патогенетического значения собственно психогенного фактора (психогенных механизмов) в патокинезе развернутых эндоформных реактивных психозов и свидетельствуют о неблагоприятной динамике (нарастании патологизации) травматического фона. Это делает допустимым применение у следственных лиц ч. 2 ст. 16 УК РК. В некоторых наиболее длительных случаях с выраженным соматовегетативными расстройствами при наличии таких признаков необходимо ставить вопрос о необратимом течении и приравнивать состояние к хроническому психическому расстройству. У осужденных отмеченные особенности течения психогенного психоза должны служить показанием к применению ст. 505 УПК РК.

Клинико-патогенетическое своеобразие реактивных психозов у лиц с последствиями черепно-мозговых травм определяет ряд организационных особенностей их экспертизы. Во всех случаях ее проведение должно сочетаться с лечением больных, причем предпочтительнее применение небольших, "расслаивающих" структуру синдрома доз нейролептиков (трифтазин, галоперидол) или среднетерапевтических доз антидепрессантов. Применение этих препаратов помогает вскрыть специфику клинического состояния, уточнить его содержание, форму и качество основных расстройств, а появление доступности, облегчение в процессе лечения контакта с больными позволяет правильно оценить

преморбидную патологию, точно квалифицировать нозологию почвы психогенного психоза. При наличии в клинической картине заболевания явлений оглушенности, отчетливых цефалгических, сенестопатических и галлюцинаторных расстройств проведение в период экспертизы терапии больных

обязательно должно включать лечебно-диагностическую спинно-мозговую пункцию. При таких особенностях статуса она нередко обнаруживает значительную ликворную гипертензию, а улучшение состояния, наступающее в последующее время, существенно облегчает дифференциальный диагноз.

*Литература:*

1. Т.В.Леонова *Некоторые клинико-динамические характеристики отдаленных последствий ранних церебрально-органических поражений // Материалы конференции Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского "Современная психиатрия глазами молодых учеников" под. ред. Е.В.Макушкина. – М., 2000*
2. Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии. - М, 1983*
3. Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии. – М., 2000*
4. Дмитриев С.Д., Клименко Т.В. *Судебная психиатрия (учебник). - М., 1998*
5. Качаев А.К., Щукин Б.П. *Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы // Методические рекомендации. - М., 1979*
6. Игонин А.Л., Пелипас В.Е., Клименко Т.В. *Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания при алкоголизме и наркоманиях // Пособие для врачей. - М., 1999*
7. Докучаева О.Н., Демонова Д.П. *Клиника и патоморфоз синдромов рассстроенного сознания в судебно-психиатрической практике. - М., 1990*
8. Зальцман Г.И., Кудьярова Г.М. *Судебная психиатрия (учебник). - Алматы, 2000*
9. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. *Глоссарий терминов, относящихся к агрессивному поведению при психических расстройствах. - М, 1999*
10. Ю.Л.Метелица *Клинические варианты постреактивных развитий личности и их судебно-психиатрическое значение // Методические рекомендации. – М., 1978*
11. И.А.Кудрявцев *Клиника, дифференциальный диагноз, прогноз и судебно-психиатрическая экспертиза реактивных психозов у лиц с последствиями черепно-мозговых травм // Методические рекомендации. – М., 1977*
12. Турова З.Г., Филипских В.Е., Татаринова Е.И. *Сложные формы опьянения - маркеры психоорганического психоза // Кратковременные расстройства психической деятельности. – М., 1986*
13. В.В.Вандыш, С.С.Кравцов, Г.В.Авров *Особенности динамики юношеской шизофрении в психотравмирующей ситуации // Кратковременные расстройства психической деятельности. – М., 1986*
14. В.В.Вандыш, Э.А.Бурелов *Клиника и судебно-психиатрическая оценка резидуально-органического поражения в подростковом возрасте // Психические расстройства, не исключающие вменяемость. – М., 1986*
15. А.С. Тиганов *Психиатрия // Учебник для вузов и практических врачей. – М., 2000*
16. М.Х.Махтумова *Отдаленные последствия черепно-мозговых травм, осложненные опийной наркоманией // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике. – М., 1991*

## **ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Р.К.Тулькубаева, Н.И.Распопова, Р.Х.Музрафов

г. Алматы

Анализ государственной и ведомственной статистической отчётности свидетельствует о сложившейся в последние годы устойчивой тенденции к росту психической патологии в Республике Казахстан. Если в 1997 г. заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами в Республике

Казахстан составляла в расчёте на 100 тысяч населения 146,5, то к 2001 г. это число возросло до 186,5.

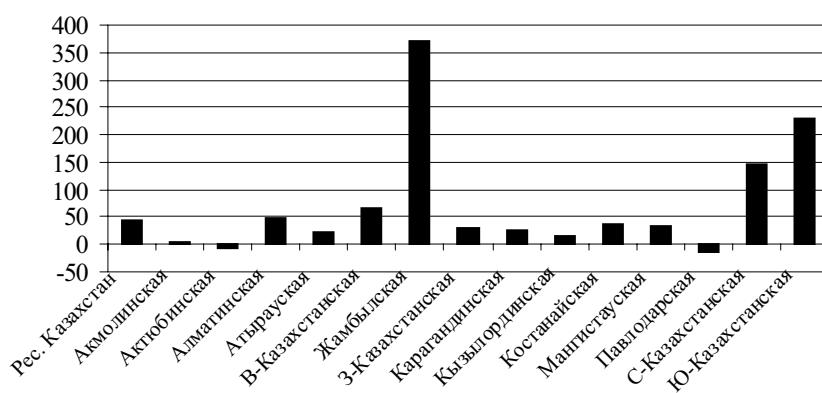
При сравнении статистических показателей по отдельным нозологическим формам психических расстройств выявляется, что рост заболеваемости в последние 5 лет, в основном, связан с органической

психической патологией. Так, если в 1997 г. заболеваемость органическими психическими расстройствами на 100 тысяч населения составляла 49,4, то в 2001 г. этот показатель увеличился до 71,1. Причём, темпы роста заболеваемости органическими психическими расстройствами по отдельным

регионам Республики Казахстан крайне неравномерны: от стремительного роста данной формы психической патологии в южных областях (Жамбылская, Южно-Казахстанская) до снижения этих показателей до отрицательных в Павлодарской и Актюбинской области, что отражено в диаграмме 1.

Диаграмма 1

*Темп прироста заболеваемости органическими психическими расстройствами в различных регионах Республики Казахстан (за 1997-2001 г.г.)*



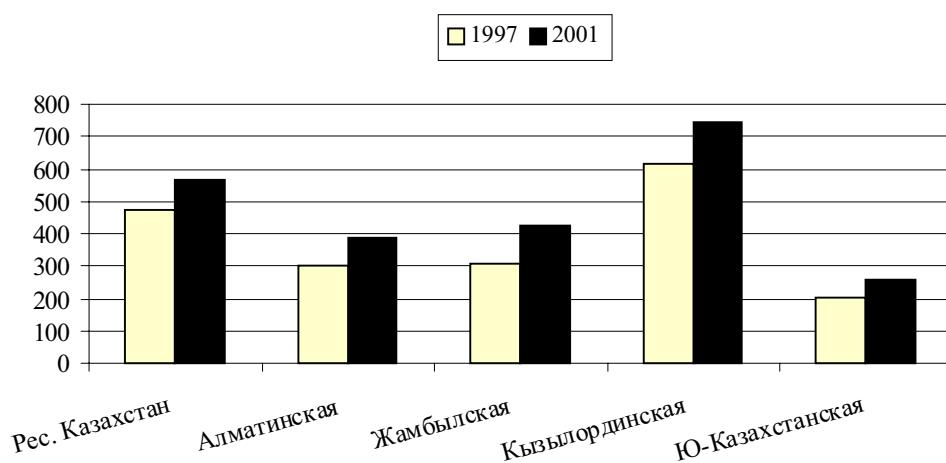
Бурный рост заболеваемости органическими психическими расстройствами в южном регионе Республики Казахстан определяет актуальность настоящего исследования, целью которого является сравнительное изучение динамики распространённости и заболеваемости психическими расстройствами экзогенно-органического генеза в Южно-Казахстанской, Кызылординской,

Жамбылской и Алматинской областях и обеспеченности населения данных регионов психиатрической помощью.

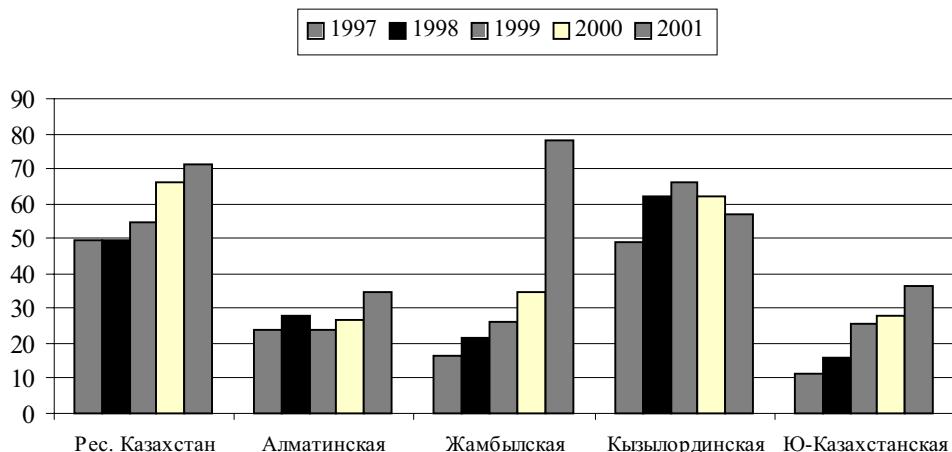
Сравнительные статистические данные о распространённости (болезненности) и заболеваемости органическими психическими расстройствами в отдельных областях южного региона Республики представлены на диаграммах 2 и 3.

Диаграмма 2

*Динамика распространённости органических психических расстройств в южном регионе Республики Казахстан за 1997-2001 г.г.*



*Динамика заболеваемости органическими психическими расстройствами  
в южном регионе Республики Казахстан за 1997-2001 г.г.*



Приведенные данные наглядно свидетельствуют о том, что за последние 5 лет контингент больных органической психической патологией неуклонно растет, как в среднем по республике, так и во всех областях южного региона. По количеству больных с данной формой психической патологии, состоящих на учёте в психоневрологических учреждениях, лидирующее место среди областей южного региона устойчиво занимает Кызылординская область, это обстоятельство заслуживает особого внимания, так как данный регион считается экологически неблагополучным.

При сравнительном анализе заболеваемости органическими психическими расстройствами выявляется неравномерность роста данного показателя в отдельных областях. Так, в Жамбылской области число выявленных больных с органическими психическими расстройствами на 100 тысяч населения только за один год увеличилось более чем в два раза: с 34,5 в 2000 г до 77,9 в 2001 г., в то время как в Кызылординской области заболеваемость данной формой психической патологии снизилась с 65,8 в 1999 г. до 57 в 2001 г. Таким образом, наибольший темп прироста заболеваемости органическими психическими расстройствами наблюдается в Южно-Казахстанской и особенно в Жамбылской областях, а темп прироста заболеваемости органической психической патологией в Кызылординской области минимален (диаграмма 1).

Группа органических психических расстройств включает в себя широкий круг психической патологии различного генеза: травматического, интоксикационного, сосудистого, инфекционного и т.д. В возникновении и развитии данных психических расстройств, несомненно, большую роль играют социально-демографические и этнокультуральные особенности образа жизни населения конкретного

региона. В то же время статистические показатели заболеваемости в определённой мере зависят и от выявляемости психической патологии в населении, что непосредственно связано с обеспеченностью населения психиатрической помощью, в частности, кадрами врачей-психиатров.

Южный регион Республики Казахстан отличается преимущественным развитием аграрных форм хозяйственной деятельности, преобладанием сельского населения над городским и относительно низкой обеспеченностью населения кадрами врачей-психиатров: в Жамбылской, Алматинской и Южно-Казахстанской областях обеспеченность психиатрами на 10000 населения составляет 0,3 и является самым низким показателем по Республике. Сравнительные показатели обеспеченности населения южного региона Республики Казахстан кадрами врачей-психиатров и психиатрическими койками представлены на диаграммах 4 и 5.

Сравнительный анализ данных о количестве лиц с органической психической патологией, состоящих на учёте в психоневрологических учреждениях (болезненность), и впервые выявленных (заболеваемость) с обеспеченностью данного конкретного региона психиатрической помощью позволяет проследить некоторые зависимости. Так, высокие цифры болезненности органическими психическими расстройствами в Кызылординской области соответствуют относительно высоким показателям обеспеченности данного региона врачами-психиатрами (0,5 на 10000 населения). Низкие показатели болезненности органической патологией в Южно-Казахстанской области в 1997 г. соответствовали самому низкому показателю обеспеченности врачами-психиатрами (0,2 на 10000 населения), увеличение в этом регионе количества врачей-психиатров (до 0,3) повлекло за собой

Диаграмма 4

*Обеспеченность врачами-психиатрами областей южного региона  
Республики Казахстан в 1997-2001 г.г.*

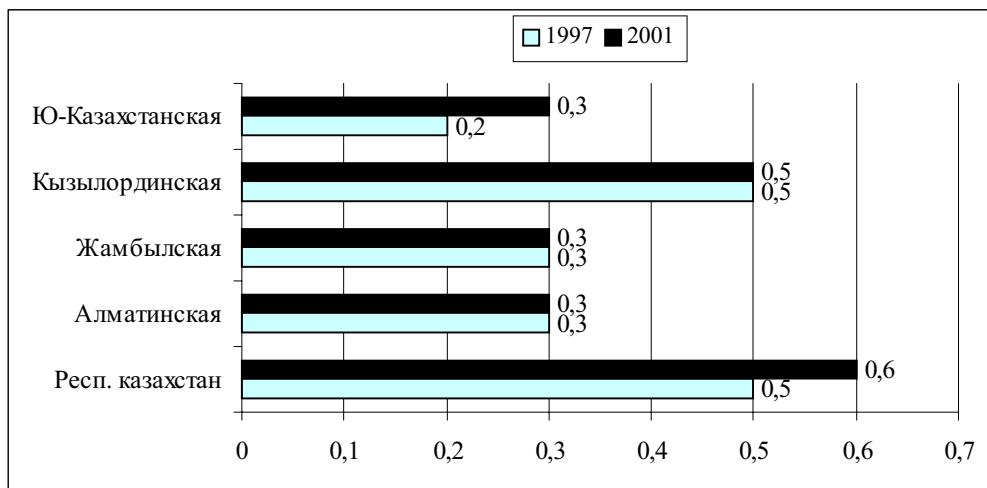
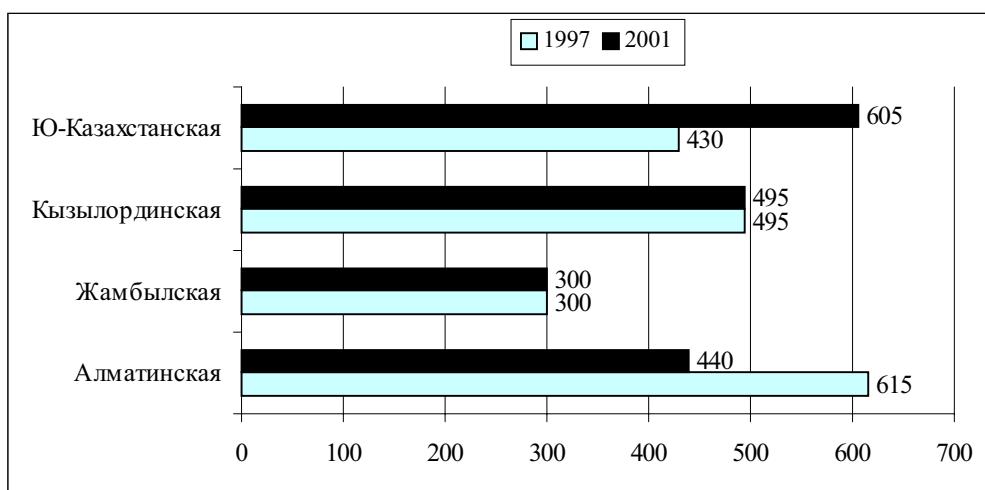


Диаграмма 5

*Обеспеченность психиатрическими койками областей южного региона  
Республики Казахстан в 1997-2001 г.г.*



повышение выявляемости данных расстройств в населении и соответствующий рост показателей заболеваемости.

Особое внимание обращает на себя резкий рост заболеваемости органическими психическими расстройствами в Жамбылской области при сохраняющейся низкой обеспеченности врачами-психиатрами данного региона (0,3), т.е. без каких-либо объективных данных, которые могли бы свидетельствовать об улучшении выявляемости данной формы психической патологии в населении, фактически наблюдается рост заболеваемости, что требует дальнейших научных исследований по выявлению причин этого явления и проведения

организационных мероприятий по расширению психиатрической помощи в данном регионе.

Также следует отметить, что уменьшение коечного фонда психиатрических учреждений в Алматинской области, при сохраняющейся обеспеченности населения врачами-психиатрами (0,3 на 10000 населения) не повлекло за собой каких-либо существенных колебаний показателей роста заболеваемости органическими психическими расстройствами, которые остаются на уровне средних по Республике. Следовательно, сокращение коечного фонда психиатрической службы (при соответствующем расширении амбулаторного звена) не следует рассматривать как сугубо отрицательную тенденцию в здравоохранении.

---

---

Совершенствование психиатрической помощи во многих экономически развитых странах мира в настоящее время связано с развитием концепции «общественно-ориентированной психиатрической службы», что обусловлено накоплением данных о более высокой эффективности лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами во внебольничных условиях (Гурович И.Я., Стражакова Я.А., 2003; Ньюфельд О.Г., 2002; Тугег Р., 1998).

Основные принципы общественно-ориентированной психиатрии:

- возможно, более полное перемещение психиатрической помощи непосредственно в социальную сферу, развитие психиатрической службы с уменьшением ориентации на коечный фонд и расширением помощи в населении;
- отказ от замкнутости традиционной специализированной службы и использование других государственных и общественных структур (сотрудничество с общемедицинской сетью, с образовательными и социальными институтами, жилищными организациями);
- изменение структуры психиатрической службы, её децентрализация, приближение к населению

(создание небольших психиатрических отделений в больницах общего типа);

- сотрудничество со всеми организациями и учреждениями, деятельность которых могла бы быть использована для улучшения социального функционирования и качества жизни больных (паспортизация, оформление инвалидности, трудоустройство);
- привлечение спонсорской помощи для оптимизации процесса социального восстановления психических больных;
- работа по повышению толерантности населения к лицам с психическими расстройствами.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в целях повышения эффективности оказания психиатрической помощи и профилактики роста органических психических расстройств в населении южного региона Республики Казахстан приоритетное значение имеет увеличение обеспеченности врачами психиатрами, с расширением амбулаторного звена психиатрической службы и использованием в её организации перспективных принципов концепции общественно-ориентированной психиатрии, особенно в Жамбылской области.

*Литература:*

1. Гурович И.Я., Стражакова Я.А. *Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на общество)* // Журнал «Социальная и клиническая психиатрия». - Т. 13, № 1. – М, 2003. – С. 5-10
2. Ньюфельд О.Г. *Принципы и практика общественной психиатрии* // Журнал «Социальная и клиническая психиатрия». - Т. 12, № 3. – М, 2002. – С. 5-13
3. Tyrer P. *Cost-effective or profligate community psychiatry?* // Br. J. Psychiatry, 1998. – Vol. 172. – P. 1-3

## **НАРКОЛОГИЯ**

### **ФОРМИРОВАНИЕ КОНСТРУКТИВНОЙ Я-КОНЦЕПЦИИ, КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФЕНОМЕНА АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

А.А.Марашева

г. Караганда

В переходный период развития нашего общества молодое поколение находится в очень сложной социально-психологической ситуации. В значительной мере разрушены прежние, устаревшие стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых происходит медленно и хаотично. Молодые люди утрачивают ощущение смысла происходящего и не имеют определенных жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль. Молодежь и особенно дети, находясь под воздействием хронических, непрерывно возрастающих интенсивных стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и страдают от их последствий. Это побуждает искать средства, помогающие уходить от тягостных переживаний, и здесь на первое место вышла наркотизация детей, а также различные виды других негативных зависимостей.

С другой стороны, отсутствие необходимых знаний, навыков и современных социально-адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения – родителей, педагогов – не позволяет им оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку. Дети в целом оказались одиноки и психологически беспомощны в связи с утраченными связями со старшим поколением. Профессиональные группы лиц, работающие с ними, также нуждаются в выработке совершенно нового подхода к взаимодействию со своими подопечными. Для того чтобы обучить их новым формам поведения, сформировать стрессоустойчивую и наркоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется, во-первых, самим обладать необходимыми для этого качествами, а во-вторых, обладать знаниями, умениями и навыками обучения способности конструктивно решать жизненные задачи, формировать ценности здоровой личности.

До настоящего момента первичная профилактика проводилась, начиная с подросткового возраста, так как подростки в силу особенностей возраста считались наиболее вероятной группой риска. Но по данным последних исследований среди подростков возрастает процент, уже употребляющих психоактивные вещества.

В 2001 году, Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем

наркомании, было проведено комплексное многоуровневое исследование наркозависимости в Республике Казахстан на 7650 респондентах. Исследования, по мнению А.Л.Каткова, убеждают в реальности формирования феномена антинаркотической устойчивости населения Республики Казахстан, под которой понимают совокупность личностных свойств, ведущих к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях, и дают его основные компоненты: 1) полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития; 2) адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев; 3) качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом; 4) наличие адекватно сформулированного «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ; 5) наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев; 6) полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Существует необходимость проводить первичную профилактику в более раннем возрасте и, учитывая особенности данного возраста, формировать у детей антинаркотическую устойчивость. Доказывая адекватность концепции антинаркотической устойчивости в отношении детей младшего школьного возраста, мы рассматриваем его основные компоненты применительно данного возраста.

Нами было проведено исследование уровня сформированности феноменов антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. Основными материалами исследования являются: стандартные медицинские документы - медицинские карты амбулаторного больного (форма № 025-У), заполненные «Базисные карты для эпидемиологических исследований», проективные и непроективные методики для изучения уровня сформированности антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. Методы исследования включали в себя: метод сбора данных, клинико-психопатологический, клинико-психологический, социально-психологический методы, а также статистические методы обработки полученных данных.

В качестве критериев отнесения больных к наркологическим заболеваниям, психическим и поведенческим расстройствам, вследствие употребления психоактивных веществ использовались критерии МКБ-10 (1994). Выборка производилась в 2001-2003 годах. Общий объем выборки 160 пациентов. Выборка представлена: 1) детьми, состоящими на профилактическом и диспансерном учетах в детском наркологическом отделении; 2) детьми, у которых наблюдается отсутствие употребления психоактивных веществ в анамнезе. Возраст детей в обеих группах составил 7-11 лет. Также критерием отбора в исследуемую группу и группу сравнения является уровень интеллектуального развития, который соответствует возрастным нормам. Для проведения клинико-психологического исследования (проективных и непроективных методик) важен признак сохранности интеллектуальных способностей, но уровень умственного развития в исследуемой группе и группе сравнения не является фактором, влияющим на достоверность получаемых результатов.

Процесс полноценного прохождения и завершения этапа идентификации личностного развития начинается с младенчества и раннего детства, обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э.Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. Следовательно, в младшем школьном возрасте говорить о полноценном завершении этапа идентификации личности невозможно. На основании проведенного теоретического и экспериментального анализа мы можем говорить о том, что особенности процесса идентификации у ребенка младшего школьного возраста можно определить с помощью изучения самооценки, уровня притязания и личностных качеств ребенка.

Данное личностное свойство является, в значительной степени, определяющим в формировании антинаркотической устойчивости личности. В связи с этим, вопросам адекватного формирования навыков ответственного выбора придается исключительное значение. Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования - 3-6 лет). Собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-14 годам. Свойство ответственного выбора отличается от предпочтений или альтернатив тем, что содержит в собственной структуре умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (предпочтения или мягкие альтернативы псевдовыбора наличие таких характеристик не предусматривают), дезавуировать их внешнюю привлекательность.

Адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев

базируются на самоописании своих личностных качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей, то есть самосознания образа «я». Основной объем самоописаний занимают результаты самопознания: перечисление своих качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей и т.п. Эмоционально-ценное отношение к себе мы определяли, по словам и фразам, указывающим на отношение ребенка к своим особенностям, мотивам, поступкам, на степень самопринятия, самоуважения.

Итак, описанные феномены антинаркотической устойчивости, а именно полноценное прохождение и завершение этапа личностной идентификации, адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев, в младшем школьном возрасте представлены степенью сформированности адекватной самооценки, уровня притязания, самосознания. По мнению отечественных и зарубежных психологов данные психические свойства представляют собой часть Я-концепции, которая формируется на основе совокупности имеющихся личностных качеств ребенка. Поэтому целью профилактики в младшем школьном возрасте следует рассматривать данные феномены как основу формирования конструктивной части Я-концепции.

Известно, что возраст 6-12 лет относится к аффективному этапу развития личности. Характерными особенностями детей этого возраста являются непоседливость, сложности в управлении собственным поведением и эмоциональная возбудимость. Кроме того, именно в возрасте 6-7 лет у ребенка формируется способность дифференцировать свои эмоции посредством речи, и эти дифференцированные эмоции становятся важным регулятором поведения. Исходя из этого эмоциональное развитие, основанное на обучении детей пониманию своих эмоциональных свойств и способов эмоционального реагирования, и предполагающее профилактику (или коррекцию) эмоциональных нарушений, является значимым защитным фактором по отношению к возможной наркотизации. Эмоциональные нарушения, несмотря на разнообразие их проявлений (тревожность, агрессивность, подавленность, эмоциональная лабильность и т.д.), чаще всего имеют единую основу - слабость Я, бессознательное ощущение внутреннего хаоса. Особое внимание нужно уделять формированию способности управлять своими эмоциями (введение понятия меры, обучение навыкам снижения проявления т.н. негативных эмоций). Негативные последствия не только могут затруднить социализацию ребенка, но и, в неблагоприятных условиях, выступить в качестве факторов риска приобщения к психоактивным веществам.

---

Анализируя полученные нами результаты, мы можем отметить достоверную разницу в личностных качествах детей обеих групп.

Дети, употребляющие психоактивные вещества, чувствуют себя беспомощными, усталыми и неспособными справляться с жизненными трудностями, также не способны контролировать свои эмоциональные импульсы и выражать их в социально допустимой форме (в поведении это проявляется как отсутствие ответственности, капризность), проявляют повышенную импульсивность или сверхактивность в ответ на слабые провоцирующие стимулы (по незначительному поводу у них могут возникнуть бурные эмоциональные реакции), их поведение в значительной степени зависит от эмоционального состояния, проявляют слабый интерес к общественным нормам и не прилагают усилия для их выполнения, способны презрительно относиться к моральным ценностям и ради собственной выгоды идут на нечестность или обман, обладают плохим самоконтролем, слабовольны, малоспособны придать своей энергии конструктивное направление, бесцельно расточают ее, не умеют организовывать свое время и порядок выполнения дел. Также, более подвержены аффективным переживаниям, чем дети, неупотребляющие психоактивные вещества, более лабильны, отличаются богатством и яркостью эмоциональных проявлений, откликаются на происходящие события, имеют выразительную экспрессию, для них характерны сильные колебания настроения, постоянное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Несколько отстают в интеллектуальном развитии от своих сверстников, не употребляющих психоактивные вещества (низкие общие мыслительные способности, затруднения в решении абстрактных задач, узкий спектр интеллектуальных интересов). Присутствует повышенный уровень тревожности, подавленности, склонности к печальным размышлениям в одиночестве, подверженности различным страхам и нелегкому переживанию любых жизненных неудач, а также недооценивают свои возможности, способности, подвержены чужому влиянию. Отличаются эмоциональной неустойчивостью с преобладанием пониженного настроения, раздражительностью, негативным отношением к критике, часто находятся в состояние возбуждения, с трудом успокаиваются, чувствуют себя разбитыми, усталыми, что можно отнести в пользу органического поражения головного мозга.

Дети, неупотребляющие психоактивные вещества, хорошо приспособлены к новым обстоятельствам, не скрывают от себя собственные недостатки, не расстраиваются по пустякам и не поддаются случайным колебаниям настроения, эмоционально устойчивы (сила «Я»), отличаются развитым чувством ответственности, обязательны и добросовестны, совестливы (сила «Сверх – Я»),

---

самоуверенны, более организованы, чаще думают, прежде чем действовать.

В самооценке ребенка отражается не только его отношение к уже достигнутому, но и то, каким он хотел бы быть, его стремления, надежды. Самооценка теснейшим образом связана с тем, на что человек претендует. Самооценка ребенка обнаруживается не только в том, как он оценивает себя, но и в том, как он относится к достижениям других. Из наблюдений известно, что дети с повышенной самооценкой не обязательно расхваливают себя, но зато они охотно бракуют все, что делают другие. Ученики с пониженной самооценкой, напротив, склонны переоценивать достижения товарищей. Дети, которые не критичны к себе, часто очень критичны к другим. Если маленькому школьнику (первокласснику, второкласснику), который обычно получает хорошие отметки и высоко оценивает себя, дать на оценку его собственную работу и такую же по качеству работу, выполненную другим, то себе он поставит 4 или 5, а в работе другого найдет массу недостатков. Ребенок не рождается на свет с каким-то отношением к себе. Как и все другие особенности личности, его самооценка складывается в процессе воспитания, в котором основная роль принадлежит семье и школе. Дети с высокой самооценкой отличались активностью, стремлением к достижению успеха как в учении и общественной работе, так и в играх. Совсем по-иному ведут себя дети с низкой самооценкой. Их основная особенность – неуверенность в себе. Во всех своих начинаниях и делах они ждут только неуспеха. Обнаружилось, что нет никакой связи между самооценкой ребенка и материальной обеспеченностью семьи. Зато прочность семьи оказалась очень важным фактором; в распавшихся семьях чаще встречались дети с пониженной самооценкой.

Младший школьный возраст, как известно, характеризуется как кризисный, а, следовательно, уязвимый как со стороны социальных факторов, в частности, семьи и школы. Проблемы в общении и нестабильность самооценки является фоном, повышающим вероятность употребления ребенком психоактивных веществ. Самооценка и связанный с ней уровень притязаний, являясь личностными параметрами умственной деятельности. Преобладание неуспеха над успехом, подкрепляемое низкими оценками их работы учителем, ведет к увеличению неуверенности в себе, чувству неполноты и к заниженному по сравнению с реальными возможностями уровню притязаний. Если ребенок постоянно не справляется с заданием и получает низкие оценки, то мотив достижения успеха значительно ослабевает. Сначала возникает переживание, затем безразличное отношение к отрицательной оценке своей деятельности другими.

Анализируя полученные данные проведенных методик на выявление самооценки детей,

употребляющих психоактивные вещества и неупотребляющих, мы получили результаты, которые показывают, что большинство детей, употребляющих психоактивные вещества, имеют низкую самооценку и низкий уровень притязания. В частности, дети, употребляющие психоактивные вещества, считают себя слабым учеником чаще, чем дети неупотребляющие. В то время как большая часть группы сравнения считает себя средним учеником, то есть имеют адекватную самооценку и уровень притязания. Наблюдается поверхностное отношение к учебе. Учеба не рассматривается как фактор развития, достижения и получения знаний. Наблюдается общее снижение познавательной мотивации, стремящаяся к выбору легкого пути, удовлетворение от незаслуженного результата, который достигается без приложенных усилий, а также пассивной выжидательной позицией. В исследуемой группе при проведении методики «человек под дождем» дети чаще располагали человека в нижней части листа, то есть занизили свою самооценку. Адекватную самооценку дети в группе сравнения обнаруживают достоверно чаще, чем дети в исследуемой группе.

Основной объем самоописаний занимают результаты самопознания: перечисление своих качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей и т.п. Об эмоционально-ценостном отношении к себе мы судили по словам и фразам, указывающим на отношение ребенка к своим особенностям, мотивам, поступкам, на степень самоприятия, самоудовлетворенности.

Полученные результаты проведенного нами исследования показывают, что, дети обеих групп склонны выделять в своей личности положительные качества. Но данные качества выделяли в себе дети из исследуемой группы существенно реже, чем дети группы сравнения. При этом отмечались такие качества как, добрый, веселый, тихий, сильный. Отрицательные качества дети, употребляющие психоактивные вещества, называли чаще, чем дети неупотребляющие. Среди отрицательных качеств выделялись такие качества как злой, «всегда лезу в драку», агрессивный, «не слушаюсь старших», не красивый. В целом мы видим, что дети склонны выделять в себе социально-одобряемые качества, ориентируясь на требования социальной среды. Но в исследуемой группе дети чаще выделяют отрицательные качества, связанные со способом самоутверждения в мире, как реакция на неблагоприятную внешнюю ситуацию. При исследовании способностей у детей мы отметили, что большой процент детей, употребляющих психоактивные вещества, не смогли выделить присущие им способности, только половина детей исследуемой группы выделяют у себя наличие определенных способностей. Также мы отметили то факт, что дети чаще выделяли не столько способности,

сколько желание заниматься чем-то в жизни, при этом, что реально они не занимаются данным видом деятельности и не добиваются каких-либо ощущаемых результатов. Приоритетными сферами для детей исследуемой группы являются сфера спорта и физической работы. Для детей группы сравнения приоритетом явилась сфера творчества. На основании полученных данных можно говорить о невысоком уровне развития рефлексии у детей исследуемой группы. Как следствие - невозможность анализировать свои способности и ставить перед собой жизненные цели. В определении образа профессионального будущего исследуемая группа детей чаще, чем группа сравнения не смогла определить, что дети будут делать в будущем. То есть дети испытуемой группы сравнительно чаще не простраивают перспективу своей жизни и живут только настоящим и прошлым. Исходя из классификации Климова Е.А., мы можем сказать, что большинство детей группы сравнения выбирают профессии в сфере «человек-человек». Здесь чаще выделяли такие профессии как врач, юрист, учитель. Дети исследуемой группы чаще выделяли такую профессию как дальнобойщик, аргументируя, что «это классно: уехать из дома, кататься по стране и крутить барабанку и больше ни чего делать не надо». Основной акцент при выборе данной профессии дети делают на материальную сторону данного вида деятельности «они много зарабатывают и очень выносливые, сильные». Учитывая тот факт, что дети исследуемой группы вообще не выделили категорию «человек-природа» можно говорить о том, что у детей исследуемой группы присутствует стремление развивать не сколько духовные и интеллектуальные возможности, сколько физические. Исследуя характеристику используемых средств для достижения своей цели, мы видим, что большинство детей, употребляющих психоактивные вещества, затруднились с ответом, что может говорить о низком уровне рефлексии и самосознания. Дети исследуемой группы достоверно чаще не простраивают временной перспективы и не владеют информацией о путях достижения поставленной цели, что приводит к неумению отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев, таких как употребления алкоголя или табака. Часть детей данной группы чаще всего выбирает неадекватные средства. Например, в задаче: «Я бы хотел быть баскетболистом», на вопрос что для этого нужно следует ответ - «купить баскетбольный мяч». В то время как дети группы сравнения ответили «чтобы стать баскетболистом, нужно заниматься спортом и не курить и не пить», что предполагает наличие более реальной перспективы достижения цели.

Таким образом, на основании полученных в ходе всего исследования данных мы можем сказать, что дети, употребляющие психоактивные вещества, не обладают умением контролировать свои

эмоции и поведение, эффективно управлять своей энергией. Они хорошо осознают социальные требования, но склонны их игнорировать или подчиняться доминирующему личностям. В целом дети отличаются пассивностью, замкнутостью и обособленностью от группы. Сильные эмоциональные переживания, возникающие при столкновении с трудностями, побуждают их избегать проблемных ситуаций или обращаться к помощи окружающих. Имеют низкую самооценку и низкий уровень притязания, а также отличаются невысоким уровнем развития рефлексии у детей по сравнению с детьми, неупотребляющими психоактивные вещества. Как следствие - невозможность анализировать свои способности и ставить перед собой жизненные цели. Говорить о полноценной информированности о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев, в исследуемой группе невозможно. Дети, употребляющие психоактивные вещества, действительно отличаются от детей, не употребляющих определенными личностными особенностями, стратегией поведения и ценностными ориентирами, следовательно, можно говорить о разном направлении формирования Я-концепции у детей обеих групп.

Содержание Я-концепции является одним из наиболее важных результатов воспитания и обучения, т.е. того, что составляет содержание и формы социализации ребенка. Однако результат не бывает завершенным полностью, что также оказывает непосредственное влияние на реакции ребенка в повседневной жизни. Я-концепция - есть совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Описательную составляющую Я-концепции часто называют «образом Я» или «картиной Я». К 7-8 годам можно говорить о наличии у ребенка стабильной, хорошо дифференцированной Я-концепции. Развитие Я-концепции в детском возрасте начинается с уяснения качеств своего «наличного» Я, оценки своего тела, внешности, поведения, имени, способностей. Составляющую, связанную с отношением к себе или к отдельным своим характеристикам, называют самооценкой, или принятием себя. Кроме того, Я - концепция

определяет не только то, что собой представляет индивид, как себя оценивает, но и как мыслит свое бытие и развитие в будущем. Выделение описательной и оценочной составляющих в Я-концепции позволяет рассматривать ее как совокупность установок, направленных на самого себя. Применительно к Я-концепции элементы установки можно описать следующим образом:

- Когнитивный элемент Я-концепции представлен образом Я, т.е. представлением индивида о самом себе, о своем теле, о своих характерных чертах, отличающих его от других, о своих социальных отношениях.

- Оценочный элемент Я-концепции представлен в виде самооценки - аффективной реакции на собственное представление, которая может обладать различной интенсивностью, поскольку конкретные черты образа Я могут вызывать более или менее приятные эмоции, связанные с их принятием или отвержением.

- Поведенческий элемент - это конкретные действия, которые могут быть обусловлены образом Я и самооценкой. Они направлены на подтверждение своих представлений о самом себе, формируя определенный стиль поведения и механизм формирования поведенческих реакций. Кроме того, вокруг образа Я формируется определенный вид психологических защит, направленных на сохранение этого образа, поэтому стиль поведения - это совокупность действий, направленных на стабилизацию и развитие принятых представлений о себе.

Каждый из элементов Я-концепции может существовать в трех модальностях: Я-реальное: представление индивида о том, каков он есть на самом деле; Я-зеркальное (социальное): представление индивида о том, как его видят другие люди и Я-идеальное: представление индивида о том, каким бы он хотел быть. В данном случае производится деление на когнитивный компонент Я-концепции и на оценочный – на то, что дети думают или знают о себе, и на то, какого они о себе мнения. То есть самосознания и самооценка. А как было оговорено выше, конструктивная Я-концепция формируется на основе имеющихся личностных качеств у ребенка.

## СЦЕНАРИИ И ИГРЫ ПРОФЕССИОНАЛОВ, РАБОТАЮЩИХ С ЗАВИСИМОСТЯМИ

Е.В.Прокофьева

В рамках статьи я хочу проанализировать фактор так называемой профессиональной «тропности» в наркологической практике, т.е.

часто встречающуюся склонность к злоупотреблению алкоголем самих специалистов, работающих с зависимыми.

При анализе данного явления обращает на себя внимание тот факт, что при схожести общих тенденций и первопричин, приводящих к алкоголизму, как у самих пациентов, так и у лечащих их, имеется достаточно выраженное различие в степени проявления сценарных игр и того, как они варьируются в ходе психотерапевтического процесса.

Чтобы нагляднее показать эти специфические отличия я сделаю обзор общих этапов формирования алкогольного сценария.

Красной нитью через все варианты патологического структурирования таких сценариев проходит негативный симбиоз, родившийся, на мой взгляд, в недрах русского патриархата, когда дети традиционно долго жили с родителями и были опекаемы ими. Но если вначале закономерно и естественно ведущей родительской фигурой был отец, что обусловливало определенную логическую последовательность мужского характера и поддерживало основание семьи, то после ряда войн, особенно последней, Великой Отечественной, ведущую роль и в финансовом, и даже физическом плане, активно заняла женщина. Ставясь сохранить традиции так называемого «централизованного управления» и в тоже время, не имея возможности охватить все сферы влияния в семье и вне ее, женщина-мать, а в последствии и жена склонна формировать симбиозы, чаще с сыновьями, притом, что муж становится номинальной фигурой.

Начинается этот патологический процесс с ранних невербальных предписаний, даваемых ребенку матерью таких как:

«Не будь собой,  
Не будь близким,  
Не будь здоровым,  
Не думай,  
Не расти,  
Не покидай меня»

Для того чтобы выжить Маленький Профессор такого ребенка принимает свои контр-решения (драйверы):

«Будь сильным,  
Стайся»

В итоге, вырастая, ребенок каждый раз «стараётся» реализовать эту силу, самостоятельность, но, не будучи автономным, прежде всего, от матери, не умея это делать, терпит поражение, тем самым, закрепляя свою не О-кейность. Он избегает ответственности, зная, что мать всегда готова ответить за него и боится выражать аутентичные чувства – как правило, главным запретным чувством при данной патологии является злость.

Очень часто самыми симпатичными сказочными героями таких тетей являются Колобок и Карлсон, которые поддерживают их стремления, сохранив пассивность оказаться сильнее всех.

Все перечисленное только усиливает имеющийся негативный симбиоз и мешает уже взрослому

человеку реализовывать свою взрослость. Продолжая оставаться в сильной эмоциональной зависимости от матери, от ее чувств и решений, ощущая эту зависимость и несамостоятельность, сын агрессирует на нее, пытается уйти от этого в женитьбу, неосознанно формируя такой же симбиоз со своей женой и в результате, подавляя свою злость и чувство вины переключается на алкоголь как на решение всех проблем, т.е. можно говорить о продолжении симбиоза – «с бутылкой», который, в свою очередь, подпитывается двумя основными иллюзиями алкоголиков:

«Алкоголь - лучшее снятие стресса

Я такой же, как все и могу пить как все»

Все эти моменты являются базовыми для сложившегося жизненного курса под девизом «Стайся быть сильным» – в данной ситуации – и в употреблении алкоголя и в отказе от него, как вариант (в наркологической клинике – «Стайся прекратить»).

Играми общего типа, потенциирующими этот сценарий являются:

«Деревянная нога. Да, но...

Дайте мне пинка... и оставьте меня в покое – на приеме у психотерапевта

Я могу прекратить в любой момент...

Я так старался...

Чужая вина»

Интересным и одновременно настораживающим фактором является то, что окружающие алкоголиков люди, в том числе и врачи, которые отражают общую государственную политику в этом отношении, играют в поддерживающие их игры:

«Мы только хотели вам помочь.

Вы же понимаете, что это хроническая болезнь (подразумевается – неизлечимая патология)?

Ну не ужасно ли это?»

Играя в эти игры со своими пациентами, специалисты, сами склонные к данной зависимости, усиливают тот порочный круг, который создали для себя, придав решать свои проблемы в наркологическую клинику. Мотивы выбора именно этой профессиональной деятельности чаще всего противоречивы. С одной стороны, повышение своей самооценки за счет снижения таковой у пациента («Я адаптирован и я на этом месте, т.е. сверху, а ты – снизу»), причем этот момент может принимать самые различные формы, вплоть до физического выражения, что, в свою очередь, является для зависимого специалиста возможностью хоть как-то реализовать накопившуюся агрессию. С другой стороны, не менее важен мотив спасения страдающего, как реализации своего в чем-то особого предназначения быть сильным. Однако в итоге спасение такого рода получается неэффективным, если не сказать разрушительным для обоих, т.к. происходит в рамках драматического треугольника Карпмана и это в очередной раз убеждает и специалиста

---

---

и пациента с той же патологией, что это «тяжелая болезнь» и она неизлечима (вариант «Деревянной ноги»).

Таким образом, работая с наркологическими пациентами, специалист с зависимостью к ПАВ как бы создает питательную почву для поддержания своей зависимости, которая обусловливает комфортную климатическую обстановку для провокаций на выпивку и индульгенций на нее – приятное подтверждение, что «все пьют» (за благополучным отсутствием иного окружения), тем более, что среди пациентов часто бывают люди с высоким социальным статусом (какой рост О-кейности без особых на то усилий – как в сказке). Очень значимым в поддержании этого специфичного микроклимата является единение врача и пациента – они поддерживают друг друга в этой зависимости, «понимают» друг друга, сочувствуют, закрепляя сценарные игры и в целом патологический сценарий, и противостоят другому миру (который не понимает глубины их страданий) – миру трезвых, так и хочется сказать – миру взрослых, в буквальном и берновском значении этого слова. Поэтому так неохотно и

чаще только при наличии дополнительных стрессовых факторов (таких как болезнь, развод, дисквалификация), специалисты с проблемой зависимости идут на психотерапевтический контакт. При этом помимо целого багажа сценарных игр (перечисленных выше) в ходе психотерапевтического взаимодействия приносят новые, я бы их обозначила как коллегиальные игры или «игры профессиональной чести» (здесь: от выражения «хранить честь мундира»). Т.е. психотерапевту предлагается сыграть в:

«Мы же понимаем друг друга... (позиция: Я+. Ты+. Мир–)

Ты ничем не лучше меня, только более адаптирован... на данный момент (позиция: Я–, Ты–, Мир–).

Психотерапия здесь неэффективна (подразумевается, что я сам – лучший психотерапевт. Позиция: Я+, Ты–, Мир–)»

Учитывая вышеописанные особенности, возможно, самым оптимальным психотерапевтическим контрактом по Steiner будет контракт на попечение (care contract), где в основном фокусе – забота вместо цели излечения.

*Литература:*

1. Берн Э. *Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных.* Из-во: МФН, СПб, 1991.- 209 с.
2. Макаров В.В., Макарова Г.А. *Транзактный анализ – восточная версия.* - М., Академ. проект ООПЛ, 2002, 494 с.

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

### АНАЛИЗ СОВЕРШЕННЫХ СУИЦИДНЫХ ПОПЫТОК ПО ДАННЫМ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 1 ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. АСТАНЫ ЗА 2001-2002 Г.Г.

В.И.Беда, Г.Н.Башинская

г. Астана

Распространенность суицидных попыток, а также рост самоубийств в последнее десятилетие делают эту проблему достаточно актуальной как для медицинской практики, так и для общества в целом.

Быстрые перемены социального статуса общества, старение населения, рост урбанизации, невысокий материальный достаток, утрата прежних ценностных ориентиров и невозможность приобретения новых создают благоприятную почву для развития самого широкого спектра депрессивных расстройств, которые, в свою очередь, являются основой в формировании суицидального поведения.

По статистическим данным в течение последнего десятилетия в России отмечается рост частоты совершения самоубийств (Гурович И.Я. и др.,

1995), среди причин смертности депрессивных больных в 15-20% случаев причиной смерти является суицидная попытка.

Большое значения для формирования суицидального поведения оказывают социокультуральные факторы, интерперсональные контакты суицидентов с окружающими, психологическая значимость психотравмирующего фактора, способствующего совершению суицида, наличие патохарактерологических черт личности, не позволяющих достаточно полно адаптироваться суицидентам в обществе.

Мы предлагаем анализ суицидных попыток у пациентов, поступивших в токсикологическое отделение 1 городской больницы г. Астаны в 2001-2002 г.г.

Таблица 1

*Распределение больных по полу и возрасту*

Пол	Возрастные категории											
	15-20		20-30		30-40		40-50		50-60		Свыше 60	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчин	14	2,1	44	6,6	23	3,4	12	1,8	4	0,6	8	1,2
Женщин	197	29,5	178	26,7	100	15	51	7,6	14	2,1	23	3,4

Из представленной таблицы видно, что в распределении больных по полу количество женщин, совершивших суицидные попытки, составило 563 человека (84,4%), что значительно превышает количество мужчин – 105 человек (15,6%). Основное количество пациентов, совершивших попытки самоубийства, пришлось на возраст от 15 до 30 лет. У мужчин это составило 58 человек, у женщин 375 человек – 56,1%.

На рисунке 1 представлена диаграмма распределения больных по нозологическим группам, большая часть больных была представлена пациентами с кратковременными депрессивными реакциями – 251 человек (37,6%), второй по численности группой явилась группа пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями – 80 человек (11,9%), больные с острыми аффективными реакциями были представлены группой больных из 78 человек, что составило 11,7%, группа пациентов с эндогенными заболеваниями, куда вошли пациенты с шизофренией с эпизодическим вариантом течения, пациенты с биполярными аффективными

расстройствами, с шизоаффективными психозами составила 41 человек (6,1%). Пациенты с патохарактерологическими чертами личности преимущественно истерическими истеро-возбудимыми составили группу 70 больных (10,5%). Больные, неосмотренные из-за отказа – 148 человек (22,2%).

Из данных таблицы 2 видно, что основным средством для совершения суицидных попыток пациентами были выбраны медикаментозные препараты, среди которых предпочтение было отдано психотропным препаратам, по-прежнему, достаточно широко продолжает использоваться антигистаминный препарат димедрол.

На рисунке 2 видно, что основная часть пациентов находилась в отделении со средней степенью тяжести поражения – 64,6% и лишь в 11,4% состояние пациентов расценивалось как тяжелое, требовавшее не только массивной терапии, но и использования методов экстракорпоральной детоксикации.

Рисунок 1

*Распределение пациентов по нозологическим группам*

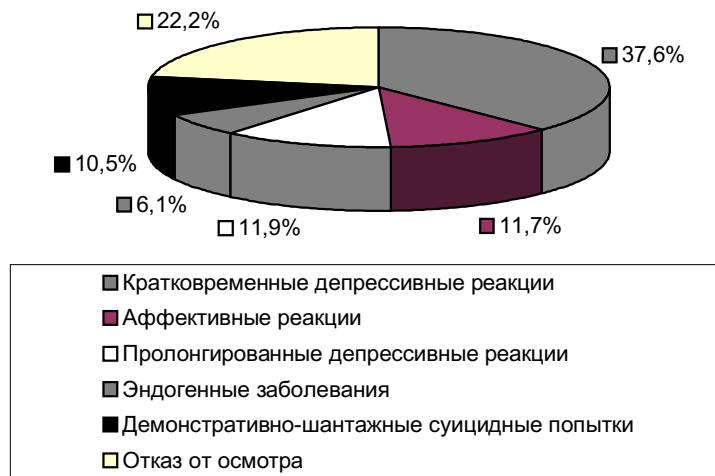


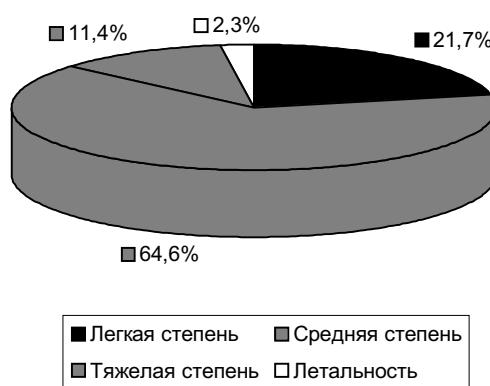
Таблица 2

*Распределение пациентов по способу выбранного вещества для совершения суициdalной попытки*

№ п/п	Наименование	Количество	
		абс.	%
1.	Медикаментозные отравления всего, Из них: - димедролом - психотропными препаратами - сердечно-сосудистыми препаратами - смеси	511 99 135 84 213	76,5 19,3 26,4 16,4 41,6
2.	Прижигающие жидкости	139	20,8
3.	Прочие	18	2,7

Рисунок 2

*Распределение больных по тяжести поражения*



---

---

**Литература:**

- Гурович И.Я., Прейс В.Б., Голланд В.Б. *Психиатрическая помощь населению России: В показателях деятельности за 1986-1993 г.г.* - М., 1995. - С. 676
- Смулевич А.Б. *Депрессии в общей медицине*, 2001
- Краснов В. *Депрессии – как общемедицинская проблема // Наше здоровье*, 2000.

---

---

## **АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

А.В.Грузман, В.И.Паксютов, И.А.Доценко

В литературе достаточно много сообщений, подтверждающих большую частоту повреждений центральной нервной системы у детей во время родов. Нами проводилась работа в течение ряда лет по выявлению детей с последствиями поражения ЦНС в возрасте 4 года, так как наш Центр медико-социальной реабилитации детей с психоневрологическими нарушениями (далее ЦМСРД) наблюдает детей с 4-х летнего возраста.

Цель данной работы – активное выявление группы риска с пограничными расстройствами в раннем возрасте и оказание профилактической и лечебной помощи данному контингенту.

В задачи нашей работы входило выявление и составление списков группы риска с последующим приглашением в Центр по достижению 4-х летнего возраста для всестороннего обследования и оказания лечебной и профильной помощи.

В данной таблице анализируется 3 года работы нашего ЦМСРД с детьми из группы риска.

Год рождения	Количество родившихся в Павлодаре	Количество детей группы риска	Количество детей приглашенных на осмотр	Количество детей выбывших	Количество детей осмотренных	Количество здоровых	Количество подлежащих лечению у невропатолога	Количество подлежащих лечению в ЦМСРД	Количество подлежащих лечению в ОПНД
1995	3953	1429	854	575	331	186	27	111	7
1996	3599	1290	726	464	265	102	20	138	5
1997	3220	1702	992	710	239	93	19	121	6
всего	10772	4421	2752	1749	835	381	66	370	18

Из данной таблицы видно, что нами было выявлено детей 1995 года рождения – 1425 (36,1%) человек, 1996 года рождения – 1290 (35,8%) человек, 1997 года рождения – 1702 (52,8%) человек. Приглашено на прием детей 1995 года рождения – 854 (21,6%) человек, 1996 года рождения – 726 (20,1%) человек, 1997 года рождения – 992 (30,8%) от родившихся. Было осмотрено в 1999 году 331 (38,7%) человек, в 2000 году – 265 (36,5%) человек, в 2001 году – 239 (24,1%) от приглашенных.

Низкое количество осмотренных связано с кризисной экономической ситуацией в стране, с большой миграцией населения. По нашим данным,

число выбывших из г. Павлодара из года в год увеличивалось, и за 3 года нашей работы эта цифра составила 1749 человек (39,6%) от всех детей, представляющих группу риска.

Из осмотренных детей 1995 года рождения 186 (56,2%) здоровые, 27 (8,1%) наблюдались у невропатолога в связи с тяжелыми неврологическими расстройствами, 7 (2,1%) подлежали наблюдению в ОПНД, 111 (33,6%) человек нуждались в наблюдении в ЦМСРД.

Из осмотренных детей 1996 года рождения – 102 (38,5%) ребенка здоровые, 20 (7,5%) наблюдались у невропатолога с тяжелыми неврологическими

расстройствами, 5 (1,9%) подлежали наблюдению в ОПНД, 138 (52,1%) детей нуждались в наблюдении в ЦМСРД.

Из осмотренных детей 1997 года рождения – 93 (38,9%) человек здоровые, 19 (7,9%) наблюдались у невропатолога с тяжелыми неврологическими расстройствами, 6 (2,5%) подлежали наблюдению в ОПНД, 121 (50,7%) детей нуждались в наблюдении в ЦМСРД.

Дети с тяжелыми неврологическими расстройствами уже наблюдались у невропатолога по месту жительства, а дети, подлежащие наблюдению в ОПНД, были выявлены при осмотре в ЦМСРД (олигофрения в степени дебильности,

имбицильности; микроцефалия; синдром Дауна; дети с ДЦП) и нуждались в наблюдении у психиатра.

Также из данных таблицы видно, что за 3 года работы нами было выявлено 370 (44,3% от осмотренных) детей с пограничными психоневрологическими расстройствами. Этим детям в ЦМСРД была оказана лечебная помощь и в дальнейшем профилактическое наблюдение, с целью предупреждения развития возможных осложнений.

Из данной работы видно, что около 50% детей имеют пограничные психоневрологические расстройства, и эти дети нуждаются в наблюдении и лечении в центрах, подобных ЦМСРД.

## КЛИНИКО-ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА

Е.А.Корабельникова

Современному уровню знаний о природе заболевания в большей мере, чем другие, соответствует подход к проблеме неврозов с позиции о полифакторной этиологии и сложного, многоуровневого развития.

Наша позиция рассмотрения невротических расстройств базируется как на существующих в настоящее время данных отечественной и зарубежной литературы, относящихся к данной проблеме, так и на результатах наших исследований.

Теоретическими предпосылками формирования нашей концепции невротических нарушений являются три основных тенденции, намечающихся в современной неврозологии:

1. Рассмотрение невроза не только как состояния, но и как процесса, в механизмах развития которого постоянно взаимодействуют биологическое и психическое, нейродинамическое и личностное, осознаваемое и неосознаваемое

2. Стремление к объединению физиологических и психологических сторон в изучении механизмов невротических расстройств, т.е. разработка методологии психофизиологических исследований при неврозах

3. Переориентация на те личностные концепции, которые связаны с личностно-средовым подходом, например, с позиции психологии среды

Исходя из вышеизложенного, важнейшими аспектами комплексного подхода к изучению невротических расстройств являются, с одной стороны, ориентация на личность, с другой стороны, рассмотрение как единого целого всего многообразия связей человека со средой, интегрирующего личностный, коммуникативный и средовой аспекты.

Среди различных элементов структуры “Я”, имеющей множественный характер, нами выделены следующие, наиболее значимые, с нашей точки зрения, для формирования невротических нарушений, компоненты:

1. “Я”- концепция, т.е. субъективное мнение о себе;
2. Идеальное “Я”, т.е. “Я”- желаемое во всех его аспектах;
3. “Я”- реальное или настоящее, т.е. совокупность психофизиологических свойств и способностей личности вне зависимости от отношения к ним субъекта.

Интегративный взгляд на личностные характеристики позволяет рассматривать структуру «Я» в аспекте личностно-средового подхода. С учетом этого перечисленные личностные составляющие в зависимости от преимущественной направленности изучаемого явления могут быть обозначены как преимущественно «личностные», «личностно-межличностные» и «личностно-средовые». В частности, при рассмотрении коммуникативной сферы личности структурные компоненты «Я» будут звучать как «концепция межличностных взаимоотношений», «идеальные межличностные взаимоотношения», «реальные межличностные взаимоотношения». В контексте рассмотрения средовых факторов (условий жизни) структура личности будет включать в себя «концепцию среды», «реальные условия жизни», «идеальные условия жизни». В обобщающем виде структурные элементы личности в дальнейшем изложении будут именоваться как «личностно-средовые факторы» (ЛСФ).

---

Анализ литературы и наши собственные исследования, показывающие сложный системный характер возникновения невротических расстройств позволил нам предложить эмпирическую схему возникновения психологического конфликта и включения его в этиопатогенез невротических расстройств, которая, в своем наиболее полном проявлении, подразумевает определенную этапность.

Отношение индивида к собственной личности и непосредственно воздействующим на нее условиям среды может быть как положительным, так и отрицательным. Тем не менее, по выражению И.С.Кона (1978), «...все люди испытывают потребность в положительном “образе Я”: отрицательное отношение к себе, неприятие собственного “Я”, каковы бы ни были его истоки и причины, всегда переживается болезненно». Та же мотивация существует в отношении межличностного взаимодействия (МВ) и условий жизни (УЖ). Оптимальный модус существования каждой личности подразумевает, таким образом, наличие “зоны психологического комфорта”, которая, хотя и допускает некоторые индивидуальные вариации, но имеет своей общей сущностью доминирование в ней положительных эмоций и сведение к минимуму отрицательных. В процессе субъективного восприятия влияющих на личность факторов у человека формируется схема или система представления о самом себе и окружающем мире. Динамический характер личностно-средового взаимодействия предполагает неизбежное столкновение с ситуациями, незнакомыми индивиду по прошлому опыту. В том случае, если происходит событие, осознание которого порождает комплекс психофизиологических реакций, находящихся вне “зоны психологического комфорта”, субъективные предположения становятся неадекватной моделью реального мира и возникает состояние “стресса”. Несомненно, ситуация вызывает стресс не только в силу объективных характеристик, но и в силу ее субъективной значимости, и ее оценка будет зависеть от конституционально-наследственных, половых, возрастных различий, образования, свойств личности, специфики личного опыта в переживании подобных ситуаций. Все данные факторы оказывают несомненное влияние на характер взаимодействия личности со стрессовой ситуацией, и в благоприятном случае происходит пересмотр предположений и модификация старой схемы, т.е. адаптация. Если же данное событие приводит к осознанию значительного разрыва реальной информации и идеального образа ЛСФ, а также отсутствия готовых программ поведения в данной конкретной ситуации, возникает психологический конфликт и формируется комплекс эмоциональных и соматовегетативных расстройств, формирующих невротическую реакцию личности. По мнению польского ученого А.Кемпински (1975), не существует человека, который в течение жизни не

пережил, хотя бы кратковременно, невротического состояния. В этих условиях стремление личности к устранению психологического дискомфорта приводит к активации механизмов психологической адаптации (МПА), направленных на сокращение дистанции между концепциями “реальных” и “идеальных” личностно-средовых факторов (ЛСФ) до уровня ее восприятия без сопутствующего эмоционального напряжения. Адекватность и полноценность реагирования личности на стрессовое воздействие обеспечивается направленностью МПА либо на активное изменение реальных условий, либо, если это не представляется возможным, на изменение конструкции идеальных ЛСФ в направлении сближения их с реальными, что является необходимым условием для личностного роста и самоактуализации. Если же в силу ряда факторов этого не происходит и дистанция между “реальными” и “идеальными” ЛСФ остается вне “зоны психологического комфорта”, то реальная информация на пути осознания имеет тенденцию блокироваться, либо искажаться. МПА в данном случае теряют свой нормальный приспособительный характер, перестают направлять движение личности к саморазвитию, и их главной задачей становится снижение эмоционального напряжения, вызванного такого рода несоответствием. Таким образом, на неосознанном уровне, личность стремится к восстановлению “психологического комфорта” в условиях сохраняющегося психологического конфликта, создавая предпосылки для формирования невротических расстройств, которое, мы полагаем, может осуществляться двумя путями. Таким образом формируется основной (базовый) конфликт, что условно рассматривается нами как первый этап развития невротических нарушений.

Большинством авторов в качестве основного предрасположенного фактора формирования невротических нарушений отмечаются преморбидные особенности личности. Среди них особую значимость мы придаем таким личностным свойствам, как высокая эмотивность и ригидность. С первой особенностью связаны выраженная впечатительность и ранимость таких личностей, повышенная восприимчивость даже к слабо эмоциогенным стимулам и расширение диапазона сигналов, воспринимаемых эмоциогенно. Ригидность или отсутствие “пластичности” в восприятии динамичных личностно-средовых взаимодействий является не только конституционально-биологически, но и ситуационно-обусловленным качеством, т.е. связанным с постоянством и стойкостью влияния факторов, подтверждающих и закрепляющих сложившуюся концепцию ЛСФ. Поскольку, по данным большинства исследований, невротические расстройства в подавляющем большинстве случаев дебютируют в детском возрасте, в качестве таких факторов наиболее часто выступают неправильное воспитание,

неадекватность и стойкость родительских установок в отношении ребенка, реже - закрепившееся неадекватное отношение к нему в коллективе сверстников. Вышеописанные особенности способствуют формированию стойкой системы отношения к себе, другим, к условиям жизни, а также ригидного “идеального” образа ЛСФ. Особенно неблагоприятным условием является несоответствие “идеальных” ЛСФ реальным возможностям и способностям личности, ее темпераменту, что может усугубляться какой-либо врожденной конституционально-биологической неполноценностью, органической неврологической дефицитарностью и соматической ослабленностью. Таким образом, при воздействии целого ряда факторов формируется стойкий психологически неразрешимый базовый личностный конфликт, предрасположенный для развития невротических расстройств. Любое свидетельство невозможности соответствия “идеальному” образу личности воспринимается болезненно. Осознание всех структурных составляющих базового конфликта (реальные факторы и концепция реальных ЛСФ, “идеальный” образ ЛСФ, дистанция между ними) в данной ситуации приводит к выраженному психологическому дискомфорту. В связи с этим в ситуациях, “урожающих” состоянию психологического комфорта, осознаются, как правило, лишь отдельные структурные элементы конфликта. Локализация фокуса осознания определяется, с нашей точки зрения, индивидуальной вариабельностью, главным образом, эмоциональной составляющей “зоны психологического конфликта”.

Те личности, для которых сущность психологического комфорта заключается в постоянном поддержании высокого тонуса положительных эмоций, склонны концентрироваться на осознании соответствия “реальных” ЛСФ “идеальному” образу (1 тип базового конфликта). Реальная информация, не соответствующая “идеальному” образу, обычно не осознается или искажается. Концепция реальных ЛСФ максимально приближена к ожидаемому.

Смещение зоны осознания в сторону “реальных” ЛСФ (2 тип базового конфликта) отмечается у личностей, для которых характерна “непереносимость” отрицательных эмоций. Фокус внимания таких личностей смещен на “реальные” факторы как возможный источник негативных переживаний, тогда как “идеальный” образ находится вне зоны осознания. Концепция “реальных” ЛСФ максимально удалена от уровня притязаний.

3 тип базового конфликта формируется у тех личностей, для которых свойственно сведение к минимуму любой эмоциональности. Психологически комфортным для них является состояние “эмоционального нейтралитета”. Поэтому в сфере осознания у таких личностей находится лишь сама дистанция между желаемыми и действительными ЛСФ, тогда как сами эти факторы к осознанию не допускаются.

Мы полагаем, что вариант базового конфликта является одним из важных факторов, предопределяющих форму и клинические особенности развивающегося в последствие невротического состояния.

Определяющим для второго этапа невротических расстройств (этапа формирования преневротического радикала или актуального конфликта) является длительное и повторное воздействие психотравмирующих факторов, т.е. хроническая психотравматизация. В условиях базового конфликта и ригидности сложившихся концепций она является источником информации, тягостной для осознания. Сфера жизни, которые может затрагивать актуальный конфликт, очень разнообразны и сложны для систематики, что определяет множество различных попыток их классификации, существующих в настоящее время. Мы предлагаем разделить актуальные конфликты в зависимости от их направленности на внутриличностные (относящиеся к сфере “Я”), личностно-межличностные (направленные на межперсональные взаимоотношения) и личностно-средовые (касающиеся взаимодействия личности с условиями жизни). С учетом направленности, а также приведенной выше типологии базового конфликта нами выделено 10 вариантов невротических конфликтов:

1. 1 тип конфликта с внутриличностной направленностью отличает чрезмерно высокое мнение о собственной личности в различных ее аспектах при переоценке реальных собственных данных и способностей. Состояние “психологического комфорта” у таких личностей зависит от непрерывного подтверждения своего идеализированного “Я”, тогда как недостатки игнорируются и неосознаются. Все это приводит к ощущению постоянного рассогласования самопрогноза с полученным результатом и склонности обвинять в этом других людей и неблагоприятно сложившиеся обстоятельства.

2. 1 тип конфликта с личностно-межличностной направленностью проявляется в постоянном требовании от окружающих любви и признания, в незыблемом убеждении в своем праве на просьбы и требования. Неадекватно высокий уровень притязаний в межличностных взаимоотношениях для таких субъектов постоянно наталкиваются на “неправедливое, бесчувственное и жестокое” отношение к ним других людей. Возможности какого-либо недоброжелательного проявления в свой адрес при данном варианте конфликта не допускается.

3. 1 тип конфликта с личностно-средовой направленностью характеризуют чрезмерно высокие претензии личности к условиям жизни. Постоянная ориентация таких субъектов на успех, благоприятное содержание событий без учета реальных обстоятельств жизни является источником частых трудностей в ситуациях, даже минимально неблагоприятных.

4. 2 тип конфликта с внутриличностной ориентацией выносит на первый план сомоунизительную

критику, постоянное недовольство собой. Такие субъекты находятся в постоянном тревожном ожидании того, что их недостатки будут обнаружены, что обуславливает их высокий уровень самоконтроля. Во всех происходящих неудачах и неприятностях они склонны обвинять себя.

5. 2 тип конфликта с личностно-межличностной ориентацией отличает убежденность в том, что враждебность и взаимонедоброжелательность являются сущностью межличностных взаимодействий. В отношении к людям эти личности проявляют либо осторожность и подозрительность, либо открытую враждебность, стремление к доминированию и эксплуатации других.

6. 2 тип конфликта с личностно-средовой ориентацией имеет основным своим проявлением постоянное ожидание от жизни чего-то неблагоприятного. Стремление “избежать” возможных неприятностей, несчастий делает таких индивидов манильными, пугливыми, замкнутыми, ограничивает их активность и сферу общения.

7. 3 тип конфликта с внутриличностной направленностью проявляется в постоянном стремлении к самосовершенствованию, личному успеху без учета реальных сил и возможностей. Достижение желаемого результата не является источником эмоционального удовлетворения. Непомерно высокие требования к себе способствуют перенапряжению сил, ощущению переутомления, недостатка энергии.

8. 3 тип конфликта с личностно-межличностной направленностью делает субъекта зависимым от отношения к нему людей. Его основная задача - постоянно добиваться любви, признания, одобрения со стороны окружающих всевозможными способами. Мнение этих личностей о себе в значительной мере определяется отношением к ним других людей.

9. 3 тип конфликта с личностно-средовой направленностью имеет своей сущностью непрерывное стремление к лучшим условиям жизни. Не удовлетворяясь тем, что имеют, такие личности часто меняют работу, место жительства, вступают в повторные браки и т.д. Нередко делом всей своей жизни они видят “борьбу” за справедливость, экологическую чистоту и т.д.

10. Сочетанные конфликты объединяют в себе два или более вариантов конфликтов.

Учитывая центральную роль интрапсихического конфликта в формировании невротических нарушений, закономерным и обоснованным является рассмотрение влияния его характера и структуры на различные сферы проявления невротических расстройств.

Необходимость «интегративного подхода к изучению невротических расстройств определила структуру программы исследования, включающей в себя клинические, психологические и электрофизиологические методы.

Клиническое исследование подразумевало детальный сбор анамнеза, общесоматическое исследование, традиционный неврологический осмотр, оценку психологического статуса.

Психологическое исследование включало в себя оценку эмоциональной сферы, методы исследования психологического конфликта, механизмов психологической адаптации, исследование мотивационной и смысловой сфер личности.

Важнейшей составляющей невротического синдрома являются эмоциональные нарушения. В нашей работе оценивалась степень выраженности 3-х ведущих составляющих эмоциональных расстройств: тревога (тест Спилбергера для взрослых и Люшера для детской и подростковой групп), депрессия (тест Бека) и агрессия (вопросник Басса – Дарки).

Особая роль в формировании невротического синдрома принадлежит особенностям личности, которые в нашей работе оценивались с помощью теста Леонгарда (детский и взрослый варианты).

Неотъемлемым аспектом изучения патогенеза невротических расстройств является исследование особенностей психологической адаптации. В качестве важнейших форм адаптационных процессов в настоящее время принято рассматривать механизмы психологической защиты и копинг-стратегия (механизмы совладания). В связи с этим следующей частью работы являлось изучение адаптивных особенностей при невротических расстройствах. Для этой цели были использованы методики LSI (индекс жизненного стиля), разработанные в 1979 году R.Plutchik, H.Kellerman, H.Conte и методика исследования особенностей копинг-поведения E.Heim (1988).

Первая позволяет определить структуру и степень выраженности 8 основных механизмов психологической защиты – отрицания, вытеснения, регрессии, компенсации, проекции, замещения, интеллектуализации и реактивных формирований. Тест состоит из перечня утверждений, каждому из которых соответствует определенный тип психологической защиты. Ответы на эти утверждения фиксируются на бланке по типу верно – неверно, а затем подсчитывается количество баллов и вычисляется степень выраженности каждого вида защитных механизмов в %. Активность определенного механизма защиты от 40 до 60% оценивалась как его «активизация», более 60% - как активное использование.

Методика E.Heim позволяет определить структуру и особенности копинг-поведения (поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий преодоления трудностей в разных сферах функционирования личности и различных стрессовых ситуаций, в качестве которых может выступать и болезнь).

Важное место в нашей работе занимало исследование неосознанной сферы личности. Для этой цели использовались проективный тест

Розенцвейга (исследование фрустриционных реакций, взрослый и детский варианты) и исследование сновидений.

В связи с тем, что сновидения, по мнению большинства исследователей, концентрируют в себе наиболее значимые переживания, они могут быть рассмотрены как модель конфликтогенной стрессовой ситуации. Регистрация сновидений осуществлялась многократно у каждого испытуемого путем записи на магнитофонную ленту отчетов о сновидениях непосредственно после утреннего пробуждения, а также анамнестических сновидений (по воспоминаниям ребенка). Анализировалось не только сновидение, послужившее причиной пробуждений, но и другие сновидения данной ночи, сохранившиеся в памяти.

Методика экспертной оценки сновидений включала в себя несколько разделов.

I раздел - общая характеристика сновидческой активности - позволял определить частоту сновидений, длительность их удержания в памяти, количество за одну ночь, наличие и частоту связи ночных пробуждений со сновидениями.

2 раздел позволял оценить особенности отчетов испытуемых о своих сновидениях. Важное место в этой группе критерии занимало определение типа отчета о сновидении, позволяющего оценить степень осознания испытуемым своих сновидений при воспроизведении. I тип отчета - сновидения, "осознанные в принципе" - признает только факт наличия сновидения. При втором типе отчета - "сновидения, осознанные в главном" - коротко передается основное содержание сновидения. Подробное, детальное изложение всего сновидения определялось как III тип отчета - сновидения "осознанные целиком". В отдельных случаях встречались субъективно "переработанные" отчеты, сопровождающиеся авторской проработкой испытуемыми сценария своих сновидений, наличием отступлений и сопоставлений с событиями бодрствования (IV тип отчета).

3 раздел характеризовал отношение испытуемых к своим сновидениям.

4 и 5 группы критериев оценивали наличие и характер реакций испытуемых на свои сновидения в момент пробуждения и объективных проявлений в момент сновидения.

6 раздел содержит критерии анализа содержания и структуры сновидения (эмоционально-аффективная насыщенность сновидений, особенности самовосприятия и восприятия окружающего, сюжетной линии сновидения, цветово-соприятия в сновидении и некоторые другие особенности).

Для статистической обработки результатов исследования использовалась программа Statistica 5,0 for Windows. Применялись параметрический и непараметрический статистические методы: Стьюдента, Вилкоксона – Мана – Уитни.

Исследуемая выборка клинического материала включала 198 больных с невротическими расстройствами, из них 82 мужчин и 116 женщин. В контрольную группу вошли 55 здоровых испытуемых, в том числе 25 мужчин и 30 женщин.

Средний возраст испытуемых составил соответственно 31,5 лет.

С учетом широкого возрастного диапазона каждая из исследованной групп была разбита на 3 возрастные подгруппы: детская, подростковая и взрослая.

С учетом вышесказанного, нас интересовало, прежде всего, возможность выявления клинических коррелятов различных вариантов невротического конфликта. С этой целью мы прибегли к сопоставлению клинических характеристик различных групп пациентов, выделенных исходя из предложенной нами классификации типов осознания конфликта.

Исходя из полученных данных клинического исследования, подавляющее большинство пациентов 1 группы (осознание идеального образа) имели в качестве ведущего синдром функционально-неврологических расстройств, который статистически значимо преобладал над соответствующими показателями в двух других группах. Вторая группа (осознание реальных факторов, т. е. 2-й тип конфликта) по классификации статистически достоверно отличалась от других выраженностью таких синдромов как синкопальные состояния, навязчивости, фобии. Характерными для третьей группы (осознание дистанции между реальными и идеальными факторами) со статистической достоверностью являлись ГБН и панические атаки. По другим клиническим характеристикам достоверных различий получено не было.

Исследование эмоциональной сферы позволило в рамках той же классификации статистически достоверно выделить пациентов с конфликтом 2 типа по максимальному уровню личностной тревоги и испытуемых с 1 типом конфликта по уровню агрессии. Выраженность депрессии у пациентов с различными типами конфликта была достаточно равномерной.

Локализация зоны осознания коррелировала также с вариантами личностных акцентуаций и направленностью фрустриционных реакций. Так, подгруппа с 1-м вариантом конфликта отличалась достоверным преобладанием акцентуаций демонстративного типа, со 2-м вариантом – тревожного типа, с 3-м вариантом – педантичного типа.

Фрустриционные реакции экстрапунитивного типа максимально выражены у пациентов с 1-м вариантом конфликта со статистически достоверным отличием от других групп, интрапунитивного типа – у пациентов с конфликтом 2-го типа.

Не меньший интерес для нас представляет исследование неосознанной сферы у пациентов с различными вариантами конфликта. Сравнительный

анализ сновидений позволил выявить незначительные различия в характере сновидений только между группами с различным типом осознания конфликта. Эти различия касались в основном характера представленных в сновидениях эмоций. Если у пациентов с первым типом конфликта достоверно преобладающими эмоциями в сновидениях были эмоции агрессивного спектра (злость), то у пациентов с 3-м типом конфликта чаще, чем в других группах, встречались негативные эмоции наивысшей степени выраженности (ужас), а при 2-м варианте конфликта превалирующей эмоцией являлась тревога. Кроме этого, первая группа статистически значимо выделялась манерой рассказа о сновидениях (преобладание «переработанных» отчетов), а 2-я группа – отношением к своим сновидениям (вера в их пророческий смысл).

Являясь основой формирования невротических расстройств, интрапсихический конфликт по мере актуализации конфликтогенных переживаний становится источником перманентного внутреннего напряжения. Параллельно с нарастанием психологического дискомфорта активизируются и адаптивные механизмы, среди которых наиболее полно описаны и изучены МПЗ (неосознаваемые) и копинг-стратегия (осознаваемые). Однако, с нашей точки зрения, говоря об адаптивных паттернах, выявляемых различными методами исследования, мы рассматриваем лишь различные сферы проявления единого «адаптивного комплекса» (АК), формирующегося при невротических нарушениях. АК проявляется на личностно-психологическом и клинико-психо-физиологическом уровнях, затрагивает осознанные и неосознанные сферы психики и по-разному реализуется на различных этапах невротических нарушений (доклиническом и клиническом). В связи с этим адаптивным смыслом мы можем надеяться не только МПА, изучаемые общепринятыми методами исследования, но и формирующиеся на клиническом уровне невротические синдромы, исследуемые клиническими и психологическими методами исследования. Каждый из применяемых методов, на наш взгляд, позволяет анализировать определенную сферу проявления АК, тогда как результаты, полученные внутри отдельно взятого метода, позволяют выделить различные типы адаптации на анализируемом уровне.

В связи с клиническим направлением нашего исследования нами была предпринята попытка найти пути к пониманию адаптивного смысла отдельных клинических синдромов, наиболее часто выявляемых при невротических расстройствах.

С учетом задач исследования мы изучали адаптивные особенности пациентов в зависимости от характера конфликта. Исходя из полученных результатов, можно заключить, что адаптивный паттерн различался у пациентов с разным типом осознания конфликта. Для первого типа осознания конфликта

были характерны МПЗ типа регрессии и неадаптивные копинг-стратегии в аффективной сфере; для второго типа осознания - МПЗ типа компенсации, неадаптивные копинг-стратегии в поведенческой сфере; пациенты с 3 типом осознания достоверно чаще использовали МПЗ типа интеллектуализации, вытеснения и неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном уровне.

Активный выход из кульминации у здоровых осуществлялся в основном на поведенческом, реже – на аффективном и когнитивном уровнях. Пациенты с невротическими расстройствами достоверно чаще избирали эмоциональный и когнитивный способ преодоления стресса, нежели поведенческий.

В группе неврозов по сравнению со здоровыми достоверно преобладали негативные способы выхода из стресса, как в когнитивной, так и в аффективной сфере, а также пассивный способ и активный уход на поведенческом уровне.

Достоверных различий по способу выхода из кульминации сновидения в зависимости от типа конфликта получено не было, из чего следует, что данная особенность сновидений отражает общевротическую тенденцию вне зависимости от варианта конфликта.

В условиях психологического конфликта МПА направлены на восстановление состояния психологического комфорта, и в норме их действие завершается сближением реального и идеального, модификацией старой схемы с учетом изменившейся реальности и разрешением конфликта. Поскольку в ситуации невротического конфликта этого не происходит, сохраняется конфликт и связанное с ним эмоциональное напряжение, МПА, работая более активно, при этом не выполняют своей гомеостатической функции, а направлены на ослабление субъективного дискомфорта, связанного с конфликтом. Т.о., в данном случае формируется т.н. патологическая адаптация, в поддержании которой участвуют механизмы различных уровней: психологического, клинического, физиологического. Итогом является постепенное нарастание дезадаптации на социальном и биологическом уровнях. Чем ярче проявляется дезадаптация, тем активнее функционируют МПА, используя при этом тот же дисгармоничный путь. Поскольку внутренне напряжение при этом не снижается, а все более нарастает, пациенты все чаще прибегают к неконструктивным копинг-стратегиям, направленным на уход от активного разрешения проблемы. По нашим данным это выявляется не только по данным психологических тестов, но и по результатам исследования сновидений.

Одним из постулатов современной неврозологии является признание в качестве ведущего патогенетического механизма формирования невротического синдрома механизм «условной выгоды». Поскольку фактор «условной выгоды» по-разному определяется для пациентов с различными

индивидуально-психологическими особенностями, мы вправе предполагать, что и на клиническом уровне этот механизм реализуется по-разному. Эта гипотеза нашла свое подтверждение в результатах кластерного анализа клинико-психологических особенностей испытуемых клинической группы. В каждой из выделенных групп прослеживается свой адаптивный паттерн.

В частности, пациенты с доминированием в клинической картине ФНР, характеризуются демонстративностью, эгоцентризмом, осознанием только выгодных для себя аспектов реальности и склонностью к обвинению окружающих во всех неприятностях, с использованием МПЗ манипулятивного типа (ретрессия). Для таких пациентов клинический синдром можно рассматривать как «способ разрешения» проблемы.

Пациенты 2-й группы, в клинической картине которых преобладает обсессивно-фобическая симптоматика, для которых характерны концентрация

внимания на угрожающем, негативным воздействием аспектов реальности, тревожностью, склонностью к самообвинению и уходом от активного разрешения проблемы, возможно, удерживают свой синдром как «способ изоляции».

Для пациентов 3-й группы, с характерными для них ГБН и ПА, педантичных, стремящихся к «совершенству», склонных к вытеснению и интерпретации событий выгодным для себя образом («интеллектуализация»), синдром может являться «способом оправдания (интерпретации)».

Таким образом, сравнительный клинико-физиологический анализ пациентов с различными типами конфликтов, выделенных нашей классификацией, показал, что именно тип осознания формировал определенные клинико-психологические корреляции, что доказывает особую роль этой характеристики конфликта в определении того пути, по которому пойдет формирование невротической симптоматики.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ

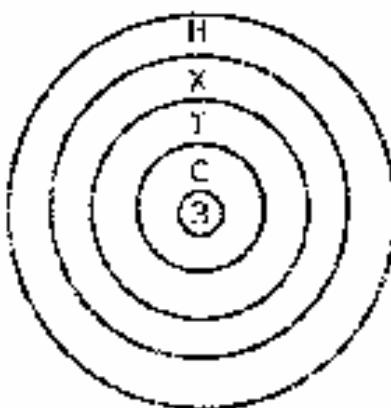
Г.М.Кудьярова, Г.К.Рыскулова, Е.Н.Лаврова

г. Алматы

В доступной литературе личность, с позиций «психологии отношений», созданной в школе Бехтерева В.М. его учениками Лазурским А.Ф. и Мясищевым В.Н., определяется как система, совокупность, «ансамбль» отношений к окружающему, прежде всего, социальному и к самому себе [1].

Для изучения личности, акцентуаций характера и психопатий предлагаем ознакомиться со схемой нормальной личности, представленной Литваком М.Е. [6] и вариантами её патологии, выделенных Личко А.Е. [2, 5].

Рисунок 1



На рис. 1 изображено колесо, центром которого являются задатки, как анатомофизиологические предпосылки для развития способностей (3). Следующий круг – это способности, как свойства личности, отражающие скорость приобретения

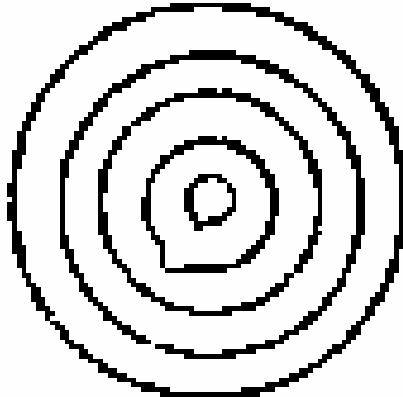
навыков, знаний, умений (С). Затем темперамент, как свойство личности, отражающее динамику психической деятельности (Т). Далее характер, как свойство личности, отражающее отношение человека к себе, людям и труду (Х). И, наконец, направленность,

состоящая из мотивационной сферы, убеждений, идеалов и мировоззрения (Н).

Нормальная личность в виде ровного колеса гладко катится по дорогам жизни. Все жизненные трудности у такой личности связаны с трудностями внешней ситуации, а не с самой личностью.

При скрытой акцентуации особенности, связанные с задатками или способностями, корректируются правильным воспитанием. И в общении признаков акцентуации не выявляется, но сама личность испытывает трудности. Когда компенсаторные механизмы начинают сдавать, то признаки акцентуации могут выйти наружу (рис.2).

Рисунок 2



При явной акцентуации особенности личности проявляются лишь в особых условиях, когда «коляску» личности столкнётся с дорогой жизни своим шипом (рис.3).

Если жизнь акцентированной личности сложится неблагополучно, то может произойти деформация личности, трудноотличимая от психопатии. Такое состояние называется патохарактерологическим, либо психопатическим развитием, которое

является следствием неправильного воспитания или продолжительного дурного влияния окружающей среды, особенно если это приходится на подростковый возраст – период становления характера. Причём неблагоприятные влияния должны упасть на подходящую почву, которой чаще всего служит акцентуация характера. И лишь исключительно тяжкие условия способны сформировать психопатию на любой почве (рис.4).



Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5

А о психопатии мы говорим тогда, когда имеет место тотальная деформация личности в такой степени, что нарушает её социальную адаптацию. На рис. 5 она представлена полностью искривлённым колесом. Это конституциональные, органические психопатии и психопатоподобные расстройства на почве резидуальных органических поражений мозга.

Согласно исследованиям Leonhard K., люди различаются между собой не только акцентированными

чертами. Даже не обнаруживая черт, выделяющих личность на фоне среднего уровня, люди всё же несходны между собой. Их отличают друг от друга не только врождённые индивидуальные черты, но также и разница в развитии, связанная с течением их жизни. Так называемые жизненные типы, определённое положение или должность накладывают отпечаток на образ жизни. Таким образом, поведение, связанное с профессиональной привычкой,

не смешивают с поведением, отражающим внутреннее своеобразие человека. Иное дело если эти черты проявлялись уже в раннем детстве [4, 10].

Не всегда легко провести грань между чертами, формирующими акцентуированную личность, и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека. Прежде всего, особенности застравающей личности могут быть выражены в человеке столь незначительно, что акцентуация как таковая не имеет места, можно лишь констатировать отклонение от некоего «трафаретного» образца. Особенно ярко это выражено при определении тех или иных свойств темперамента, представляющих все промежуточные ступени его видов вплоть до нейтральной.

Акцентуация всегда в общем предполагает усиление определённой черты, акцентуированной. Акцентуированные черты далеко не так многочисленны, как варьирующие индивидуальные, и не обладают тенденцией к переходу в патологическое состояние. При большей выраженности они накладывают отпечаток на личность и могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Таким образом, акцентуация – это чрезмерное усиление отдельных черт характера, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определённого рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. Leonhard K. говорил: «Если у человека не наблюдается проявления тех свойств, которые в «больших дозах» дают паранояльную, ананкастическую, истерическую, гипоманиакальную или субдепрессивную картину, то такой средний человек может безоговорочно считаться здоровым» [4].

Исходя из того, что характер, как стержневое свойство личности, формируется к подростковому возрасту, Личко А.Е. создал концепцию акцентуаций характера у подростков и описал различные их типы, применимые и к патологическим расстройствам личности. В этиологии основную роль он отводил генетическим факторам, органической церебральной дисфункции, неблагоприятным ситуационным воздействиям или неправильному воспитанию [8].

Таким образом, акцентуации характера – это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается индивидуальная уязвимость в отношении определённого рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим [2, 5]. По мнению Leonhard K. (1981), в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям», например: среди немцев много застравающих и педантических личностей, а основными чертами нации являются карьеризм и целеустремлённость [1, 4, 10].

«Акцентуированная личность» подчёркивает, что речь идёт о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии («предпсихопатии» по Tramer M., 1949). Эта крайность сказывается в усилении отдельных черт [12]. Поэтому правильнее говорить об акцентуации характера, а не личности. Личность – понятие более широкое, включает интеллект, способности, мировоззрение и т.п. Характер, как базис личности, формируется в подростковом возрасте, а личность при повзрослении [1].

Наиболее полное представление о выраженных расстройствах личности (психопатиях), бесспорно, дал Ганнушкин П.Б. Он считал: «Психопатия – аномалия характера, которая определяет психический облик человека, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад, в течение жизни не подвергается сколько-нибудь резким изменениям и мешает приспособляться к окружающей среде» [1]. Эти признаки Кербиковым О.В. были положены в основу диагностических критериев психопатии: 1) тотальность патологических черт характера; 2) стабильность патологических черт характера; 3) социальная дезадаптация [5, 8, 9].

Вместе с тем Ганнушкин П.Б. говорил, что существование в психике того или иного субъекта вообще каких-либо отдельных элементарных неправильностей и уклонений, а также отклонений в сторону усиления положительных свойств личности, хотя и ставят иногда его вне рамок нормального среднего человека, но ни в коем случае не дают ёщё права причислять его к психопатам [1].

Практический признак психопатий определён Schneider K.: «Психопатические личности, это – такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество». Ганнушкин П.Б. добавляет, что это – индивидуумы, которые, находясь в обычной жизни, резко отличаются от обыкновенных, нормальных людей, они легко вступают в конфликт с правилами общественности, с законом [1, 11].

Психопатии представляют стационарные, не-прогredientные состояния. Вместе с тем, человеческая личность за время своего индивидуального существования проходит целый ряд этапов развития, сколько-нибудь отчётливо формируясь только в юношеском возрасте к 18-20 годам, и только с этой поры обыкновенно начинает более или менее ясно вырисовываться её тип и её психопатические черты, а затем уже приобретает довольно значительную устойчивость [1, 5, 8].

По Кербикову О.В., в одних случаях ведущим фактором в развитии психопатии становится конституциональный («ядерные психопатии»), в других – воздействие окружающей среды («патохарактерологическое развитие»). Психопатия, приобретённая под влиянием психотравмирующих факторов, спорна. Такие расстройства личности представляют собой комплекс глубоко укоренившихся,

---

ригидных и дезадаптивных личностных черт, обуславливающих специфическое восприятие и отношение к себе и окружающим, снижение социального приспособления и субъективный дистресс. За защитной бронёй патологических особенностей личности часто скрывается тревожность и подавленность. Свои патологические особенности эти пациенты считают нормальной и даже похвальной составной частью собственной личности. У них нет полного осознания своих проблем, они отвергают предлагаемую медицинскую помощь.

Снежневский А.В. отмечает, что психопатии возникают на основе взаимодействия врождённой или ранее приобретённой биологической неполноценности нервной системы и влияния внешней среды [9]. От нормального характера, на который наложило отпечаток неправильное воспитание или педагогическая запущенность, психопатия отличается лежащей в её основе неполноценностью нервной системы. Иными словами, для формирования патологического характера необходимо, чтобы на ребёнка или подростка с неустойчивой нервной системой воздействовали неблагоприятные социальные факторы. В этом возрасте такие факторы сводятся к дефектам воспитания. Однако в корне неправильно ставить знак равенства между психопатом и плохо воспитанным человеком. Невоспитанность – проблема чисто педагогическая, а психопатия – медико-социальная, поскольку в её основе лежит биологическая неполноценность нервной системы. Отклонения в поведении ещё не дают основания считать человека психопатической личностью [3].

*Литература:*

1. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. - М., «Медицина», 1964. – С. 116-253
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. - М., «Медицина», 1995. - С. 520-536
3. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И. Судебная психиатрия. - Алматы, «Медицина баспасы», 1999. - С.169-188
4. Леонгард К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2000. - С. 7-70
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Ленинград, «Медицина», 1983. - С. 6-31
6. Литvak М.Е. Если хочешь быть счастливым. - Ростов-на-Дону, «Феникс», 2001. – С. 13-61
7. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии. - М., «Медицина», 1982. – С. 331-337
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия. – СПб, 1996. – С. 240-306
9. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. - М., «Медицина», 1985. – С. 239-249
10. Leonhard K. Akzentuierte Personlichkeiten. Berlin, 1968
11. Schneider K. Die psychopathischen Personlichkeiten. Leipzig – Wien, 1966
12. Tramer M. Lehrbuch der alhemeinen Kinderpsychiatrie. Basel, 1949

---

Патологические особенности характера при психопатии проявляются в виде несоразмерных, неадекватных реакций на внешние воздействия, следствием чего обычно бывает затруднение приспособления личности к окружающему. Из-за особенностей своего характера такие лица часто трудно уживаются в коллективе. У них постоянно возникают конфликты, часто наблюдаются взрывы гнева без достаточного повода [7].

Большую роль в динамике психопатии играет социальный фактор. В благоприятной среде с течением времени поведение психопатической личности упорядочивается, и, наоборот, в неблагоприятных условиях нарушения усугубляются. Кроме того, утяжеление психопатических проявлений в периоды возрастных кризов, например: в возрасте инволюции усугубляются все психопатические особенности, нарушается психическое равновесие, усиливается раздражительность, появляется гневливость, эмоциональная неустойчивость, плаксивость. Состояния декомпенсации нередко проявляются в виде уныния, тревоги за будущее, неуверенности в себе, истерических и депрессивно-ипохондрических состояний с повышенным вниманием к своему somатическому здоровью. Иногда в этом периоде резко усиливается конфликтность и сутяжничество [5, 8].

Таким образом, изучение личности, несмотря на многочисленные исследования в этой области, по-прежнему, остаётся актуальным и представляет научно-практический интерес для диагностики, определения тактики лечения и прогноза нервно-психических расстройств.

---

## ИНТЕРПРЕТАЦИИ СИМВОЛА КАК СРЕДСТВО ДИАГНОСТИКИ ПСИХИКИ

---

Н.Осипова

г. Москва

Психотерапевты уже более двух веков сознательно прибегают к интерпретации фантазий своих пациентов с целью диагностики личностных комплексов и внутренних конфликтов, а также проводя терапию, направленную на высвобождение блокируемой психической энергии. Анализ сновидений, метод активного воображения, символдрама, сказкотерапия - вот тот неполный перечень современных средств работы с бессознательным, где максимальное использование возможностей символа проявляется в полной мере.

Мир символов завораживает психологов-исследователей своей глубиной и многогранностью. В использовании пациентами символов, как в зеркале отражены конкретные проблемы человека, но отражение их напоминает ребус, который может быть разгадан только при определенной практике и тренировке. От психотерапевта в ситуации интерпретации продукта творческого воображения требуется великолепная интуиция, широкий кругозор, а также знакомство с личной судьбой каждого из своих пациентов и стремление вместе с ними доходить до истоков конфликта.

“Человеческая психика очевидно более сложна и менее доступна для изучения, нежели человеческое тело. Она, скажем так, начинает существовать в тот момент, когда мы осознаем ее. Поэтому она составляет проблему не только индивидуального, но и общечеловеческого порядка, и психиатру приходится иметь дело со всем многообразием мира” (с. 138), - писал К.Юнг в книге “Воспоминания, сновидения, размышления”, подытоживая свой жизненный и психотерапевтический опыт.

Методики сказкотерапии и символодрамы проективны и направлены на работу с бессознательным. Это методы глубинно-психологически ориентированной психотерапии, часто высокоеффективные при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний. В качестве метафоры можно охарактеризовать такую психотерапию как «психоанализ при помощи символов». Чувства и реакции героя выступают в виде вещей и событий в окружающем его мире, что Хольбек (1987) определил как «проекция»; абстрактные понятия показываются конкретными предметами символического характера. Эти символы сильно влияют на нас, поскольку стимулируют воображение, которое, в свою очередь, питает наши чувства и эмоции.

Торстен Югерманн Нильсен (1986) поднял тему, которую назвал «символическим способом изучения мира». В его интерпретации, это нечто совершенно своеобразное, иное, священное. Нильсен имеет в виду чувствительное, эмоциональное и интуитивное вступление в контакт с искусством

различных эпох и культур. Этот нуминозум мы можем испытывать в некоторых снах, если мы способны открыться образам и символам.

Как «работают» сказки, мифы, легенды? Сказки возвращают ребенка, подростка, взрослого в состояние целостного мира. Дают возможность мечтать, активизируют творческий потенциал, передают знания о мире, о человеческих взаимоотношениях и пр. Мифы дают важные знания об устройстве мира, Вселенной (космогонические мифы, мифы о богах) при условии, что человек не понимает все. Формируют различные модели поведения Героя (мифы о героях). Формируют представление о жизненных явлениях и социальных коллизиях: о богатстве, о борьбе за власть, предательстве, любви и ненависти, измене. Часто раскрывают теневую сторону жизни. Легенды, в свою очередь, рассказывают о каком-то явлении в историческом контексте, раскрывают «историю вопроса». Способствуют углублению восприятия обычного жизненного явления; помогают в работе с так называемым «несерьезным отношением». Сказкотерапевт может отреагировать на что-то легендой: «Ты вот считаешь, что это все ерунда, а знаешь ли ты, что с этим связана одна легенда?..» Легендой хорошо начинать инструкции к сказочным играм, в особенности к ритуальным играм. Легенды могли бы хорошо «работать» в рекламе – они позволили бы потребителю задуматься над смыслом и глубинным значением продукта

В сказкотерапии и символодраме существуют различные подходы к пониманию того, как интерпретировать трактовки символов.

Так, например, Бригитта Брун пишет, что, прежде всего, работая с символами, она обращала внимание на перцепцию, воображение и память, анализируя одновременно такие ощущения как зрение, слух, осязание, обоняние. Зрительные ощущения, такие как образ ключа, могут стать потенциальным символом, когда будут подвергнуты психодинамической интерпретации. Этим способом ключ предстает не только как инструмент, но и как предмет, имеющий символический подтекст. В сказках символами могут быть персонажи, предметы и события. По ее мнению потенциальный символ имеет свою информативную ценность, которая может перерабатываться бессознательным в набор влечения либидо, интеллектуальные стремления и духовные стремления.

Сказка является носителем информации о личности автора. Подход к ее анализу обусловлен психологической парадигмой, в которой существует психолог.

Так Х.Лейнер и Л.Я.Обухов в своей работе, посвященной методике символодрамы, анализируя

методы работы с пациентом, предлагаю следующие принципы психологического анализа сказок:

1. Принцип безусловного принятия внутреннего мира клиента. Данный принцип отрицает «оценочный подход». Мир, представленный в сказке, воспринимается целостно, безоценочно. Даже в контексте выявления «конфликтного» и «ресурсного» содержания сказки мы отказываемся от прямых оценок.

2. Принцип объективности. Мы стараемся рассмотреть сказку с разных точек зрения, исследовать разные ее «слой» и «границы». И главное, мы не стремимся к тому, чтобы найти в авторской сказке подтверждение той или иной психологической парадигме.

3. Принцип результативности. Мы не делаем анализ ради самого анализа. Психологический анализ авторской сказки всегда обусловлен конкретной целью:

- составление психологического заключения (на предмет определения психологического статуса, интересов, мотивов, индивидуальных особенностей автора);
- составление психологических рекомендаций;
- формирование перспективных задач психологической работы с автором.

Далее эти же авторы, для удобства анализа, дают пример разбивки сказки по ключевым характеристикам:

1. энергоинформационное поле сказки;
2. основная тема сказки (на ценностном, менタルном, эмоциональном, витальном уровне);
3. сюжет сказки;
4. линия главного героя;
5. символическое поле.

Анализ с символическим полем сказки, мы выписываем наиболее яркие образы и исследуем их символическое значение на двух уровнях: личном и глубинном. Личное значение можно определить, задав автору вопрос: «Чем для вас является такой-то образ?» Глубинное значение выявляется путем размышлений и изучения специальной литературы (словарей символов).

Существует множество способов применения сказок. В работе с пациентом сказка может иметь значение, даже если она не упоминается. Можно выделить четыре полезных метода или техники терапии сказкой. Вот они:

1. Символодрама
2. Психодинамическая интерпретация символов и мотивов в сказках.
3. Использование сказки как вида терапии игрой
4. Создание сказки

В сказкотерапии встречаются два основных подхода: один фокусируется на идентификации проблемы и конфликтов, второй занимается в основном исцеляющей силой сказок.

Оригинальную интерпретацию сказкотерапии в практическом анализе предложила О.В.Володина.

Согласно ее методике терапевт выбирает сказку, наиболее, на его взгляд, подходящую для пациента. При этом учитывается характер проблемы, жизненный путь пациента и его личные предпочтения (любимая сказка). Сказка читается несколько раз, после чего данная сказка (или серия сказок) разбивается на отрывки по смыслу. Задача пациента состоит в том, чтобы одним предложением записать на карточке основную идею отрывка. Следующий этап терапии предполагает раскладывание карточек по порядку, в каком идет повествование сказки, и по записанным на них предложениям пересказ наилучше близко к тексту с упоминанием всех деталей. Далее задача психотерапевта состоит в анализе ошибок или изменений в сюжете: забывания каких-либо деталей или сочинение новых. Как правило, такие изменения несут бессознательную смысловую нагрузку. Возможно изменение методики – тогда пациент рассказывает сказку от лица одного из героев.

Другой аспект использования символдрамы и сказкотерапии представили шведские авторы Лундгрен и Боргстрём Норрби в книге «Исцеляющая сила сказок» (1988), работающие с детьми, проводящими долгие месяцы и недели в больницах из-за соматических заболеваний. Их сказкотерапия была направлена на облегчение психологического переживания периода болезни. Они описали специальный способ чтения сказок этим детям. Они выбирали сказки, которые, по их мнению, могли исцелять. Помогли детям войти в контакт с собственными эмоциями и проработать этот сложный для них жизненный опыт. И, наконец, для каждого ребенка создавали специальную сказку, отражающую его ситуацию и дающую ему надежду на будущее. Эти выдуманные истории они рассказывали так, как и классические сказки. Они проявляли к детям уважение, не пытаясь входить с ними в близкие эмоциональные отношения, которые могли бы стать дополнительной трудностью в момент неизбежного расставания. В то же время детям предлагалось иллюстрировать сказки, таким образом, это была комбинация терапии сказкой и арт-терапии.

Что касается символдрамы, она может быть использована как одна из проективных методик, использующая в качестве стимульного материала символы и/или образы. В качестве метода она была разработана профессором, доктором медицины Ханскарлом Лёйнером (1919-1996). Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов, «картины» на заданную психотерапевтом тему (мотив). Представляя образы, пациент рассказывает о своих переживаниях.

Особое место в анализе продуктов фантазирования занимает проблема символов. В психологической науке можно выделить три отношения к символу:

- 1) как проекции коллективного бессознательного

- 2) как проекции типичных ценностей цивилизации  
 3) как проекции личностных ценностей и комплексов автора сказки.

Многие исследователи пытались систематизировать символы. Это сделал Хольбек в своей очень обширной работе «Интерпретация сказок». Хольбек не считал, что такие однозначные интерпретации возможны, ведь значение каждого символа зависит от контекста. А вот что он пишет о символах: «Они кажутся амбивалентными, а скорее поливалентными, поскольку их значения скорее связаны, нежели противопоставляются».

В своей книге «Сказки для души» Бригитта Брун пришла к выводу, что в психотерапевтической работе наиболее применимы 3 группы символов:

1. Символы, связанные с природой, такие как дерево, море, люди, звери, растения и т.п.
2. Магические или мифологические символы, такие как сирены, гномы, тролли, ангелы и т.д.;
3. Символы в виде предметов культуры, такие как ключ, кукла, шляпа и магические предметы и люди.

Х.Лёйнер предлагает представить образы на заданную тему – стандартный мотив – в открытой форме. Основные мотивы символдрамы:

1. **луг**, как исходный образ каждого сеанса;
2. **подъем в гору**, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта;
3. **следование вдоль ручья** вверх или вниз по течению;
4. **встреча со значимым лицом** (мать, отец, кумир...) в реальном или символическом облачении (в образе животного, дерева и т.п.);
5. **обследование дома**;
6. **наблюдение опушки леса** и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса;
7. **лодка**, появляющаяся на берегу пруда или озера, на которой ребенок отправляется покататься;
8. **пещера**.

Кроме того, в плане психодиагностики особенно эффективными оказались следующие мотивы:

9. дерево;
10. три дерева;
11. цветок.

Проблематика	Соответствующие мотивы
Актуально-насущные конфликты, актуальное настроение	Мотив луга, ландшафтные мотивы, «фигуры» в облаках
Оральная тематика	Мотив луга, ручья, коровы, кухни в доме
Агрессивно-экспансивная тематика: а) анально-агрессивная б) орально-агрессивная в) экспансивное раскрытие и развитие	Мотив окна на болоте, вулкана Мотив льва Мотив следования вдоль ручья, путешествие на поезде, корабле, верхом, полета на ковре-самолете, самолете или в образе птицы
Эдипальная тематика:	Мотив горы
Тематика достижения и конкуренции	Мотив подъема в гору
Оценка собственной личности: а) в плане готовности к общению и социальным контактам; б) в плане вытесненных инстинктивных и поведенческих тенденций в) оценка способности целиком чему-то отдаваться	Мотив дома Мотив символического существа, выходящего из темноты леса, пещеры, отверстия на болоте или моря
Проблема идентичности и идеала «Я»	Мотив ручья, реки, когда предлагается отправиться вниз по течению на лодке без весел, мотив купания и плавания в воде вообще
Отношение с человеком, имеющим особо важное эмоциональное значение	Мотив выбора какого-нибудь имени того же пола и представления этого человека  а) в символическом облачении во всех ландшафтных мотивах (гора, деревья и группы деревьев, растения); животные и символические существа б) как реальные люди, представление регрессивных драматических сцен из детства

Проблематика	Соответствующие мотивы
Сексуальная и эдипальная тематика	Мотив спальни в доме, окна (отверстия) на болоте, плодового дерева, плод которого съедается, куста розы, когда нужно сорвать один цветок (для мужчин), поездки на попутной машине, телеге или коляске (для женщин), дискотеки, похода на пляж или в баню
Представление либидозного заполнения органов тела при психогенных и психосоматических заболеваниях	Интроспекция внутренностей тела, рассматривая их через прозрачную оболочку тела или уменьшившись до размеров маленького человечка и, проникнув сквозь отверстия в теле, отправляясь на их обследование.

Для каждого возраста при сочинении сказок характерны определенные темы и особенности сюжетов. По-видимому, в процессе сочинения и написания сказки человек осмысливает собственный жизненный опыт и соединяет его с теми знаниями о мире, которые он приобрел в процессе обучения, чтения, взаимодействия с культурой, искусством, общения со сверстниками, наставниками и другими представителями окружающего мира. К этому сложному процессу подключаются структуры личного и коллективного бессознательного, и в результате мы получаем творческий продукт – сказку. Таким образом, сказка является результатом взаимодействия многих психических структур и процессов, в ней объединяются внутренние переживания и внешние впечатления.

В книге Обухова Я.Л. «Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков» мы находим обзор возрастных особенностей создания авторских сказок в процессе сказкотерапии и символдрамы. Он считает самым ранним возрастом, в котором целесообразно использовать сказкотерапию – 12 лет. Однако это не означает, что в более раннем возрасте использование авторских сказок для психодиагностики не имеет смысла. Автор приводит примеры сказок детей в возрасте до 12 лет, они, как правило, достаточно коротки и проективной информации в них содержится значительно меньше.

Анализируя множество сказок в возрастном промежутке авторов от 12 до 64 лет, мы выделили четыре наиболее распространенные темы:

#### Литература;

1. Брун Б., Педерсен Э., Рунберг М. Сказки для души. - М.: Информационный центр психологической культуры, 2000
2. Вачков И.В. Сказкотерапия: Развитие самосознания через психологическую сказку. - М.: Ось-89, 2001
3. Зелинский В.В. Сон, исполненный “тайным” значением // Холл Дж. А. Юниганское толкование сновидений: Практическое руководство. - Спб, 1996
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. - Спб., 2000
5. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Путь к волшебству. - Спб, 1998
6. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Михайлов А.Н. Волшебный источник: Теория и практика сказкотерапии. - Спб, 1996
7. Кораблина Е.П., Акиндина И.А. и др. Искусство исцеления души. - Спб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена. Изд-во СОЮЗ, 2001
8. Обухов Я.Л. Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. – М.: Эйдос, 1997

1. Сказки о любви. Данный сюжет актуализируется в среднем с 14 лет

2. Сказки о личностном росте. Данный сюжет актуализируется в среднем с 8 лет

3. Сказки о взаимоотношениях в семье, отношениях с близкими. Данный сюжет актуализируется в среднем с 8 лет

4. Сказки о человеческих ценностях, пороках и добродетелях, несущие определенную «мораль». Данный сюжет актуализируется в среднем с 10-11 лет

По отношению к психотерапии мы можем сказать, что символы помогают в психотерапевтическом процессе только когда их оживляют. Как пациент, так и психотерапевт, должны, таким образом, непосредственно связать себя с символом – и только на этой основе может возникнуть взаимопонимание.

Заключая обзор работ, касающихся символа и его интерпретации, следует отметить, что данная тема далеко не исчерпана. Несмотря на то, что в настоящее время существует достаточное количество различных вариантов использования сказкотерапии и символдрамы в практической психологии, теоретическая база этой проблематики остается очень уязвимой. Увеличение количества печатных работ и научных конференций по данной проблематике вселяет надежду на прогресс и дальнейшее расширение научных и практических разработок в области интерпретации символа.

- 
- 
- 9. Пезешкиан Н. Торговец и попугай: Восточные истории и психотерапия. - М., 1993
  - 10. Пропп В.Я. Морфология сказки. - М., 1969
  - 11. Соколов Д. Ю. Сказки и сказкотерапия. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001
  - 12. Юнг К.Г. Воспоминания, сновидения, размышления. - Киев, AirLand, 1994
  - 13. Юнг К.Г. Архетип и символ. - М., 1994
- 
-

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

### ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ И ПРИНЦИПЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Г.Х.Айбасова

г. Алматы

#### 1 Основные тенденции развития служб психического здоровья в разных странах мира

Главный вопрос, который сейчас встает перед учеными и практиками всего мира: что такое служба психического здоровья? Является ли его вообще любая служба, оказывающая помощь психически больным, либо эта служба, где работают исключительно специалисты в области психического здоровья? Ответ на этот вопрос исключительно важен, поскольку известно, что лишь 3-4% от всех психически больных обращаются непосредственно к психиатрам. Остальные 96-97% обслуживаются в других службах [1].

##### 1.1 Международная политика и стратегии развития служб психического здоровья

Психические расстройства делают людей нетрудоспособными, приносят огромный ущерб экономике [2]. В настоящее время психические и поведенческие расстройства отмечаются у примерно 400 миллионов человек во всем мире. Однако правительства пренебрегают своими обязанностями по обеспечению соответствующего лечения больных в своих странах [3]. Уже сегодня психические расстройства представляют собой пять из десяти ведущих причин инвалидности в мире. Психические и поведенческие расстройства составляют 12% глобального бремени болезней. К 2020 году бремя этих расстройств возрастет до 15%. В то же время бюджеты на лечение психических заболеваний в большинстве стран составляют менее 1% от общего объема расходов на здравоохранение [4]. Для исправления существующего положения дел с обеспечением психического здоровья ВОЗ призывает к выполнению следующих рекомендаций:

- обеспечить лечение психически больных в рамках первичной помощи;
- обеспечить наличие психотропных лекарственных средств на всех уровнях медицинской помощи;
- обеспечить оказание помощи психически больным по месту жительства;
- обеспечить просвещение населения в области психиатрии;
- обеспечить участие самих больных и их ближайшего окружения (в том числе, семей) в разработке и принятии решений в отношении как общей политики в области психического здоровья, так и конкретных программ и услуг;

- разработать национальную политику в области психиатрии, соответствующих программ и законодательства;

- развивать кадровые ресурсы (психиатры, клинические психологи, психиатрические медсестры, социальные работники, специалисты по трудотерапии);
- обеспечить связь с другими организациями;
- осуществлять мониторинг психического здоровья;
- оказывать поддержку научным исследованиям [5].

К данному перечню ученые-психиатры добавляют необходимость сотрудничества служб психического здоровья (особенно, психиатрической) с пациентами и их родными и близкими, правильное общение и финансовое обеспечение деятельности [1]. В этом же ключе составлена Мадридская декларация 1998 года [6]. А также стратегия и политика Всемирной психиатрической Ассоциации, принятая в Иокогаме в 2002 году. Согласно последнего документа всемирное психиатрическое сообщество должно стремиться к повышению статуса психиатров и психиатрии; повышению статуса психиатрического сообщества; содействию в развитии этических вопросов; содействию повышения качества психиатрической помощи и профилактике психических заболеваний, благополучию психически больных; улучшению профессиональной организации, качества науки и образования; улучшению международного обучения и образования в области психиатрии, проведению международных исследований; повышению партнерских отношений с другими организациями [7]. Всемирная организация здравоохранения считает, что даже при существенном ограничении ресурсов состояние психически больных в мире можно улучшить за счет перемещения помощи из психиатрических больниц, развития служб психиатрической помощи в общине, интеграции таких служб в общую медико-санитарную помощь [4].

##### 1.2 Основные тенденции развития психиатрической помощи

Психиатрическая помощь достаточно интенсивно развивается в развитых странах мира [8, 9, 10, 11] и на территории постсоветского пространства [12, 13]. Учеными и практиками интенсивно обсуждаются вопросы формирования социальных подходов в психиатрии [14, 15, 16, 17]. При этом особый акцент делается на необходимость адекватного

управления процессом реформ в социальном секторе, здравоохранении, а также в системе психиатрической помощи населению [18, 19, 20, 21, 22]. В данной связи большое внимание уделяется экономическим вопросам в деятельности служб психического здоровья [23]. Проводятся дифференцированные исследования, определяющие экономическую эффективность конкретных лечебно-диагностических программ [24, 25, 26, 27, 28]. Уточняется стоимость бремени психических и поведенческих расстройств, в целом [29]. А также, по отдельным нозологическим единицам, в частности [30]. Вопросы качества психиатрической помощи увязываются с объемами финансирования деятельности служб психического здоровья [31, 32].

Достаточно интенсивная работа проводится по уменьшению стигматизации людей с психическими расстройствами. По мнению профессора А.Н.Crisp (1998) [33] для этого необходимо изменить мышление в каждой семье. Причины стигматизации и основные механизмы формирования искаженного отношения к лицам с психическими и поведенческими расстройствами изучаются в Западной Европе, США [34]. А также в Российской Федерации [35, 36, 37]. Всемирная организация здравоохранения обращает внимание мировой общественности на необходимость искоренения данного явления. При этом рассматриваются основные механизмы решения данной проблемы: политический, изменение функционирования системы здравоохранения и служб психиатрической помощи, работа с кадровыми ресурсами, улучшение снабжения эффективными психотропными средствами, улучшение координации деятельности социальных служб и специализированных учреждений здравоохранения [38]. Растущий объем внимания уделяется пограничным психическим расстройствам [39, 40]. Исследуется распространенность пограничных психических расстройств среди лиц не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений [41]. Данная проблема разрабатывается в суицидологическом аспекте [42]. Разрабатываются новые формы диагностики и систематики личностных типов [43]. Существенное внимание уделяется разработке вопросов эпидемиологии и клинических проявлений невротических реакций, состояний и отдельных симптомов [44, 45, 46, 47, 48]. Изучаются вопросы пограничной аффективной патологии [49]. В последние годы обращают внимание на изучение и преодоление факторов, затрудняющих лечение пациентов – резистентность, побочные эффекты терапии, несоблюдение больными режима и схемы лечения, сопутствующие психические нарушения, неудачи поддерживающего лечения [50, 51]. Разрабатываются и используются новые технологии стационарной психиатрической помощи [52]. Исследуются возможности интенсивной медицинской помощи больным

с острыми психотическими состояниями в стационаре и амбулаторном режиме [53, 54, 55]. В отношении острых психотических состояний используется все больше современных фармакотерапевтических подходов [56], в частности, с использованием рисперидона, лоразепама, зулопентиксола [57]. Фармакотерапевтический подход на сегодняшний день является основным в деятельности учреждений психиатрического профиля. Данное положение дел выглядит достаточно прочным в силу появления все новых классов психотропных препаратов, эффективность которых не вызывает сомнений [58, 59, 60, 61]. Психофармакотерапия в настоящее время является наиболее эффективным средством лечения эндогенных психотических состояний [62, 63, 64, 65]. Новыми препаратами успешно лечатся и другие психические заболевания: пароксетин применяется для лечения социальных фобий [66], препарат Нотта – для лечения психовегетативных расстройств [67], рисполепт успешно применяется при лечении психических нарушений у детей [68].

Ряд авторов сообщают об эффективности немедикаментозной терапии пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. Т.С.Мельникова, С.Г.Капилетти и другие (2003) [69] указывают на эффективность транскраниальной магнитной стимуляции при лечении депрессивных состояний. А.В.Низова, И.А.Мельникова (2003) [70] считают перспективным использование метода биологической обратной связи для полноценной компенсации имеющихся нарушений психики. О.Н.Яковлев, Е.Г.Филатова, А.М.Вейн (2002) [71] сообщают об успешном применении психотерапии при лечении пациентов с частыми приступами мигрени. Неоднозначное мнение высказывают относительно возможностей психохирургического метода [72, 73].

Новые формы психиатрической помощи дают новые возможности для удовлетворения запросов пациентов и их родственников. О конструктивном сотрудничестве служб социальной психиатрии и психиатрической больницы сообщают H.Spiebl, D.Schon, C.Cording (2000) [74]. D.P.Morrison (1996) [75] описывает новые подходы к организации лечения больных терапевтически резистентной шизофренией. S.H.Kataoka, L.Zhang et. al. (2002) [76] сообщают о возможностях удовлетворения потребностей в психиатрической помощи среди детей в зависимости от статуса страхования. M.Kirby, C.Cooney (1998) [77] считают необходимым создание новой службы для психически больных позднего возраста. H.G.Koenig, M.Kuchibhatla (1998) [78] в своих исследованиях показывают, что такая служба необходима для больных позднего возраста с соматическими заболеваниями и депрессией. M.C.Whittle, M.D.Scally (1998) [79] описывают успешно действующую модель внебольничной

судебно-психиатрической помощи. Т.Hughes, S.Hampshaw, E.Renvoize (1998) [80] уделяют внимание оказанию помощи лицам, совершившим умышленные самоповреждения, в больницах общего профиля. Вопросы психических расстройств при соматических заболеваниях, формы и методы оказания специализированной помощи данному контингенту рассматриваются на всемирном конгрессе по психиатрии [81]. В последние годы многими авторами разрабатывается вопрос об организационных аспектах оказания психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях [82, 83]. Рассматриваются также вопросы оказания медико-генетической помощи [84]. Уделяется внимание психическому здоровью военнослужащих и разработке путей совершенствования психиатрической помощи в вооруженных силах [85]. В систему психиатрической помощи населению достаточно интенсивно внедряются новые диагностические технологии [86, 87, 88, 89, 90, 91, 92].

Вопросы реабилитации остаются в центре внимания мировой психиатрической общественности. По прогнозу ВОЗ до 2025 года количество инвалидов по психическим заболеваниям увеличится на 40% (главным образом, за счет детей). В то же время в развитых странах за тот же период ожидается его сокращение на 15%. В данной связи интенсивно разрабатываются этические, юридические и другие аспекты реабилитации больных с различными психическими заболеваниями [93]. Всемирной организацией здравоохранения разработана эффективная стратегия реабилитации, которая включает последовательную реализацию специальных мероприятий на уровне индивидуума, на уровне психиатрической службы и человеческих ресурсов, на общественном уровне. Подчеркивается необходимость научных исследований в вышеперечисленных областях [94]. Вопросы психосоциальной реабилитации интенсивно разрабатываются на территории постсоветского пространства [95]. К решению данной проблемы привлекаются общественные организации, создаются группы самопомощи для родственников душевнобольных [96]. Учеными и практиками разрабатываются вопросы социальной психиатрии, социотерапии, применительно к вопросам социальной реабилитации психически больных [97, 98, 99, 100, 101, 102]. Появляется все больше лечебно-реабилитационных методик, успешно применяющихся при различных психических заболеваниях [103, 104, 105, 106, 107]. Разрабатываются новые организационные формы оказания реабилитационной помощи различным категориям психически больных [108, 109, 110, 111]. Рядом авторов описываются успешные попытки реформирования традиционной организации реабилитационного процесса в психиатрических больницах [112, 113, 114, 115, 116].

В современной системе психиатрической помощи уделяется большое внимание развитию детской психиатрии. Интенсивно исследуются отношения мать – ребенок, прорабатываются нейропсихологические и нейрофизиологические аспекты в связи со специфическими нарушениями развития, уточняется классификация психических расстройств детско-подросткового возраста, проводится эпидемиологическая работа, оценка эффективности терапии. В целом, выделяют три основных акцента в развитии детско-подростковой психиатрии в мире: 1) изучение биологических причин психических заболеваний на всех возрастных этапах; 2) интенсивный учет аспектов развития на всех уровнях; 3) разработка и внедрение научно-обоснованных, доступных для практического применения, эффективных и экономичных методов диагностики и терапии [117]. Рост личностных аномалий и психических расстройств среди подрастающего поколения оценивается как серьезная угроза будущему страны, ее национальной безопасности [118]. В проекте развития детской психиатрической помощи, переданном в Государственную Думу Российской Федерации, говорится о недостатках детской психиатрической помощи (она отделена от системы образования, социальной защиты и других государственных институтов; в психиатрических учреждениях больные дети не могут получать мультидисциплинарную помощь; детская психиатрическая помощь отделена от общемедицинской, отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы, отсутствует психиатрическая служба раннего возраста, страдает система подготовки кадров и т.д.) и способах их устранения [119]. Не вызывает сомнения, что роль и значение детско-подростковой психиатрической службы, как в целом, так и в отдельных регионах, должна быть существенно повышенны [120]. В данной связи разрабатываются новые модели детской психиатрической помощи [121]. Разрабатываются и применяются новые методы лечения психической патологии детского возраста [122, 123, 124]. Рядом авторов сообщается об успешных организационных инновациях в работе с психически больными детьми [125, 126, 127]. Основная перспектива развития детской психиатрической помощи, по мнению участников конгресса по детской психиатрии (2001) [128], связана с развитием межгосударственных связей СНГ с интенсивным обменом опыта в области охраны психического здоровья детей, организацией психопрофилактической, психокоррекционной работы с детьми группы риска, эффективным взаимодействием специалистов-психиатров, психологов, психотерапевтов, коррекционных, социальных педагогов и других.

Еще одно направление, интенсивно развивающееся в рамках психиатрической помощи – правовое. Исследователями и практиками, действующими в

психиатрических учреждениях, обращается внимание на проблемы, возникающие при неверном понимании теории границ в клиническом и правовом поле [129]. Вопросам правового регулирования оказания психиатрической помощи уделяется большое внимание в бывших социалистических странах [130], странах Западной Европы и США [131], а также, на территории постсоветского пространства [132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140].

Все вышеизложенное свидетельствует об интенсивном развитии сферы услуг, реализуемых в системе психиатрической помощи, развитии отношений сотрудничества между психиатрическими учреждениями, пациентами и их родственниками, повышенном внимании к вопросам качества жизни психически больных, нуждающихся в эффективных реабилитационных мероприятиях и социальной поддержке. Психиатрическая служба, по сути, становится все более мультидисциплинарной и, одновременно, более интегрированной с другими медицинскими, социальными и ведомственными организациями.

### *1.3 Основные тенденции развития психотерапевтической помощи*

Психотерапии понадобилось менее двух веков для того, чтобы распространиться на все континенты нашей планеты. Осознание психотерапии как явления глобального, планетарного масштаба было сформировано на трех мировых конгрессах, проводимых в г. Вена (Австрия). Основной вектор развития психотерапии в развитых странах мира – движение в сторону выделения отдельной гуманистической специальности «психотерапия» с идентификацией своей социальной миссии и научно-практического сектора [141]. Особенno интенсивно данные процессы идут в Австрии [142], Голландии [143], Франции [144], и, в целом, по Западной Европе [145]. Психотерапия, в основном, как частная практика, интенсивно развивается в США [146]. В Индии психотерапия соседствует с традиционными практиками йоги [147]. В Новой Зеландии, напротив, развитие психотерапии происходит в государственном секторе, при широкой общественной поддержке данного движения [148]. В Китае представлены и применяются все основные западные модальности психотерапии, однако они претерпевают изменения и адаптируются под влиянием тысячелетней китайской культуры [149]. В других странах, также, уделяется значительное внимание «окультурению» универсальных психотерапевтических методик, которые от этого только выигрывают в эффективности [150]. В Российской Федерации в последние годы интенсивно развивается мультимодальное направление психотерапии [151]. Аналогичным образом, но в существенно меньших масштабах, происходит развитие психотерапевтической практики в Республиках бывшего Союза [152]. Для психотерапевтических методов, используемых в

постсоветских Республиках, характерна опора на медицинскую, патогенетическую модель психотерапии [153].

В рамках мировой психотерапевтической практики интенсивно развиваются и разрабатываются определенные направления и методы психотерапии [154, 155]. Вопросам развития психотерапевтической методологии (направления, методы, уровни, формы психотерапии) уделяется внимание на постсоветском пространстве [156, 157, 158]. А также, в бывших социалистических странах [159]. Психотерапевтическая наука и практика развиваются в общем контексте философских и гуманистических течений [160, 161, 162, 163, 164, 165]. Наиболее широко в Западной и Восточной Европе, США и на постсоветском пространстве представлены следующие направления и методы современной психотерапии: когнитивная психотерапия [166], клиенто-центрированная психотерапия [167], экзистенциальный анализ и экзистенциальная психотерапия [168, 169, 170, 171], современные модификации психоанализа [172]. В конце прошлого столетия арсенал психотерапевтических методик и техник существенно обновился, что послужило поводом обозначить данный всплеск развития профессиональной психотерапии «революцией» [173, 174]. Из новых подходов, достаточно широко используемых в психотерапевтической практике, следует отметить нейролингвистическое программирование [175], современный трансактный анализ [176], краткосрочную системную семейную психотерапию [177], психотерапию творческим самовыражением [178], трансперсональную психотерапию [179, 180].

Вместе с тем, традиционные психотерапевтические направления, модели и методы, также достаточно интенсивно развиваются и, отнюдь, не проигрывают в эффективности вновь разработанным психотерапевтическим технологиям. Это можно сказать о развивающемся направлении традиционной клинической психотерапии [181], психодраматическом методе [182], модифицированных вариантах когнитивной психотерапии [183], когнитивно-поведенческой психотерапии [184]. Обогащаются и развиваются традиционные суггестивные психотерапевтические методики [185], в частности, интенсивно развивается модель эриксоновского гипноза [186]. Значительный прогресс заметен в развитии транскультуральных и мультикультуральных психотерапевтических подходов [187]. Интенсивно развивается направление мифодизайна [188], а также, гендерная психотерапия [189, 190].

Значительное количество работ посвящено духовно-христианской психотерапии, интенсивно развивающейся в странах христианского мира [191, 192, 193, 194, 195, 196]. Также, большое количество работ публикуется по теме использования разнообразных психотерапевтических подходов

в работе с семейными проблемами [197, 198, 199]. Ресурсные психотерапевтические методики используются для профилактики синдрома эмоционального выгорания [200], в работе с возбудимыми подростками [201]. Разрабатываются модели социальной психотерапии [202].

В последние десятилетия нарастает интерес к возможностям и проблемам развития интегративной психотерапии [203]. На роль интегративной модели психотерапии претендуют психосинтез, нейролингвистическое программирование, клиент-центрированная психотерапия, гештальт-терапия, личностно-ориентированная психотерапия [156]. Особенно интенсивно данное направление развивается в Российской Федерации [204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211]. В данном регионе используются различные интегративные модели трансактного анализа [212, 213], мультимодальной психотерапии [214]. Вопросы интегративной психотерапии постоянно рассматриваются на представительных международных конференциях, конгрессах, форумах [215, 216, 217].

Психотерапевтические технологии с успехом используются при лечении невротических состояний, в клинике других пограничных расстройств психики [218, 219]. В последние годы, в связи с обилием различных чрезвычайных ситуаций, даные технологии интенсивно применяются при лечении пациентов с посттравматическими расстройствами [220, 221]. Кроме того, психотерапевтические методы с успехом применяются в психиатрической практике при лечении биполярных аффективных [222, 223, 224, 225] и других расстройств [226, 227, 228, 229].

Особое значение имеет психотерапия в коррекции нарушения поведения у детей и подростков [230]. Психотерапевтическая помощь, в обязательном порядке, оказывается детям, пострадавшим от насилия в семье [231]. Гештальт-терапия эффективна при коррекции аффективных реакций в детском возрасте [232]. В последние годы психотерапевтическая практика все чаще используется в учреждениях образования [233]. Основными клиентами, в данном случае, чаще всего, являются не только учащиеся, но и учителя, родители [234]. Обсуждаются особые формы оказания психотерапевтической помощи детям в общей сети здравоохранения [235].

Все чаще психотерапевтические подходы используются для решения социально-психологических проблем в крупных производственных и общественных коллективах [236], а также в крупных городах [237].

Таким образом, из всех служб психического здоровья психотерапия в течение последних десятилетий является наиболее динамично развивающейся системой специализированной медицинской и гуманистической помощи населению в мире. Ассортимент

направлений, методов, используемых в психотерапевтической практике, непрерывно увеличивается. В данной связи возникают непростые вопросы с критериями и стандартами оказания психотерапевтической помощи и стандартами подготовки специалистов, действующих в психотерапевтических службах. Эти вопросы должны целенаправленно и системно решаться на международном и национальных уровнях с использованием механизмов государственного регулирования (государственные стандарты услуг, квалификации, подготовки в области профессиональной психотерапии, утверждаемые в соответствующих законодательных или иных нормативных актах), механизмов профессионального саморегулирования (стратегии развития профессиональной психотерапии, утверждаемые профессиональным сообществом).

#### *1.4 Основные тенденции развития медико-психологической помощи и практики психологического консультирования*

В двух, наиболее обширных руководствах по клинической психологии, изданных в последние годы [238, 239], сообщается об исключительной значимости и обширности области применения клинической психологии, в частности психологического консультирования лиц с проблемами в области здоровья (психического и соматического) и в сфере, так называемых, психологических проблем. И.П.Лапиным (2000) [240] высказывается мнение о необходимости взаимодействия врача и пациента на личностном уровне для формирования соответствующей детерминанты действия лекарства. В данной связи, вопросы клинической психологии напрямую связаны с обеспечением эффективности, практически, всех лечебных процедур, выполняемых на фоне ясного сознания пациента. О необходимости самой тесной кооперации психологов и врачей-психиатров авторитетные ученые и практики указывали еще в начале прошлого века [241, 242, 243]. Данная проблема актуальна и для современных служб психического здоровья в Западной и Восточной Европе [244]. Преимущества и риски совместного ведения пациентов психологом и психиатром интенсивно обсуждаются на территории постсоветского пространства [245]. В то же время, ни у кого не возникает сомнения в необходимости самого тесного сотрудничества клинических психологов, психиатров, психотерапевтов [246].

В последние годы вектор профессиональной активности клинических и практических психологов смещается из полюса психологической диагностики в полюс психологического (медико-психологического) консультирования. Появляется все больше специалистов с квалификацией «психолог-консультант», которая присваивается в результате получения второго высшего образования [247]. Практика психологического консультирования на территории постсоветского пространства оказывается тем

более востребуемой, на фоне крайне недостаточного объема психотерапевтической помощи населению [248, 249, 250]. Ряд авторов сообщает об эффективности использования технологий психологического консультирования в решении как психологических, так и клинических (психосоматических) проблем [251, 252, 253]. Технологии и техники психологического консультирования интенсивно развиваются в Западной Европе и США [254, 255, 256, 257, 258, 259]. А также, на территории постсоветского пространства [260, 261]. Как способ выбора, психологическое консультирование является предпочтительной формой работы с семейными конфликтами [262], незаменимой формой психологической коррекционной работы в учебных заведениях [263, 264, 265, 266]. В последние годы отмечается более, чем заметный рост числа публикаций по исследованиям всего массива психологических проблем, решаемых в системе образования и воспитания, в том числе и с помощью технологий психологического консультирования [267, 268, 269, 270, 271, 272, 273].

Программы психологического консультирования, адаптированные к подростковому и детскому возрасту, успешно применяются в общем контексте психологической работы с детьми и подростками, проводимой как в образовательных, так и общественно-воспитательных учреждениях [274, 275, 276, 277, 278, 279]. Сообщается о высокой эффективности использования комплексных технологий психологического консультирования у воспитанников детских садов [280], у пациентов, находящихся в состоянии психологического кризиса в связи с тяжелой болезнью [281], у лиц, страдающих тяжелыми формами логоневрозов [282]. Техники психологического консультирования широко используются в структуре психогигиенических и психопрофилактических программ [283].

Таким образом, клиническая психология и практика психологического консультирования в самые последние годы переживают очевидный подъем профессионального развития в развитых странах мира. Специалисты-психологи собственной профессиональной активностью охватывают большую часть населения, испытывающего психологический дискомфорт в связи с какими-либо проблемами. Особенно важными представляются два аспекта деятельности данных специалистов: безусловная профессиональная компетентность (достигаемая за счет формирования высокой планки квалификационного и образовательного стандартов подготовки специалистов-психологов), а также, тесное сотрудничество со специалистами смежного профиля (психотерапевтами, психиатрами, клиницистами широкого профиля). Обилие социальных сфер, охваченных профессиональной активностью специалистов-психологов с подготовкой в области клинической психологии и психологического консультирования

(Здравоохранение с основными специализациями данного сектора – психиатрия, наркология, общая соматическая сеть, онкология, курортология и т.д.; социально-реабилитационный сектор; производство и общественные учреждения; система образования и воспитания и другие) ставят вопросы о создании дифференцированной системы подготовки профессионалов данного профиля с высокой степенью специализации по основным сферам деятельности.

## **2 Основные тенденции развития научных исследований в области психического здоровья**

К настоящему времени сформировалась точка зрения, что если XX век стал «веком физики», то XXI будет «веком биологии», где проблемы психики человека будут занимать одну из ведущих мест [284].

### *2.1 Научные исследования в психиатрии*

Минувший XX век в психиатрической литературе признается «выдающимся», поскольку именно в этот исторический период произошло становление научной психиатрии и она вышла за рамки национальных школ, став психиатрией мировой [284]. В современной психиатрической науке в настоящее время заметен приоритет инструментальных, в частности, нейроинтроскопических исследований. В социальной психиатрии нашли отражение поиски взаимодействия профессионалов и не-профессионалов в создании новых форм помощи больным. В диагностике прослеживалась тенденция технологического упрощения диагностического процесса [285]. В связи с развитием психиатрической науки возрастают ожидания, что психиатрия найдет решение более широкого спектра проблем, чем обоснование био-медицинской модели психиатрической практики и разработку методов эффективной лекарственной терапии психозов. Однако возможность расфокусировке на пациенте как на личности вызывает расширение поля неопределенности психиатрической практики [286].

Определенная часть исследователей-психиатров сосредоточена на наиболее важной, с точки зрения процессов нормативного регулирования психиатрической практики, проблеме – разработке адекватной классификации психических и поведенческих расстройств. Эти проблемы интенсивно решаются европейскими и американскими исследователями [287, 288, 289]. А также, на территории постсоветского пространства [290, 291, 292]. Основная часть исследований посвящена поискам и обоснованию детерминант психического нездоровья, оставляя в стороне детерминанты психического здоровья [293]. В данном поле научных исследований лидируют нейробиологические науки, занятые поисками биологических детерминант (маркеров) психических заболеваний [294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302]. Между тем, проблема личности в психиатрии в плане научных исследований находит своих сторонников [303, 304].

Последнее направление поддерживается группой ученых, пытающихся представить основные психопатологические феномены в свете новых направлений на стыке философии сознания, нейропсихиатрии и феноменологии [305]. Другое, альтернативное биологическому, направление социальной психотерапии на территории постсоветского пространства наиболее активно развивается в Российской Федерации [306]. О практическом вкладе науки в психиатрическую практику можно судить по конкретным исследовательским проектам, реализуемым в отношении определенной нозологии или болезненного состояния [307, 308]. В рамках биологически ориентированного научного направления основной объем отводится исследованиям в области клинической психофармакологии [309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316]. В Российской Федерации проводятся фармако-эпидемиологические и фармацевтические исследования, разрабатывающие пути оптимизации использования фармакологических средств [317].

В самые последние годы появилось множество публикаций по проблемам качества жизни психически больных. В данной связи обращается внимание на то обстоятельство, что качество жизни является основным слагаемым общественного здоровья [318], комплексной характеристикой жизнедеятельности человека [319]. Некоторыми исследователями акцентируется тот факт, что концепция качества жизни имеет свои специфические особенности в психиатрии, которые обязательно следует учитывать [320]. В Российской Федерации концепция качества жизни нашла свое применение в научных исследованиях. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией изучали А.Б.Шмуклер, Л.В.Лосев, Д.А.Зайцев, С.П.Гладков (1999) [321]. Исследователи установили достаточно низкий уровень качества жизни пациентов, проходящих стационарное лечение и пришли к выводу о необходимости, наряду с терапевтическими мероприятиями, осуществлять, в отношение данной категории больных, мероприятия по психосоциальной реабилитации с оказанием им инструментальной, эмоциональной помощи и поддержки. В отношение категории больных с эндогенными психозами разрабатываются специальные методики для оценки показателя качества жизни [322]. Оценка качества жизни по разнообразным методикам проводится в группах больных с хроническим алкоголизмом [323], больных эпилепсией [324], детей с отклонением в психическом и речевом развитии [325, 326], родственников психически больных [327, 328].

В рамках психиатрической науки развивается собственно методология научных исследований. В частности ряд исследователей заявляет о необходимости изменения научной парадигмы, используемой в традиционных клинических представлениях и

исследованиях [329, 330, 331, 332]. Новые способы научного мышления и познания психического описываются рядом европейских [333, 334, 335, 336] и российских авторов [337, 338, 339].

Таким образом, научные исследования в психиатрии осуществляются по широкому фронту биологических, социальных и личностных проблем, являясь фактологическим обоснованием био-психосоциальной концепции психических расстройств. Основными блоками научной работы, имеющей непосредственное отношение к разработке системы стандартов в сфере психического здоровья, являются исследования в сфере диагностики и классификации психических расстройств, организации и стоимостной эффективности психиатрической помощи, определения качества жизни пациентов и их родственников. Практически, всеми исследователями, работающими в данной области, отмечается сложность и неоднозначность использования традиционных стандартизованных подходов в системе психиатрической помощи населению.

## 2.2 Научные исследования в психотерапии

Психотерапевтическая проблематика, в том числе проблематика научных исследований в данном направлении, была традиционно связана с философией, с одной стороны, и психологией – с другой [340]. В последние годы, в связи с интенсивной разработкой социальной модели психотерапии к этому перечню можно добавить социальные науки – социологию, социальную психологию [341]. В настоящее время рядом исследователей обосновывается точка зрения, согласно которой психотерапия является самостоятельной наукой, со своим специфическим предметом и методологией исследовательской деятельности [342, 343, 344]. С этими утверждениями можно согласиться, поскольку профессиональная психотерапия оперирует своими понятиями, критериями нормы и патологии, отличными от тех, которые употребляются в клинических дисциплинах, например, в психиатрии [345]. В данной связи высказывается мнение о недостаточности клинического метода и оценочных шкал, используемых в психиатрической практике [346, 347, 348, 349]. Исследователи-психотерапевты находятся в непрерывном поиске доказательной методологии, определяющей эффективность психотерапевтических интервью [350, 351]. Объективно препятствует этому процессу неоформленная структура профессиональной психотерапии, включающая в себя разнообразные направления, десятки моделей, сотни и тысячи методов [352, 353]. В данной связи, проблема определения эффективности психотерапевтических технологий признается, как минимум, неоднозначной [354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363]. Ряд исследователей придерживаются мнения, что эффективность психотерапии определяют ряд общих факторов, обеспечивающих успех любой психотерапевтической

коммуникации [364, 365, 366]. Другие исследователи полагают, что ведущими в психотерапевтической коммуникации являются когнитивные изменения [367, 368, 369, 370]. Значительное количество исследований посвящено выяснению взаимодействия различных профессиональных качеств психотерапевта и эффективности результатов терапевтического процесса [371, 372, 373, 374, 375]. Многие исследователи считают, что эффективность психотерапевтической коммуникации обеспечивают особые терапевтические отношения, возникающие между участниками процесса [376, 377, 378, 379, 380, 381]. Успех психотерапии связывают с ожиданиями пациента [382, 383, 384], а также с установлением соответствия между определенным видом психотерапии и определенным состоянием пациента [385, 386, 387]. Эффективность собственно психотерапевтического процесса традиционно отслеживают во время супervизорской практики, проводимой по специальным правилам [388, 389, 390, 391, 392]. В поле профессиональной психотерапии все чаще используют современный метод доказательной медицины – метанализ [393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404].

От успешности всех вышеперечисленных направлений исследований в психотерапевтической науке, многое зависит в соответствующей практике. Идентификацию профессионального поля психотерапии, разумную унификацию подходов к психотерапевтическому образованию и формированию квалификационного стандарта в данной области невозможно адекватно провести без должного научного обоснования [405]. В данной связи, еще далеко не законченный научный поиск по всем вышеназванным направлениям, а также, в области конкретных клинических и психологических проблем, где использование психотерапии особенно успешно, продолжается в дальнем [406, 407, 408, 409, 410] и ближнем зарубежье [411, 412, 413].

В целом, по направлению научных исследований в психотерапии можно сказать, что в данной области наиболее сложно подходит к проблеме стандартизации профессиональной деятельности. Эти сложности, с одной стороны, обусловлены незавершенностью базисных исследований в рассматриваемой сфере. С другой – неоднозначностью самого предмета исследований (многополосной системы отношений и взаимодействия: психотерапевт – клиент – группа – общество), требующего использования инновационных научных технологий и подходов. Вместе с тем, уже сейчас понятно, что подготовка и квалификационный стандарт специалиста в области профессиональной психотерапии должен вмещать в себя объемные знания-умения-навыки, глубокие теоретические и практические курсы по основным модальностям современной психотерапии и той части унифицированного профессионального содержания, которое доступно на

сегодняшний день и представлено в базисных руководствах.

### *2.3 Научные исследования в области клинической психологии и психологического консультирования*

Научные исследования в области клинической психологии достаточно интенсивно проводятся в Западной Европе и США. В последней публикации «Клиническая психология. 2-ое международное издание. 2002» Майкл Перре и Урс Бауманн, авторы данного руководства, ссылаются на более, чем 1700 источников, презентирующих такого рода исследования. На территории постсоветского пространства клинические психологи, также, достаточно активно проводят и презентируют собственные исследования на региональных и международных конференциях [414, 415]. При этом затрагивается как тематика собственно клинического направления [416, 417], так и пограничные с психологическим, социально-психологическим сектором темы, в частности, в области психологических конфликтов в семье и школьных коллективах [418, 419]. Особое внимание исследователей привлекают механизмы психологической защиты [420, 421, 422, 423]. Интенсивно исследуются механизмы копинга и его реализации [424, 425], механизмы интерперсональных коммуникаций [426, 427, 428, 429, 430, 431]. Внимание исследователей привлекают проблемы личности, личностного роста, креативности и самоорганизации, как возможности компенсации функциональных нарушений, формирования психогигиенического стиля жизни [432, 433, 434, 435, 436, 437]. В последние годы полюс научных исследований заметно смещается из сектора диагностических технологий, в сектор психологических интервенций – консультирования и коррекции [438, 439]. В связи с фактами терроризма, значительное количество публикаций посвящено психологическим аспектам данной проблемы [440, 441].

Следует отметить, что ситуация с научными исследованиями в области клинической и консультационной психологии, во многом повторяет таковую в психотерапии. Общая панорама исследовательской деятельности по данному направлению позволяет судить о значительных возможностях и широком поле применения достижений клинической психологии. Таким образом, подтверждается тезис о необходимости развивающего нормативного регулирования в данной сфере деятельности.

### **3 Нормативное регулирование деятельности служб психического здоровья**

Вопросы нормативного регулирования в системе здравоохранения в настоящее время обсуждаются на теоретическом уровне и решаются практических [442, 443]. Обеспечение качества медицинской помощи строится на процессах нормативного регулирования в данной сфере. Стратегия нормативного регулирования медицинской деятельности основывается на трех подходах:

- 
- 1) структурном (используется группа медико-экономических стандартов ресурсного обеспечения деятельности медицинских учреждений);
  - 2) профессиональном (используется группа стандартов, регулирующих общую методологию лечебно-диагностического процесса);
  - 3) основанному на оценке качества помощи и результата (используется группа стандартов по оценке состояния и качества жизни пациентов во время и после завершения лечебного курса). Все эти подходы могут успешно применяться в службах психического здоровья [444].

### *3.1 Нормативное регулирование в системе психиатрической помощи*

В настоящее время разрабатываются концепции обеспечения качества психиатрической помощи, где основной упор делается на реформирование соответствующей нормативной базы (законодательной, ведомственной), предусматривающей, в первую очередь, внедрение системы медико-экономических стандартов ресурсного обеспечения и контроля деятельности психиатрических учреждений. Также, предусматривается разработка критериев оценки процесса и результата лечебно-диагностической и реабилитационной деятельности данных учреждений, разработка стандартов ассортимента лечебно-диагностических услуг по определенным нозологическим профилям (т.е. диагностических и клинических стандартов) и стандартов обеспеченности населения психиатрической помощью, в целом [445, 446]. Нормативное регулирование деятельности психиатрических учреждений, косвенным образом, регулируется системой общего законодательства в сфере здравоохранения [447, 448, 449]. На территории постсоветского пространства разрабатываются долгосрочные программы развития здравоохранения и охраны здоровья населения, где вопросам сохранения духовного, психического здоровья, уделяется внимание [450, 451].

Непосредственное нормативное регулирование деятельности психиатрической службы осуществляется на основе законодательных актов, принятых в большинстве развитых стран мира. Данные законодательные акты, как правило, опираются на десять основных принципов, изложенных в стратегии ВОЗ: 1) развитие психического здоровья и профилактика психических расстройств; 2) доступность базовой психиатрической помощи; 3) оценка психического здоровья в соответствие с общепринятыми международными принципами; 4) обеспечение психиатрической помощи в наименее ограничительной форме; 5) самоопределение; 6) право на получение помощи и самопомощи; 7) доступность процедуры пересмотра; 8) механизм автоматического периодического пересмотра; 9) квалификация лиц, принимающих решения; 10) уважение Закона [452]. В странах Западной и Восточной Европы базисное законодательство в области

психического здоровья, в основном, принято в 70-е-80-е годы [453]. Законы о психиатрической помощи, регулирующие деятельность психиатрических учреждений в данных странах, в основном, направлены на защиту и обеспечение прав пациентов, регламентируют процедуры помещения лиц с психическими и поведенческими расстройствами в психиатрические учреждения. В меньшей степени в данных документах обращается внимание на нормативное регулирование других сторон профессиональной деятельности специалистов и организаций. Аналогичным образом составлены соответствующие законодательные акты в бывших социалистических странах [454, 455, 456]. Законы о психическом здоровье, принятые в Республиках бывшего Союза, были составлены, в основном по тем же принципам, что в Западной и Восточной Европе. Международными экспертами принятие данных законов в постсоветских рассматривалось как первый шаг к правовой реформе в отношении оказания специализированной помощи психически больным [457]. Вместе с тем, данные законодательные акты, принятые, в основном, в 90-е годы, до настоящего времени остаются единственными нормативными документами, представляющими систему психиатрической помощи на законодательном уровне [458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467]. Следующей группой документов, регулирующих деятельность служб психического здоровья на государственном уровне являются национальные программы психического здоровья [468, 469, 470]. Данные программные документы, предусматривают главные параметры и стандарты психиатрической помощи, которые планируется достичь в результате реализации программных задач.

Основные законодательные акты и программные документы, в части практических действий, разносятся по соответствующим ведомственным приказам (в основном, по системе здравоохранения), которые, затем, доводятся до сведения главных исполнителей. В данных, наиболее ориентированных на практический результат, документах, указываются основные средства достижения планируемых результатов: структура, технологии, кадры, ресурсная обеспеченность [471, 472]. Отдельные приказы, в случае необходимости, издаются по наиболее специфическим и обоснованным направлениям психиатрической деятельности, например, судебно-психиатрической экспертной деятельности [473, 474]. Реализация основных положений данных нормативных документов должна контролироваться определенными программами мониторинга, в той или иной степени представленными в национальных системах психиатрической помощи [475, 476, 477, 478, 479].

В организации современной психиатрической помощи все больше внимания уделяется использованию такого инструмента нормативного регулирования

деятельности психиатрических учреждений и повышения качества психиатрической помощи населению, как медико-экономические стандарты [480, 481, 482] и клинические стандарты [483, 484, 485, 486, 487]. Обращается внимание на необходимость высокой квалификации персонала, действующего в системе психиатрической помощи [488, 489, 490, 491]. В данной связи интенсивно разрабатываются инновационные подходы в профессиональной подготовке врачебного звена [492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499]. А также, среднего звена [500, 501].

Обеспечение процессов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья требует адекватного применения инновационных, научноемких технологий [502, 503, 504].

Большое значение в повышении качества специализированной психиатрической помощи и развитии системы услуг в данном секторе имеет деятельность общественных организаций, определяющих этические требования к профессии [505, 506].

Таким образом, в системе психиатрической помощи на отдельных уровнях представлены элементы нормативного регулирования, предусматривающие использование стандартов ресурсного обеспечения (медико-экономических стандартов), стандартных программ мониторинга, клинико-диагностических стандартов и стандартизованных программ подготовки персонала. Однако, даже и в развитых странах, использование научно-обоснованных, современных профессиональных стандартов психиатрической помощи, адекватных запросам населения, остается скорее, пожеланиями и намерениями, но не реальностью.

### *3.2 Нормативное регулирование в системе психотерапевтической помощи*

Вопросы нормативного регулирования в профессиональной психотерапии постоянно обсуждаются на представительных международных конференциях [507, 508]. Достаточно сложная ситуация с развитием психотерапии на постсоветском пространстве обязывает ускорить переход от стихийного этапа организации психотерапевтической практики к профессиональному [509, 510, 511]. Организационные и экономические проблемы психотерапии интенсивно изучаются и прорабатываются [512, 513, 514, 515]. Попытки адекватного регулирования развития психотерапии предпринимаются на уровне государственных структур и профессиональных психотерапевтических ассоциаций [516]. В частности, разрабатываются законодательные акты, регулирующие деятельность в сфере профессиональной психотерапии [517, 518, 519, 520, 521]. Возможности законодательного регулирования развития психотерапии на постсоветском пространстве интенсивно обсуждаются [522, 523, 524, 525, 526, 527].

В настоящее время психотерапевтическая помощь в большинстве республик бывшего Союза

регулируется ведомственными приказами Министерств Здравоохранения [528, 529]. Содержание данных приказов, определяющие функции, задачи, штатные нормативы и наиболее общие квалификационные требования к специалистам в области психотерапии, является предметом весьма острой дискуссий [530, 531, 532, 533, 534]. Особенно активно дискутируются вопросы разработки квалификационных и образовательных стандартов специалистов, действующих в системе психотерапевтической помощи. Какого-либо унифицированного подхода, являющегося точкой компромисса для большинства профессионалов в данном вопросе, пока, не найдено. Не подлежит сомнению только одно: психотерапия должна быть самостоятельной профессией, а не субпрофессией в рамках медицинских или психологических дисциплин. Обучение данной профессии должно проводиться на полноценных курсах дипломной (базовое образование) и последипломной (дополнительное образование) подготовки по профилю наиболее эффективных и общепринятых психотерапевтических модальностей [535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543].

Следует отметить, что психотерапия, в отличие от психиатрии, находится в начале становления процессов нормативного регулирования развития данной специальности, когда не только основные стандарты, механизмы (законы, приказы, программы), но и подходы к развитию профессии недостаточно оформлены. В тоже время процесс психотерапевтического нормотворчества становится все более динамичным за счет внутренней самоорганизующей активности профессиональных сообществ и внешнего социального запроса на широкий сектор услуг в сфере профессиональной психотерапии.

### *3.3 Нормативное регулирование в системе медико-психологической помощи*

Нормативное регулирование в рассматриваемой службе психического здоровья является наименее структурированным. Клиническая психология на территории постсоветского пространства до недавнего времени рассматривалась как одна из специализаций общей психологии, но не как самостоятельная клинико-психологическая дисциплина [544, 545, 546].

Основными документами, регулирующими деятельность психологов в системе здравоохранения в странах СНГ, являются ведомственные приказы [547], где в соответствующих приложениях обозначены основные аспекты деятельности медицинского психолога в психиатрических, наркологических, соматических учреждениях здравоохранения.

Вопросы подготовки по профилю клинической психологии в медицинских и гуманитарных ВУЗах являются предметом пристального внимания специалистов [548, 549, 550]. В Российской Федерации в 2000 году был утвержден Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по клинической психологии

(специальность 022700), который, в значительной степени устраняет дефицит стандартов додипломной подготовки специалистов в данной сфере [551].

Ряд авторов сообщает об успешной деятельности, так называемых, психологов-практиков (практических психологов) в секторе здравоохранения, выставляя, тем самым, знак равенства между практическим и клиническим психологом [552, 553, 554, 555]. В данной связи встает вопрос об адекватной подготовке практических психологов, фактически выполняющих функции медицинских психологов [556, 557, 558, 559, 560, 561, 562]. Программы подготовки данных специалистов, в обязательном порядке должны включать глубокую проработку вопросов психологического консультирования [563, 564, 565].

Деятельность клинических и практических психологов, также, регулируется соответствующими этическими кодексами [566].

Подводя общий итог сказанному, отметим следующие тенденции развития служб психического здоровья и нормативного регулирования их деятельности:

- в современном мире скрытая и открытая потребность населения в психическом здоровье, как никогда, актуальна. Данное качество особенно востребуемо в связи с необходимостью противостояния угрозе социальных эпидемий (экстремизм, терроризм, наркомания), необходимостью эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации в агрессивной среде;
- основные службы психического здоровья (психиатрическая, психотерапевтическая, медико-психологическая) достаточно динамично

#### *Литература:*

1. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7
2. 10 октября – Всемирный День психического здоровья. Психическое здоровье и работа // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2000. – С. 68
3. Обращение Генерального директора ВОЗ Г.Х.Брундаланд // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. – С. 3-10
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда, ВОЗ, 2001. – С. 215
5. Report on health care worldwide situation for 2001. Mental health: new understanding, new hope, WHO, 2001
6. Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб. – К.: Сфера, 2000. – 332 с.
7. Окаша А. К итогам XII съезда Всемирной психиатрической ассоциации (Йокогама, 2002). Стратегия и политика ВПА // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. – С. 179-182
8. Rothwell N., McManus P., Higgon J. Evolution of moving an acute psychiatric ward from a psychiatric hospital to a general hospital setting // Psychiatric bulletin. – Vol. 21, 1997. – P. 636-639
9. Fenton W.S., Loren R.M., Herrell J.M., Crystal R., Blyler Randomized trial of General hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness // Am J Psychiatry, 1998; 155: P. 516-522
10. Fakhoury W., Priebe S. The process deinstitutionalization: an international overview // Current opinion in psychiatry, 2001; 15: P. 187-192
11. Meyer T., Franz M., Gallhofer B. Subgruppen und prognose desonders schwer zu entospitalisierender schizophrener langzeitpatienten: eine differenzierung des "harten kerns" // Psychiatrische praxis, 2002; 29: P. 301-305
12. Савенко Ю.С. Тенденции развития российской психиатрии: 1998-1999, 1999 // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 1999. – С. 15-16

развиваются. Интенсивно развивается сектор услуг в данной сфере;

- реализация обширного ассортимента специализированных услуг в необходимом объеме требует осмысленного, форсированного процесса реформирования служб психического здоровья, изменения системы подготовки специалистов, действующих в данной сфере, т.е. системно-нормативного, организационного, а не стихийного развития рассматриваемого социального сектора;

- апробированные подходы к нормативному регулированию в данной сфере, принятые в системе здравоохранения, в связи со сложностью проблематики, неоднозначностью и размытостью основных профессиональных критериев и понятий, незавершенностью научных исследований, не всегда эффективны и применимы в рассматриваемых службах психического здоровья;

- на сегодняшний день в системах психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи действуют лишь некоторые фрагменты развивающихся стандартов (главным образом, в психиатрической службе и, в значительно меньшем объеме, в психотерапевтической медико-психологической службах);

- следовательно, существует настоятельная необходимость в серьезной аналитической, экспериментальной и практической деятельности по разработке системы развивающихся стандартов для обеспечения процессов эффективного развития и деятельности рассматриваемых служб психического здоровья.

- 
- 
13. Резолюция 9-го Российского совещания главных психиатров и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2002. – С. 111
14. Савенко Ю.С. О предмете социальной психиатрии и социологии психиатрии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 1998. – С. 14-22
15. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 1999. – С. 27-30
16. Сорель Э. Социальная психиатрия: ее миссия и видение в 21-ом веке // Обозрение психиатрии и медицинской психологи им. В.М.Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 85-86
17. Ньюфельд О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2002. – С. 5-13
18. Казаковцев Б.А. Сетевое планирование психиатрических служб и подготовки кадров на современном этапе // Журнал неврологии и психиатрии. - № 2, 1998, - С. 41-44
19. Мишарин В.Ю. Модель организации психиатрической помощи населению г. Нижнего Тагила Свердловской области // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2001. – С. 47-49
20. Накатис Я.А., Кадыров Ф.Н., Николаев О.К. Практический опыт использования новых подходов к методам управления медицинским учреждением и его подразделениями // Проблемы управления здравоохранением. – М. - № 3 (10), 2003. – С. 60-65
21. Кочорова Л.В., Борцов А.В. Анализ психического здоровья населения для управления психической службой крупного города // Проблемы управления здравоохранением. – М. - № 3 (10), 2003. – С. 83-87
22. Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M. Integrated care pathways // British medical journal, 1998; 316: 133-7
23. Любов Е.Б. О конференции «Экономика здравоохранения и психическая практика в Центральной и Восточной Европе», Варшава, 3-5 августа 1999 г. // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 108-110
24. McCrone P., Thornicroft G., Parkman S., Nathaniel-James D., Ojurongbe W. Predictors of mental health service costs for representative cases of psychosis in south London // Psychological medicine, 1998, 28. – P. 159-164
25. Peter T., 1998 Cost-effective or profligate community psychiatry? // British journal of psychiatry, 1998; 172, 1-3
26. Shapira B., Tubi N., Drexler H., Lidsky D., Calev A., Lerer B. Cost and benefit in the choice of ECT schedule, 1998, 172. – P. 44-48
27. Duffett R., Lelliot P. Auditing electroconvulsive therapy // British journal of psychiatry, 1998; 172. – P. 401-405
28. Souetre E., Thwaites R.M.A., Yeardley H.L. Economic impact of Alzheimer's disease // British journal of psychiatry, 1999; 174. – P. 51-55
29. Любов Е.Б., Белякова О.В., Загиев В.В., Литвинцева Л.Н. // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2002. – С. 11-14
30. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Козырев В.Н., Белякова О.В., Богатырева О.В., Еналиев И.Р., Иванов А.А., Игнатьев С.В., Калькэ А.Р., Корнышев А.С., Посев Л.В., Лыгина Л.М., Почтовихина В.В., Соловьева Н.В., Штейнфельд М.В. // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2002. – С. 46-55
31. Долгов С.А. Новый подход к анализу качества стационарной психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии. - № 8, 1998. - С. 39-41
32. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Ротшильд В.Г. // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2001
33. Crisp A.H. Changing minds: every family in the land // Psychiatric bulletin. – Vol. 22, 1998. – P. 328-329
34. Lawrie S.M. Stigmatisation of psychiatric disorder // Psychiatric bulletin. – Vol. 23, 1999. – P. 129-131
35. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 3-8
36. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколов Е.С. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 2002, - С. 58-65
37. Серебряйская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколов Е.С. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журнал неврологии и психиатрии. - № 9, 2002. - С. 59-68
38. Препятствия для осуществления эффективных мероприятий в отношении психических расстройств, ВОЗ, 2001
39. Богдан М.Н. Распространенность пограничных психических расстройств у лиц разного пола // Журнал неврологии и психиатрии. - № 5, 1997. - С. 54-56
- 
-

- 
- 
40. Дмитриева Т.Б. Современные общебиологические подходы к оценке психопатий // Журнал неврологии и психиатрии. - № 5, 1997. - С. 4-6
41. Жариков Н.М., Гиндин В.Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 2002. - С. 45-49
42. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 1997. - С. 9-15
43. Циркин С.Ю. Диагностика и систематика личностных типов // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 1999. - С. 81-84
44. Корабельникова Е.А. Современное состояние учения о невротических расстройствах (обзор) // Психотерапия. - М. - № 10, 2003. – С. 29-35
45. Марилов В.В., Коркина М.В. Психогенные тошноты и рвоты (особенности развития и формирования) // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2003. – С. 5-9
46. Сарсембаев К.Т. Биологические и социальные корреляты благоприятного и неблагоприятного течения неврозов // Журнал неврологии и психиатрии. - № 5, 2003. - С. 66-70
47. Сарсембаев К.Т. Невротические расстройства в разных этнических группах городского населения Казахстана // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 2003. - С. 57-58
48. Циркин С.Ю. Психопатологический анализ навязчивых расстройств // Российский психиатрический журнал. - № 4, 2003. – С. 26-31
49. Сиранчиев М.А. Дистимия: история вопроса, возрастные аспекты // Психиатрия. - № 2, 2003. – С. 51-60
50. Breier A., Buchanan R.W. Effects of clozapine on positive and negative symptoms in outpatients with schizophrenia // American journal of psychiatry, 1994, 151. – P. 20-26
51. Kane J.M. Factors which can make patient difficult to treat // British journal of psychiatry, 1996; 169. – P. 10-14
52. Подсеваткин В.Г. Новые технологии стационарной психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. - № 4, 2003. – С. 59-62
53. UK 700 GROUP Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis // British journal of psychiatry, 1999; 174. – P. 74-78
54. Tyrer P., Evans K., Gandhi N., Lamont A., Harrison-Read P., Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients // British medical journal, 1998; 316: 106-9
55. Dewan M. Are psychiatrists cost-effective? An analysis of integrated versus split treatment // American journal of psychiatry, 1999, 156. – P. 324-326
56. Попов М.Ю. Современные подходы к фармакотерапии острых психозов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 54-58
57. Ховенс Й., Бейеман С., Толленаар Дж., Дриес П., Лоонен А. Применение рисперидона с лоразепамом в сравнении с зулопентиксолом при лечении острого психоза в отделении неотложной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2004. – С. 64-66
58. Андреев Б.А. Фармакологические свойства и особенности действия современных антидепрессантов (обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 23-27
59. Тиганов А.С. Клиническая психиатрия и проблемы изучения новых психофармакологических средств // Журнал неврологии и психиатрии. - № 10, 2002. - С. 3-6
60. Аведисова А.С. Гипнотики: достижения современной психофармакологии // Журнал неврологии и психиатрии. - № 1, 2003. - С. 51-53
61. Кабанов С.О. Коррекция дефицита высших психических функций в процессе длительной антипсихотической терапии (открытое сравнительное рандомизированное исследование рисперидона и галоперидола) // Российский психиатрический журнал. - № 6, 2003. – С. 18-22
62. Кинкулькина М.А. Сравнительное исследование рисполепта (в растворе для приема внутрь и таблетках) и галоперидола при лечении острых психотических состояний у больных эндогенными заболеваниями // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2002. – С. 46-50
63. Раюшкин В.А. Профилактика рецидивов аффективного и шизоаффективного психозов с использованием верапамила продленного действия // Журнал неврологии и психиатрии. - № 10, 2002. - С. 52-57
64. Вильянов В.Б. Контроль тестом Рейвена эффективности терапии шизофрении (когнитивных расстройств) традиционныминейролептиками // Российский психиатрический журнал. - № 1, 2003. – С. 20-24
65. Козловский В.Л., Попов М.Ю. Перспективы патогенетического подхода к обоснованию фармакотерапии шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2004. – С. 97-102
66. Шмуклер А.Б. Применение пароксетина (паксила) для лечения социальной фобии (обзор зарубежной литературы) // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2002. – С. 174-176
- 
-

- 
- 
67. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Федотова А.В. Лечение психовегетативных расстройств препаратом Номта // Журнал неврологии и психиатрии. - № 12, 2002. - С. 51-52
68. Харитонов Р.А., Пушкин В.В., Яковлева Ю.А., Гасанов Р.Ф., Яковенко В.В., Зайцев Д.Е., Панюкова Т.Е. // Психиатрия. - № 6, 2003. - С. 51-56
69. Мельникова Т.С., Капилетти С.Г., Мариненко К.Е., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Спектральный анализ динамики ЭЭГ при терапии депрессий транскраниальной магнитной стимуляцией // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. - С. 24-28
70. Низова А.В., Мельникова И.А. Биологическая обратная связь: терапевтические возможности метода и перспективы его использования в психиатрии // Российский психиатрический журнал. - № 1, 2003. - С. 68-72
71. Яковлев О.Н., Филатова Е.Г., Вейн А.М. Психотерапия у пациентов с частыми приступами мигрени // Журнал неврологии и психиатрии. - № 10, 2002. - С. 46-51
72. Абель И.В. Психохирургическое лечение – спекуляция надеждой // Независимый психиатрический журнал. - № 3, 2002. - С. 82-85
73. Гайдар Б.В., Аничков А.Д., Вовин Р.Я., Корзенев А.В., Одинак М.М., Парфенов В.Е., Шамрей В.К., Шустин В.А., Щербук Ю.А. Современное состояние проблемы и опыт использования нейрохирургических методов в комплексном лечении малокурабельных психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2001. - С. 51-56
74. Spiebel H., Schon D., Cording C. Zusammenarbeit sozialpsychiatrischer Dienste mit der psychiatrischen Klinik // Psychiatrische praxis, 2000; 27: P. 160-164
75. Morrison D.P. Management of treatment refractory schizophrenia // British journal of psychiatry, 1996; 169. - P. 15-20
76. Kataoka S.H., Zhang L., Wells K.B. Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status // American journal of psychiatry, 2002, 159. - P. 1548-1555
77. Kirby M., Cooney C. Setting up a new old age psychiatry service // Psychiatric bulletin. - Vol. 22, 1998. - P. 288-290
78. Koenig H.G., Kuchibhatla M. Use of health services by hospitalized medically Ill depressed elderly patients // Am J Psychiatry, 1998; 155: 871-877
79. Whittle M.C., Scally M.D. Model of forensic psychiatric community care // Psychiatric bulletin. - Vol. 22, 1998. - P. 748-750
80. Hughes T., Hampshaw S., Renvoize E. General hospital services for those who carry out deliberate self-harm // Psychiatric bulletin. - Vol. 22, 1998. - P. 88-91
81. Дробижев М.Ю., Дубницкая Э.Ю., Колюцкая Е.В. Некоторые клинические проблемы на X всемирном конгрессе по психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 1997. - С. 75-77
82. Дицук К.И. Психологическое воздействие на гражданское общество и актуализация психиатрической помощи в условиях экстремальных ситуаций // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 2, 2002. - С. 51-53
83. Казаковцев Б.А. Организационные аспекты оказания психологическое и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 2003. - С. 57-59
84. Гуткевич Е.В. Медико-генетическая помощь в психиатрии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 1-2, 1998. - С. 95-98
85. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Резник А.М., Фадеев А.С., Арбузов А.Л., Фастовцев Г.А. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в вооруженных силах России // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. - С. 68-72
86. Аведисова А.С., Вериго Н.Н. Когнитивный дефицит при шизофрении // Российский психиатрический журнал. - № 3, 2002. - С. 21-24
87. Бородин В.И. Некоторые проблемы диагноза в пограничной психиатрии // Российский психиатрический журнал. - № 6, 2002. - С. 4-7
88. Буторина Н.Е., Куприн И.В. Органическое расстройство личности и многоосевая классификационная система // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2002. - С. 7-11
89. Пивень Б.Н. К диагностике экзогенно-органических психических расстройств // Российский психиатрический журнал. - № 6, 2002. - С. 18-22
90. Неретин В.Я., Якушин М.А. Кризис вычислительной диагностики и пути его преодоления // Журнал неврологии и психиатрии. - № 4, 2003. - С. 37-41
91. Аведисова А.С., Файзуллоев А.Ф. Когнитивные функции и методы их изучения // Российский психиатрический журнал. - № 1, 2001. - С. 16-20
92. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии. - № 5, 2003. - С. 11-18
- 
-

- 
- 
93. Карлов В.А. VIII Всемирный конгресс Международной ассоциации реабилитационной медицины / / Журнал неврологии и психиатрии. - № 9, 1998. - С. 66-67
94. Документ ВОЗ по социальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 1998. - С. 67
95. Гурович И.Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2004. - С. 81-86
96. Левина Н.Б. О II Межрегиональном совещании Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников «Новые возможности» // Социальная и клиническая психиатрия. - № 3, 2003. - С. 109
97. Савенко Ю.С. Социальная психиатрия, социальная реабилитация, социотерапия // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 2, 1999. - С. 23-28
98. Виноградова Л.Н. Польский опыт социальной реабилитации и обеспечения прав психически больных // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 2, 1999. - С. 29-30
99. Зыков О.В. Концепция «реабилитационного пространства» // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 2, 1999. - С. 31-35
100. Магалиф А.Ю. Возможно ли трудовая и социальная реабилитация? // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 1, 2002. - С. 16-26
101. Гайлиене И., Рускус Й. Представления общества о чувствах и настроениях лиц с психиатрической инвалидностью в Литве // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2004. - С. 20-27
102. Кабанов М.М. Эволюция некоторых понятий в современной психиатрии (сквозь призму идеологии) // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2004. - С. 103-105
103. Гурвич П.Т. Верховая езда как средство лечения и реабилитации в неврологии и психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии. - № 8, 1997. - С. 65-67
104. Багрий Н.В. Проблемы социальной помощи психически больным // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 1998. - С. 38-39
105. Трифонов Е.Г. Две модели дневного стационара для психически больных позднего возраста // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 1998. - С. 40-42
106. Борисов Ю.А., Затонская А.Д., Кудрявцев И.А., Потнин А.Д. Возможности применения методики исследования мотивации труда и удовлетворенности работой (МИМТУР) при реабилитации лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. - № 2, 2002. - С. 25-28
107. Гехт К., Саволей Е., Тене Г. Реабилитация пациентов с посттравматическим эмоционально-стрессовым синдромом в аспекте практической медицины катастроф // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2003. - С. 10-14
108. Окунькова Ю.А., Потапова В.А. Об организации социальными работниками инструментальной социальной поддержки психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 1999. - С. 36-39
109. Кольцов А.П., Ландышев М.А., Трушин А.В. Психосоциальная реабилитация в стационаре и диспансере // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2001. - С. 50-52
110. Котова Т.А., Степанова Е.Ю. Психосоциальные аспекты реабилитации психически больных в период принудительного лечения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2001. - С. 55-58
111. Лиманкин О.В. Младший медицинский персонал психиатрического стационара: участие в психосоциальной реабилитации, проблемы подготовки // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. - С. 121-124
112. Гажса А.К., Низкин С.И., Раю Н.А. Тамбовская психиатрическая больница – история создания и становление реабилитации психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. - С. 89-93
113. Лиманкин О.В., Лаптева К.М. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. - С. 99-104
114. Кольцов А.П., Ландышев М.А. Опыт двухлетней работы центра социальной психиатрии и реабилитации Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н.Баженова // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. - С. 96-98
115. Раю Н.А., Гажса А.К. Психосоциальная реабилитация больных в Тамбовской областной психиатрической больнице // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. - С. 94-95
116. Казаков М.С., Мухина Т.Н. К проблеме реабилитации больных олигофренией в «молодежном» отделении учреждения социального обслуживания // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2003. - С. 60-63
117. Ремшидзе Х., Дмитриева Т.Н. Современное состояние и перспективы международного сотрудничества в детско-подростковой психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. - С. 22-26
118. Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.С., Северный А.А. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. - С. 5-9
119. Проект развития детской психиатрической помощи // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 2, 1998. - С. 40-43
- 
-

- 
- 
120. Гурович И.Я., Волошин В.М., Голланд В.Б. Актуальные проблемы детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. – С. 15-18
121. Рубина Л.П., Макаров И.В. Детская психиатрия: модель организации и перспективы развития / / Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. – С. 19-21
122. Козловская Г.В., Горюнова А.В., Шикунова Н.В., Катковская Т.Г. Методика определения психического развития детей до 3 лет – гном // Журнал неврологии и психиатрии. - № 8, 1997. - С. 38-42
123. Авдеенок Л.Н., Абинова Н.М. Психокоррекционная работа при нарушении поведения детей // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 2, 2000. – С. 75-78
124. Новикова Л.А., Смирнова О.Н. Опыт поведения медико-психологического консилиума как одна из форм работы детского психоневрологического отделения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 2000. – С. 84-86
125. Слот В., Спанярд Х. Нидерландская модель социальной помощи детям и подросткам, ориентированная на социальную компетенцию // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2000. – С. 60-74
126. Мазаева Н.А., Головина А.Г., Герасимов Н.П., Пыхтарев В.Н. Место медико-педагогического лечебно-реабилитационного подросткового центра в системе реабилитации подростков с психическими расстройствами // Психиатрия. - № 3, 2003. – С. 41-48
127. Щелина Т.Т. «Семья выходного дня»: опыт организации волонтерской деятельности студентов по оказанию помощи детям-сиротам // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 4, 2003. – С. 64-76
128. Резолюция конгресса по детской психиатрии, Москва, 25-28 сентября 2001 года // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. – С. 72-73
129. Gutheil T.G., Gabbard G.O. Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings // Am J Psychiatry, 1998; 155: 409-414
130. Аргунова Ю.Н. Правовое регулирование оказания психиатрической помощи в Польше // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 1998. – С. 46-50
131. Аппельбаум П.С. Почти революция: международная ситуация с законом о недобровольной госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 1999. – С. 49-56
132. Савенко Ю.С. Открытое письмо Независимой Психиатрической Ассоциации России Генеральной Ассамблее Всемирной Психиатрической Ассоциации // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2002. – С. 66-67
133. Савенко Ю.С. Две перспективы развития // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 2002. – С. 7
134. Савенко Ю.С., Виноградова Л.Н. Психиатрия и права человека в России: современные тенденции // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2002. – С. 22-24
135. Лапшин О.В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 2003. – С. 53-60
136. Миронов О.О. Письмо Омбудсмена Российской Федерации // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2002. – С. 69
137. Тихоненко В.А. Правовые и этические вопросы проведения клинических испытаний с участием психически больных // Российский психиатрический журнал. - № 4, 2003. – С. 45-48
138. Цымбал Е.И. Экспертная оценка отстаивания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 2003. – С. 61-66
139. Ястребов В.С. О книге «Законодательство Российской Федерации в области психиатрии» // Психиатрия. - № 1, 2003. – С. 79
140. Мониторинг соблюдения прав пациентов в психиатрических больницах России. Заключение // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 1, 2004. – С. 14-16
141. Макаров В.В., Кириллов И.О., Чобану И.К. Российская психотерапия в контексте развития мировой психотерапии // Психотерапия. – М. - № 9, 2003. – С. 2-12
142. Правовое регулирование психотерапевтической деятельности в Австрии: Закон о психотерапии от 7 июня 1990 г. // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, июль – сентябрь 1993. – С. 137-156
143. Кренц И., Кренц Х. Пренатальные отношения: размышления об этиологии расстройств личности // Психотерапия. – М. - № 8, 2003. – С. 25-34
144. Гингер С. Психотерапия в Париже и во Франции // Психотерапия. – М. - № 8, 2003. – С. 7-10
145. Гингер С. Эволюция психотерапии в Западной Европе // Психотерапия. – М. - № 1, 2003. – С. 13-17
146. Немеет Д. Психотерапия в США // Психотерапия. – М. - № 7, 2003. – С. 13-16
147. Шанкар Г. Индия. Психотерапия и йога // Психотерапия. – М. - № 2, 2003. – С. 7-10
148. Боуден Р. Психотерапия Новой Зеландии // Психотерапия. – М. - № 10, 2003. – С. 2-6
- 
-

- 
- 
149. Минги К. Психотерапия в Китае // Психотерапия. – М. - № 1, 2003. – С. 25-27
150. Безносюк Е.В., Князева М.Л. Психотерапия как функция традиционной национальной культуры // Психотерапия. – М. - № 10, 2003. – С. 7-15
151. Макаров В.В. Становление российской мультимодальной психотерапии // Психотерапия. – М. - № 2, 2003. – С. 3-6
152. Информация по результатам пилотного исследования «Перспективы развития терапии в странах СНГ», Алматы, 9-11 сентября 2000 года // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 6. - № 3, 2000. – С. 5-6
153. Александров А.А. Патогенетическая психотерапия: современное состояние и перспективы // Психотерапия. – М. - № 1, 2003. – С. 8-12
154. Karasu T.B. Psychotherapies: An Overview // Am J Psychiatry, 1977. – V. 134. - № 8. – P. 851-863
155. Karasu T.B. General principles of psychotherapy // In: Specialized techniques in individual psychotherapy. – New York, 1980. – P. 33-34
156. Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д.Карвасарского / Питер, 1999, 743 с.
157. Карвасарский Б.Д. Учебник Психотерапия / Питер, 2000, 536 с.
158. Сосланд А.И. Фундаментальная структура психотерапевтического метода как создать свою школу в психотерапии. – М. – Логос, 1999, 367 с.
159. Aleksandrowicz J.W. Psychopathologia nerwic. – Krakow: Acad. med., 1983
160. Адлер Г.М., Ван Хамметт Б.О. Кризис, обращение и формирование культуры: исследование общей психосоциальной последовательности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 1, 1993. – С. 117-123
161. Бараши Б.А. Миф о примате сознания в психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 3, 1993. – С. 71-73
162. Вид В.Д. Поиски истины или концепция? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 1, 1993. – С. 123-125
163. Воробьева Л. Закат психотерапии. Что дальше? // Московский психотерапевтический журнал. - № 2, 2001. – С. 43-61
164. Каган В.Е. Физика и метафизика психотерапии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 1999. – С. 52-57
165. Степликова Д.А. Психотерапия в зеркале культуры // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 1999. – С. 58-67
166. Холмогорова А. Когнитивная психотерапия и перспективы ее развития в России // Московский психотерапевтический журнал. - № 4, 2001. – С. 6-17
167. Джонсон Ю.Т. Субвербальная коммуникация и экспрессивность терапевта: тенденции развития клиенто-центрированной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 1993. – С. 75-92
168. Лэнгле А. Эзистенциальный анализ – найти согласие с жизнью // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001. – С. 5-23
169. Баранников А.С., Баранникова Д.А. Место эзистенциального анализа среди других психотерапевтических направлений // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 1, 2002. – С. 29-30
170. Летуновский В.В. Методы эзистенциальной терапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 4, 2002. – С. 54
171. Шумский В.Б. Понятие основных эзистенциальных мотиваций как теоретическая основа психотерапевтической практики в эзистенциальном анализе // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 1, 2002. – С. 67-71
172. Хайл-Эверс А., Хайл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии / пер. с нем., 3-е переработанное издание, Издательство «Речь». – Санкт-Петербург, 2001, 783 с.
173. Бараши Б.А. Третья революция в психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 2, 1993. – С. 48-57
174. Исурина Г.Л. Можно ли считать позитивную психотерапию «революцией» в психиатрической практике? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 2, 1993. – С. 58-59
175. Ялов А.М. Нейролингвистическое программирование как новая парадигма в психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 3, 1993. – С. 57-70
176. Аксенов М.М., Басов А.Н. Современный трансактный анализ как вариант интегративной психотерапии при лечении неврозов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 2, 2000. – С. 71-75
177. Будинайте Г.Л. В сторону краткосрочной терапии. Логическое развитие системного семейного подхода или поворот? // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 4, 2000. – С. 6-7
178. Бурно М. Панорама психотерапии. Взгляд из терапии творческим самовыражением // Московский психотерапевтический журнал. - № 2, 2001. – С. 5-17
- 
-

- 
179. Майков В.В. Вклад Станислава Грофа в современную трансперсональную психологию и психотерапию // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 3, 2001. – С. 15-17
180. Приленский Б.Ю. Спектральный анализ психотерапевтических факторов трансперсональной психотерапии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 1, 2002. – С. 55-60
181. Бурно М.Е. Еще о существе клинической психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 2, 2000. – С. 21-24
182. Морено З.Т. Обзор психодраматических техник // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 1993. – С. 47-62
183. Раскин В.Н. Метафородрама как сверхкраткосрочный метод психокоррекции // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 2, 1998. – С. 18-31
184. Ромек В.Г. Психотерапия неуверенности в себе: когнитивно-поведенческий подход // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 2, 2000. – С. 83-84
185. Гинзбург М. «Доска почета»: гипнотерапевтическая техника для укрепления чувства собственной ценности // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2002. – С. 154-158
186. Гордеев М.Н. Социально-психологический потенциал эриксоновского гипноза // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 3, 2001. – С. 7-11
187. Пезешкиан Х. Транскультуральная психотерапия и мультикультуральная консультация // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 4, 2001. – С. 7-10
188. Быков С.И., Давидович Д.Н. Путешествие в реальность мифа // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 4, 2002. – С. 24-34
189. Макарова Г.А. Женская психотерапия в России: реальность и перспективы // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 6. - № 3, 2000. – С. 50-53
190. Михайлова Л.Г. Женская психотерапия // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 2, 2000. – С. 64
191. Бондаренко А.Ф. Христианская психотерапия в США и англоязычном мире // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 1996. – С. 115-128
192. Полищук Ю.И. Православная психиатрия: теория, практика, тенденции // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 1999. – С. 56-60
193. Слезин В.Б., Музалевская Н.И., Урицкий В.М., Рыбина И.Я. Изменение функционального состояния головного мозга при христианской молитве // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 1999. – С. 28-32
194. Хири М. Пища для души // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 1999. – С. 146-162
195. Ильин В.А. Духовно-ориентированная психотерапия // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 3, 2000. – С. 46-47
196. Василюк Ф. От переживания – к молитве // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2002. – С. 76-92
197. Дмитриева Т.В. Гештальт-подход в работе с парами и семьями // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 1999. – С. 27-37
198. Пезешкиан Х. Подходы к позитивной концепции семьи в 21 веке // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 4, 2001. – С. 10-18
199. Холмогорова А. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2002. – С. 93-119
200. Roberts G.A. Prevention of burn-out // Advances in psychiatric treatment, 1997. – V. 3. – P. 282-289
201. Герасимова И., Чернавцева Н. Музыкальная терапия в работе с возбудимыми подростками // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2002. – С. 96-110
202. Джангильдин Ю.Т. Психотерапия общества // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 3, 2000. – С. 29-30
203. Beitman B.D., Goldfried M.R., Norcross J.C. The movement towards integrating the psychotherapies: an overview // Am J Psychiatry, 1989. – V. 146. - № 2. – P. 138-147
204. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал. - № 2, 1992. – С. 5-40
205. Мягер В.К. Интегративное движение в психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - № 1, 1993. – С. 137-139
206. Завьялов В.Ю. Интегративная психотерапия в России // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 4, 2000. – С. 23-30
207. Жорняк Е. Нarrативная психотерапия: от дебатов к диалогу // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2001. – С. 91-124
-

- 
- 
208. Баранников А.С. К вопросу антропологического обоснования интегративной психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 3, 2002. – С. 33-47
209. Коровина В. Виды интеграции в психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 3, 2002. – С. 57-58
210. Криндач В.П. Полночные размышления Российского метамодального психотерапевта // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 9. - № 1, 2003. – С. 104-105
211. Макаров В.В. Мультимодальная психотерапия в России // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 9. - № 1, 2003. – С. 105-108
212. Макарова Г.А. Лекция по применению трансактного анализа в психологическом консультировании // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 2, 2002. – С. 31-32
213. Яценко В.И. Интегративная система в психотерапии на основе инициатического анализа и трансактного анализа // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 2, 2002. – С. 58-65
214. Тукаев Р.Д. Российская мультимодальная психотерапия. Часть 2. Теоретические перспективы / / Психотерапия. - М. - № 1, 2004. – С. 18-23
215. Семке В.Я., Куприянова И.Е. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции // Обзор материалов X конгресса Всемирной ассоциации психиатров
216. Макаров В.В., Обухов Я.Л. Состояние и перспективы современной психотерапии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 1999. – С. 26-33
217. IX Конгресс Европейской Ассоциации Психотерапии «Традиции и перемены», Дублин, 22-25 июня 2000 г. // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2000. – С. 58-64
218. Боцмановский Ю.Н., Боцмановская М.Б., Симуткин Г.Г. К вопросу о психотерапевтическом подходе в лечении неврозов // Психотерапия и медицинская психология
219. Бурно М.Е. О Российской клинической психиатрической психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2002. – С. 182-192
220. Ениколов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. - № 3, 1998. – С. 50-56
221. Somasundaram D. Treatment of massive trauma due to war // Advances in psychiatric treatment, 1997. – V. 3. – P. 321-330
222. Colom F, Vieta M., Martinez A., Jorquer A., Gasto C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? // Psychother psychosom, 1998; 67 (1). – P. 3-9
223. Stone W.N. Affect and therapeutic process in group for chronically mentally ill persons // J Psychother pract res, 1998 summer; 7 (3). – p. 208-216
224. Schaeffer J.A. Transference and countertransference interpretations: harmful in short-term dynamic therapy // American journal of psychotherapy, 1998 winter; 52 (1). – P. 1-17
225. Haas W.M. Psychotherapy: some guiding principles // American journal of psychotherapy, 1997 fall; 51 (4). – P. 593-606
226. Сидоров П.И., Згонникова Е.В., Соловьев А.Г. Возможности и взаимодействия психологов, психиатров и церкви в решении проблем психического здоровья населения // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 1998. – С. 49-51
227. Бабин С.М., Сировская В.П., Пустотин Ю.Л. Психотерапия и терапия средой в Оренбургской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2001. – С. 59-61
228. Пустотин Ю.Л., Бабин С.М., Сировская В.П. Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации и психиатрии: итоги и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 117-120
229. Манучарян Ю.Г., Хохлов Л.К. Городской психиатрический Центр как форма внедиспансерной психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2003. – С. 64-67
230. Басов А.Н. Особенности семейной психотерапии при нарушениях поведения у подростков с использованием метода трансактного анализа // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 1998. – С. 96- 97
231. Локтионова А. Страдание детей от насилия в семье и принципы психотерапевтической помощи // Московский психотерапевтический журнал. - № 4, 2002. – С. 90-105
232. Оклэндер В. Гештальт-терапия с детьми: работа с гневом и интроектами // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2002. – С. 67-88
233. Кузнецов А.Н. Психотерапия в школе // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 5. - № 4, 1999. – С. 42-44
234. Боев И.В., Козлова Э.М. Патогенетическая психотерапия в среде учителей, родителей и подростков с позиций концепций пограничной аномальной личности // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 5. - № 4, 1999. – С. 28-30
- 
-

- 
235. Николаев Е.Л., Козлов А.Б., Орлов Ф.В., Васильева Е.М., Работаева Т.В. *О формах психотерапевтической помощи в условиях городской детской поликлиники* // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. – С. 64-65
236. Тетерский С.В. *Общественная организация как психотерапевтическая группа* // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 2, 2003. – С. 20-30
237. Бойко Ю.П. *Актуальные проблемы организации психотерапевтической помощи жителям крупных городов* // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2002. – С. 25-29
238. Пере М., Бауман У. *Клиническая психология (второе международное издание)* // Питер, Санкт-Петербург, 2002, 1311 стр.
239. Сидоров П.И., Парняков А.В. *Клиническая психология / Учебник для ВУЗов* // Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2002, 863 стр.
240. Лапин И.П. *Личность пациента и врача как детерминанта действия лекарства* // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 9-12
241. Кронфельд А. *Психология в психиатрии* // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 1, 2002. – С. 7-12
242. Кронфельд А. *Психология в психиатрии* // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 2002. – С. 22-24
243. Кронфельд А. *Психология в психиатрии* // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2002. – С. 25-33
244. Шюлер П. *О коопeração психиатров и психологов в Германии* // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 99-100
245. Сотрудничество психолога и психиатра. Преимущества и риски совместного ведения случаев психологом и психиатром // Психотерапия. - М. - № 1, 2004. – С. 34-44
246. Решение XIII съезда психиатров России. Москва, октябрь, 2000 год // Вопросы наркологии. - № 1, 2001. – С. 3-7
247. Макаров В.В., Макарова Г.А. *Психотерапия и консультирование в Российской Федерации и Москве* // Психотерапия. - М. - № 8, 2003. – С. 2-6
248. Копьев А.Ф. *Между свободой и необходимостью: к методологии краткосрочного психологического консультирования* // Вопросы психологии. - № 4, 1996. – С. 44-54
249. Елизаров А.Н. *Особенности психологического консультирования как самостоятельного метода оказания психологической помощи* // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 3, 2000. – С. 11-17
250. Черникова Т.В., Голубева Я.В., Топилина Е.Р. *Кризис профессиональной карьеры: гуманистические технологии психологической поддержки* // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 4, 2000. – С. 41
251. Копьев А. *Взаимоотношение «Я» - «другой» и его значение для практической психологии* // Московский психотерапевтический журнал. - № 2, 1999. – С. 48-60
252. Архиреева Т.В. *Структурированная проективная беседа как метод диагностики личностных проблем воспитанников детского приюта* // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 4, 2003. – С. 52-63
253. Линде Н.Д., Королева А.П. *Психологическое исцеление аллергии* // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 4, 2003. – С. 45-51
254. Мэй Р. *Искусство психологического консультирования*. – М., «Класс», 1994, 132 стр.
255. Роджерс К.Р. *Консультирование и психотерапия* // ЭКСМО-ПРЕСС, 1999, 462 стр.
256. Нельсон-Джоунс Р. *Теория и практика консультирования (3-е международное издание)* // Питер, 2000, 456 стр.
257. Коттлер Дж., Браун Р. *Психотерапевтическое консультирование (4-е международное издание)* // Питер, 2001, 462 стр.
258. Глэддинг С. *Психологическое консультирование (4-ое издание)* // Питер, 2002, 729 стр.
259. Уоллес В.А., Холл Д.Л. *Психологическая консультация* // Питер, 2003, 541 стр.
260. Немов Р.С. *Основы психологического консультирования* // Москва, Московский психолого-социальный институт, издательство «Флинта», 1998, 38 стр.
261. Петрушин С.В. *Мастерская психологического консультирования* // Казань, ЗАО «Новое знание», 2001, 136 стр.
262. Волкова А.Н. *Психологическое консультирование семейных конфликтов* // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2000. – С. 12-21
263. Веракса Н.Е., Дьяченко О.М. *Способы регуляции поведения у детей дошкольного возраста* // Вопросы психологии. - № 3, 1996. – С. 14-27
-

- 
- 
264. Сидоренков А.В. Направления психолого-педагогического воздействия на учебные группы // Вопросы психологии. - № 4, 1998. – С. 21-29
265. Айдарбеков К.А. Семейно-центрированная модель коррекционной работы с подростками // Мир психологии. – Москва-Воронеж. - № 3, 2003. – С. 236-242
266. Белоус В.В., Боязитова И.В. Развитие интегральной индивидуальности средствами прикладных психолого-педагогических технологий // Мир психологии. – Москва-Воронеж. - № 2 (34), 2003. – С. 245-258
267. Асмолов А.Г. Практическая психология и проектирование вариативного образования в России: от парадигмы конфликта – к парадигме толерантности // Вопросы психологии. - № 4, 2003. – С. 3-12
268. Гусельцева М.С. Образование и общество: духовно-гуманистическая парадигма // Журнал прикладной психологии. - № 1, 2003. – С. 16-25
269. Лопухова О.Г. Методика диагностики устойчивости профессиональной направленности личности // Журнал прикладной психологии. - № 1, 2003. – С. 30-36
270. Кореляков Ю.А. Психологические аспекты оптимизации развития профессиональной направленности личности в контексте школьного взаимодействия // Журнал прикладной психологии. - № 1, 2003. – С. 37-44
271. Недбаева С.В., Жидкова В.В. Психологическая служба ВУЗа // Психология в ВУЗе. – Москва-Обнинск. - № 3, 2003. – С. 49-63
272. Степанова М.А. Психология в образовании: психолого-педагогическое взаимодействие // Вопросы психологии. - № 4, 2003. – С. 76-83
273. Цылев В.Р. Как правильно подобрать для ребенка класс при зачислении в школу // Вопросы психологии. - № 4, 2003. – С. 26-34
274. Слот В., Спанирд Х. Помощь подросткам на пути к самостоятельности // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 3, 2000. – С. 80-88
275. Петченко В.А. Программа по коррекции школьных объектных страхов у детей младшего школьного возраста // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 3, 2000. – С. 27-54
276. Пастух О.М., Парначева А.С., Рожицина А.В. Опыт психодиагностики и психокоррекции в Сыктывкарском Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2004. – С. 47-49
277. Пикулева О.А., Крылова Е.С. Программа «Юная мама» реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радость» г. Светлогорска Ленинградской области // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2004. – С. 88-91
278. Пояркова З.Д. Психолого-педагогическая и трудовая реабилитация в условиях специализированного социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних с Билимтуй Забайкальского района Читинской области // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2004. – С. 50-54
279. Савин Г.И. Опыт социально-реабилитационного центра «Наставник» г. Рыбинска // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2004. – С. 83-87
280. Сухарев А.В., Радионова М.С., Коляда А.К. Методические рекомендации по этнофункциональной психопрофилактике психической дезадаптации у воспитанников детских садов // Журнал прикладной психологии. - № 1, 2003. – С. 45-59
281. Волкова Е.В. Психологическая помощь в преодолении психологического кризиса, вызванного тяжелой болезнью // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2004. – С. 55-70
282. Власова Л.С. Заикание. Психокоррекция методами НЛП // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 2004. – С. 32-35
283. Гирич Я.П., Кулаков И.И. Возможность практического использования психогигиенических и психопрофилактических программ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 2000. – С. 62- 63
284. Орловская Д.Д., Жариков Н.М., Тиганов А.С. Психиатрия в XXI веке // Журнал неврологии и психиатрии. - № 1, 2000. - С. 6-13
285. Краснов В.Н. Информация о всемирном конгрессе по психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. – С. 107
286. Double D. The limits of psychiatry // British medical journal, 2002; 324: 900-904
287. Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders // Psychological medicine, 1998, 28. – P. 238-240
288. Andrews G., Slade T., Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV // British journal of psychiatry, 1999; 174. – P. 3-5
289. Widiger T.A., Clark L.A. Towards DSM-V and the classification of psychopathology // Psychological bulletin, 2000; V. 126, 6. – P. 946-963
290. Полищук Ю.И. Современные проявления антинозологизма в российской психиатрии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2000. – С. 5-8
291. Савенко Ю.С. МКБ-10 как выражение кризиса психиатрии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2000. – С. 8-13
- 
-

- 
- 
292. Циркин С.Ю. Перспективы концептуальной психиатрической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. – С. 100-106
293. Ормел Й., Неелеман Й., Виерсма Д. Детерминанты психического нездоровья: их учет в научных исследованиях и в политике в сфере психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2003. – С. 97-105
294. Волтон Л. Декада мозга: достижения неврологии // Журнал неврологии и психиатрии. - № 4, 1998. - С. 4-12
295. Kandel E.R. A new intellectual framework for psychiatry // American journal of psychiatry, 1998, 155. – Р. 457-469
296. Судаков К.В. Биологические мотивации в системной организации функций мозга // Журнал неврологии и психиатрии. - № 2, 1998. - С. 53-57
297. Судаков К.В. Системная организация функций головного мозга: определяющая роль акцептора результатов действия // Журнал неврологии и психиатрии. - № 4, 1998. - С. 13-19
298. Прокудин В.Н. На VIII Конгрессе международной федерации психиатрической эпидемиологии «Геном и окружающая среда: роли и взаимодействие в психиатрической эпидемиологии» // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 1999. – С. 77-78
299. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С., Ураков С.В., Фисенко И.Н. Нейропсихиатрия и психиатрия на современном этапе развития медицинских нейронаук // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 2000. – С. 88-91
300. Nesse R.M. Evolutionary biology: a basic science for psychiatry // World psychiatry, 2002; February 1. – Р. 7-9
301. Гора Е.П. Модель новой медико-биологической парадигмы // Наркология. - № 3, 2003. – С. 7-11
302. Судаков С.А., Лебедева И.С., Каледа В.Г. Применение кластерного анализа при исследовании клинико-нейрофизиологических корреляций // Журнал неврологии и психиатрии. - № 7, 2003. - С. 40-43
303. Виггинс О., Шварц М. Кризис современной психиатрии: потеря личности // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 1999. – С. 5-8
304. Шварц М., Виггинс О. Кризис современной психиатрии: обретение личности // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 1999. – С. 9-15
305. Mishara A.L., Schwartz M.A. Psychopathology in the light of emergent trends in the philosophy of consciousness, neuropsychiatry and phenomenology // Current opinion in psychiatry, 1997, 10: 383-389
306. Положий Б.С., Шостакович Б.В., Коган Б.М. Научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия и общество» // Российский психиатрический журнал. - № 3, 2002. – С. 69-71
307. Орловская Д.Д., Коляскина Г.И., Уранова Н.А. Международный конгресс по исследованиям в области шизофрении (12-16 апреля 1997 г., Колорадо Спрингс, США) // Журнал неврологии и психиатрии. - № 8, 1997. - С. 70-72
308. Долгов А.М. Международная конференция «Евромозг-97» // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 1998. - С. 67
309. Travis M.J., Kerwin R.W. Pharmacological treatment of the newly diagnosed patient with schizophrenia // Advances in psychiatric treatment, 1997. – Vol. 3. – P. 331-338
310. Mortimer A. Treatment of the patient with long-term schizophrenia // Advances in psychiatric treatment, 1997. – Vol. 3. – P. 339-346
311. Schlienger R.G., Shear N.H. Serotonin-syndromes // Dtsch. med. wschr. – 12, 1997. – P. 1495-1499
312. Bullock R. Drug treatment for early Alzheimer's disease // Advances in psychiatric treatment, 1998. – Vol. 4. – P. 126-134
313. Yoshida K., Smith B., Craggs M., Kumar R. Neuroleptic drugs in breast-milk: a study of pharmacokinetics and of possible adverse affects in breast-fed infants // Psychological medicine, 1998, 28. – P. 81-91
314. Smith W.T., Lonborg P.D., Glaudin V., Painter J.R. Short-term augmentation of fluoxetine with clonazepam in the treatment of depression: a double-blind study // American journal of psychiatry, 1998, 155. – P. 1339-1345
315. Freeman M.P., Stroll A.L. Mood stabilizer combinations: a review of safety and efficacy // Am J Psychiatry, 1998; 155: P. 12-21
316. Yoshida K., Smith B., Craggs M., Kumar R. Fluoxetine in breast-milk and developmental outcome of breast-fed infants // British journal of psychiatry, 1998; 172. – P. 175-179
317. Любов Е.Б., Литвищенко Ю.Ф. Фармакоэпидемиологические исследования в психиатрии. Сообщение. Количествоенный фармакоэпидемиологический анализ // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2000. – С. 81-91
318. Семке В.Я. Трибуна редактора. Психическое здоровье // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 1, 2000. – С. 4-8
- 
-

- 
319. Залевский Г.В., Логунцова О.Н., Непомнящая В.А. Качество жизни как комплексная характеристика жизнедеятельности человека // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. - С. 102-103
320. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current opinion in psychiatry, 1997, 10: 337-345
321. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. - С. 49-52
322. Пашковский В.Е., Дехерт В.А. Качество жизни больных с эндогенными психозами (обзор) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 2000. - С. 28-31
323. Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 3, 2000. - С. 37-41
324. Громов С.А., Михайлова В.А., Вассерман Л.И., Лынник С.Д., Флерова И.Л. Качество жизни и реабилитация больных эpilepsией // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 2002. - С. 4-8
325. Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1999. - С. 39-41
326. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Постникова Л.В. Качество жизни детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Психиатрия. - № 3, 2003. - С. 26-28
327. Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Сейку Ю.В., Рытик Э.Г., Беседина Л.В., Вешугина Т.С. Качество жизни родственников психически больных // Журнал неврологии и психиатрии. - № 6, 1998. - С. 42-45
328. Голимбет В.Е., Воскресенская Н.И., Ляшенко Г.Л., Брусянцева Л.Н., Тазаки В.И.М., Трубников В.И. Оценка качества жизни людей, ухаживающих за родственниками с деменцией // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 1989. - С. 33-48
329. Нуллер Ю.Л. О парадигме в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 4, 1991. - С. 5-13
330. Нуллер Ю.Л. Смена парадигмы в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 1992. - С. 13-18
331. Нуллер Ю.Л. Новая парадигма в психиатрии: понятие регистров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 1993. - С. 29-38
332. Кабанов М.М. Смена парадигм в современной медицине (от организмоцентристической к эволюционно-популяционной) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 4, 1994. - С. 7-11
333. Egger M., Smith G.D., Phillips A.N. Meta-analysis. Principles and procedures // BMJ, 1997; 315: P. 1533-1537
334. Buston K., Parry-Jones W. Qualitative research // British journal of psychiatry, 1998; 172. - P. 83-85
335. Reid S. Butterflies, fractals and psychiatry // Psychiatric bulletin. - Vol. 22, 1998. - P. 568-570
336. Faulkner A., Thomas P. User-led research and evidence-based medicine // British journal of psychiatry, 2002; 180. - P. 1-3
337. Зорин Н.А. Что такое кохрейновское сотрудничество // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 1998. - С. 107-108
338. Роговин М.С., Залевский Г.В. Верифицируемое и интуитивное познание психического // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. - С. 8-12
339. Алмазов Б. О предмете и методе в психиатрии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. - М. - № 4, 2003. - С. 10-12
340. Phillips J. Psychotherapy and philosophy // Current opinion in psychiatry, 1997, 10: 406-411
341. Ромек Е.А. Социальный статус психотерапии: становление, функция, концептуально-методологические основания / Автореф. док.диссер. - Ростов-на-Дону, 2003
342. Вагнер Э. Психотерапия, как наука, отличия от медицины / В кн.: Психотерапия: новая наука о человеке под ред. А.Притца, Деловая книга, Екатеринбург, 1999. - С. 249-281
343. Датлер В., Фельт У. Психотерапия – самостоятельная дисциплина? / В кн.: Психотерапия: Новая наука о человеке под ред. А.Притца, Деловая книга, Екатеринбург, 1999. - С. 58-90
344. Притц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия – наука о субъективном / В кн.: Психотерапия: Новая наука о человеке под ред. А.Притца, Деловая книга, Екатеринбург, 1999. - С. 10-30
345. Решетников М.М. Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 7. - № 3, 2001. - С. 23-27
346. Воскресенский Б.А. Клиническая психиатрия и клинический метод // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 3, 1991. - С. 88-91
347. Полищук Ю.И. О недостаточности клинического метода в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 4, 1991. - С. 90-92
-

- 
- 
348. Денисов М.Ф. *Об оценочных шкалах в психиатрии* // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева*. - № 1, 1992. – С. 72-75
349. Скорик А.И., Никиташина И.Н. *Краткий опросник для диагностики нарушений психической адаптации (НПА)* // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева*. - № 2, 1993. – С. 89-91
350. Тукаев Р.Д. *Оценка эффективности клинической психотерапии: результаты и перспективы* // *Психотерапия*. – М. - № 8, 2003. – С. 20-24
351. Тукаев Р.Д. *Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах* // *Социальная и клиническая психиатрия*. - № 1, 2004. – С. 87-96
352. Эволюция психотерапии. – Т. 1-4. – М., «Класс», 1998
353. Зейг Дж.К., Мьюнион В.М. *Психотерапия – что это? Современные представления*. – М., «Класс», 2000, 430 стр.
354. Kiesler D.J. *Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz fur ein neues Forschungsparadigma*, In F.Petermann (thsg) / *Psychotherapie forshung*, 1977, Weinheim: Beltz. - S. 7-50
355. Westmeyer H., Hoffmann N. *Verhaltenstherapie. Crundlegende Texte* / Hamburg, 1977: Hoffmann and Compl
356. Chalmers D.K., Wallace J. *Evolution of patient progress* / In: *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy*. – New York, London, 1978. – P. 255-277
357. Sobell L.C., Sobell M.B. *Alcoholism treatment outcome evaluation methodology* / Nat. Inst. on Alcohol Abuse and alcoholism. Washington, D.S., 1982. – P.293-321
358. Orlinsky D.E., Howard K.L. *Process and outcome in psychotherapy* / In S.L.Garfield, A.E.Begin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* / New York, Wiley, 1986. – P. 311-384
359. Howald K.I., Lueger R.J., Maling M.S., Martinovich Z. *A phase model of psychotherapy outcome: causal meditation of change* / Paper presented at the 23 Annual Meeting of the Society for psychotherapy research, Berceley, CA, 1992
360. Schulte D. *Wie sole Therapieerfolg gemessen werden? Oberblicksarbeit* // *Zcitschrift fur klinische psychologie*, 1993, № 22. – S. 374-393
361. Corsini R.J. *Introduction* // *Current psychotherapies* (4<sup>th</sup>ed). Itasca, III: Peacock, 1989. – P.1-16
362. Карвасарский Б.Д. / Учебник Психотерапия / Питер, 2000, 536 стр.
363. Степанова Н.Г. Клинические и экспериментально-психологические факторы, определяющие продолжительность эффективной психотерапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 2000. – С. 86-87
364. Marmor J., 1978 (цит. по Психотерапевтической энциклопедии под ред. Б.Д.Карвасарского / Питер, 1999, 743 стр.
365. Prochaska J.O., DiClemmente C.C., Norcross J.C. *In search of how people change* / American psychologist (1992), 47, 1102-1114
366. Grawe K. *Research – informed psychotherapy* / *Psychotherapy research*, 1997, 7. – P.1-19
367. Antaki Ch., Brewin Ch. *Attributions and psychological change*. – London, Academic Press, 1982
368. Bastine R. *Psychotherapeutische prozesse – von der vertegenheit, psychotherapeutische verunderungen zu erklaeren* / *Zeitschrift fur klinische psychologie, psychopathologie und psychotherapie*, 1988, 36. – P. 296-307
369. Brewin C.R. *Cognitive foundations of climate psychology*. – London: Erlbanm, 1988
370. Caspar F. *What goes on in a psychotherapist's mind?* / *Psychotherapy research*, 1997, 7. – P. 105-125
371. Nietzel M.T., Fisher S.G. *Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on durlak* / *Psychological bulletin*, 1981. – Vol. 89. – P. 555-565
372. Margraf J., Bauman V. *Welche Bedeutung schreiben psychptherapenten der erbahrung zu?* / *Zeitschrift fur klinische psychologie*, 1986, 15. – P. 248-253
373. Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A. *Therapist variables* / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) / *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York, Wiley, 1994. – P. 229-269
374. Lambert M.J., Bergin A.E. *The effectiveness of psychotherapy* / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) / *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York, Wiley, 1994. – P. 143-189
375. Даренский И.Д. *Приемы повышения психической толерантности психотерапевта* // Психотерапия. – М. - № 1, 2004. – С. 24-27
376. Stiles W.B., Shapiro D.A., Elliott R. *Are all psychotherapies equivalent?* / American psychologist, 41, 1986. – P. 165-180
377. Orlinsky D.E., Howard K.I. *A genetic model of process in psychotherapy* / In W.Huber (Ed), *Progress in psychotherapy research* // Louvain la Heuve: Presses Universitaires de Louvain, 1987. – P. 445-458
378. Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K. *Process and outcome in psychotherapy hoch einmal* / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) / *Handbook of psychotherapy and behavior change*. – New York, Wiley, 1994. – P. 270-329
379. Соколова Е., Чечельницкая Е. *Моделирование стратегий психотерапевтического общения при патологических внутренних диалогах* // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001. – С. 102-121
- 
-

- 
- 
380. Филатов Ф. Отношение «Я – другой» в свете поздних сочинений К.Г.Юнга // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001. – С. 24-41
381. Петрушин С.В. Дифференцирование уровней отношений как метод решения межличностных проблем // Психотерапия. – М. - № 2, 2004. – С. 20-25
382. Wills T.A. Non-specific factors in helping relationships / In T.A.Wills (Ed) / Basic processes in helping relationships, New York, Academic Press, 1982. – P. 381-404
383. Sue S., Zane N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: Acritique and reformulation / American psychologist, 42, 1987. – P. 37-45
384. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) / Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York, Wiley, 1994. – P. 190-228
385. Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. Selbstmanagement – Therapie, 1991, Berlin: Springer
386. Huber W. Probleme, Angste, depressionen, beratung und therapie bei psichischen storungen, 1992, Bern: Huber
387. Seligman M.E. What you can change and what you can't. The complete guide to successful self-improvement / New-York, 1994: Knopf
388. Залевский Г.В. Развивающие модели супervизии // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 117-121
389. Уильямс Э. Вы – супервизор. Шестифокусная модель, роли и техники супервизию – М., «Класс», 2001, 276 стр.
390. Залевский Г.В. Основные правила (девизы) психотерапии и супервизии в контексте современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. – С. 110-116
391. Ховкинс П., Шохем Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. – Санкт-Петербург, «Речь», 2002, 351 стр.
392. Сахновская О.С. Организация супервизорского процесса в Восточно-Европейском институте психоанализа // Психотерапия. – М. - № 10, 2003. – С. 42-45
393. Kellner R. Psychotherapy in psychosomatic disorders: a survey of controlled outcome studies // Archives General Psychiatry, 1975. - № 35. – P. 1021-1028
394. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy//Archives General Psychiatry, 1975. - № 32. – P. 995-1008
395. Goldstein A.P., Stein N. Prescriptive psychotherapies. – New York: Pergamon, 1976
396. Bergin A.E., Lambert M.I. The evaluation of therapeutic outcomes / S.L.Garfield, A.E.Bergin (Eds) / Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical analysis. 2nd. – New York, Wiley, 1978
397. Beutler L.E. Toward specific psychological therapies for specific conditions / J of consulting and clinic psychology, 1979, № 47. – P. 882-892
398. Rachman S., Wilson G.T. The effect of psychological therapy: second enlarged edition. – New York: Pergamon, 1980
399. Shapiro D.A., Shapiro D. Meta-analysis of comparative theory outcome studies: replication and refinement / Psychological bulletin, 1982. – Vol. 92. – P. 581-604
400. Nicholson R.A., Berman J.S. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy / Psychological bulletin, 1983. – Vol. 93. – P. 261-278
401. Stein D.H., Lambert M.J. On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome / Clinical psychology review, 1984. – Vol. 4. – P. 127-142
402. Bachrach H.M., Galatzer-levy R., Skolnikoff A., Waldron S.J. On the efficacy of psychoanalysis / Journal of American psychoanalytical Association, 1991. - № 39. – P. 871-916
403. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im wandel – von der confession zur profession. Gottingen: Hogrefe, 1994
404. Greenberg L., Elliott L., Lietaer G. Research on experiential psychotherapies / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) / Handbook of psychotherapy and behavior change (4<sup>th</sup> ed., P. 509-539). – New York, Wiley, 1994
405. Катков А.Л. Манифести развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2001. – С. 49-78
406. Lynn D.J., Vaillant G.E. Anonymity, Neutrality and confidentiality in the actual methods of Sigmund Freud: A review of 43 cases, 1907-1939 // Am J Psychiatry, 1998; 155: P. 163-171
407. Monniello G., Maltese A. Transfert et contre-transfert dans la clinique institutionnelle d'adolescents / Perspectives Psy. – Vol. 37, N 2, 1998. – P. 126-133
408. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Wells A., Fennell M., Ludgate J., Ahmad S., Richards H.C., Gelder M. Two psychological treatments for hypochondriasis // British journal of psychiatry, 1998; 173. – P. 218-225
409. Palandjian E., Palandjian L'enfant G. & le jeu // Synapse, juin, 1998, N 147. – P. 31-36
- 
-

- 
- 
410. Каган В. Психотерапия депрессии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 2003. – С. 71-75
411. Галиев Р.Ф. Клинические, психологические и социальные аспекты психотерапевтической резистентности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 40-43
412. Григорьева В.Н., Морозова Н.В. Возможности оптимизации психотерапии больных с хроническим эмоциональным напряжением с учетом нейрофизиологических основ психической деятельности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 2000. – С. 44-47
413. Назлоян Г.М. Терапевтические возможности клинического интервью // Психотерапия. – М. - № 10, 2003. – С. 24-28
414. Каган В.Е. VII ежегодная международная конференция по разрешению конфликтов // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 1999. – С. 81
415. Переходов А.Я., Ковалев А.И. Конференция психиатров юга России с международным участием «психиатрия на рубеже тысячелетий», посвященная 75-летию кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета, 21-23 декабря 1999 года // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2000. – С. 110-111
416. Корабельникова Е.А., Голубев В.Л. Сновидения и психологическая защита при невротических расстройствах у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии. - № 1, 2000. - С. 18-22
417. Сухарев А.В. Этнофункциональная классификация психических расстройств как основа их психопрофилактики // Журнал прикладной психологии. - № 1, 2003. – С. 12-15
418. Авдеенок Л.Н. Нарушение ролевых функций семьи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 1-2, 1998. – С. 85-86
419. Шац И.К. Клинико-психологические, социально-педагогические и коррекционные аспекты школьной дезадаптации при психических расстройствах у детей // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 47-51
420. Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Механизмы психологической защиты // Журнал неврологии и психиатрии. - № 2, 1997. – С. 44-48
421. Романова Е.С. Исследование механизмов психологической защиты при девиантном поведении // Российский психиатрический журнал. - № 3, 1998. – С. 18-21
422. Штроо В.А. Защитные механизмы: от личности к группе // Вопросы психологии. - № 4, 1998. – С. 54-61
423. Усталов В. Влияние использования проекции как механизма психологической защиты на развитие личности // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 63-67
424. Аведисова А.С., Канаева Л.С., Ибрагимов Д.Ф. Копинг и механизмы его реализации // Российский психиатрический журнал. - № 4, 2002. – С. 59-63
425. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Лыкова Н.М. Базисные копинг-стратегии у подростков 11-12 лет из неблагополучной и благополучной среды // Вопросы наркологии. - № 1, 2003. – С. 36-46
426. Симоненко С.И. Психологические основания оценки ложности и правдивости сообщений // Вопросы психологии. - № 3, 1998. – С. 78-84
427. Филиппова Г.Г. Сравнительно-психологическое исследование комплекса оживления // Вопросы психологии. - № 6, 1998. – С. 24-34
428. Андрианов М.С. Невербальная коммуникация: стратегическая обработка паралингвистического дискурса // Вопросы психологии. - № 6, 1999. – С. 89-99
429. Братченко С.Л. Диагностика коммуникативной направленности // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 3, 1999. – С. 52-69
430. Муравьева О.И. Коммуникативная компетентность как проблема общей психологии // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 27-40
431. Муравьева О.И. Уровни общения и основные коммуникативные стратегии // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. – С. 7-12
432. Ротов А.В., Гаврилов М.А., Медведев М.А. Философские концепции самосознания личности // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 1-2, 1998. – С. 72-77
433. Торшина К.А. Современные исследования проблемы креативности в зарубежной психологии // Вопросы психологии. - № 4, 1998. – С. 123-132
434. Галажинский Э.В. Психическая ригидность как интегральный показатель степени открытости психической системы // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 48-53
435. Гумерова Р.В., Петрова В.Н. Опыт становления творческой личности // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 59-62
436. Писаренко Н.В. Феноменологический анализ опыта самоидентификации студентов в социально-психологическом «имидж-тренинге» // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. – С. 23-27
- 
-

- 
- 
437. Трубникова Н.И. Самоопределение как проблема психологического исследования // Сибирский психологический журнал. - № 16-17, 2002. – С. 28-31
438. Ялов А.М. Краткосрочная позитивная психотерапия // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 1999. – С. 10-26
439. Мазур Е.С. От гуманистической психологии личностного роста – к экзистенциальной психологии жизнестворчества // Московский психотерапевтический журнал. - № 2, 2001. – С. 150-154
440. Gachnochi G. *De la volonte d'emprise au syndrome de Stockholm: la sivilization en triste etat?* // Perspectives psychiatrique, 2002. – Vol. 41, 4. – P. 280-285
441. Crocq L. *Terrorisme et medias: impact emotionnel des images de violence* // Perspectives psychiatrique, 2002. – Vol. 41, 4. – P. 262-270
442. Стожаров В.В. Обеспечение качества структуры при лицензировании медицинской деятельности в свете Федерального закона «О техническом регулировании» // Проблемы управления здравоохранением. – М. - № 3 (10), 2003. – С. 41-45
443. Стожаров В.В., Вишняков Н.И., Архипов В.В., Кочорова Л.В., Кириллов А.В., Стожарова С.И. Федеральный Закон от 10.01.2003 г. № 15-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального Закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»: конец аккредитации медицинских учреждений или завершение этапа ее «бессистемного развития» // Проблемы управления здравоохранением. – М. - № 3 (10), 2003. – С. 46-49
444. Солохина Т.А., Ястребов В.С. Обеспечение качества медицинской/психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии. - № 5, 2003. - С. 74-87
445. Казаковцев Б.А. Проблемы организации психиатрической и психотерапевтической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2001. – С. 36-38
446. Ястребов В.С., Солохина Т.А. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии. - № 5, 2003. - С. 4-10
447. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995
448. Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 17 июня 1997
449. Закон Республики Казахстан «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003
450. Стратегия основных направлений развития здравоохранения в Республике Казахстан до 2010 года / Материалы 2 съезда врачей провизоров Республики Казахстан. – Астана. – Т. 3, 2002, 83 с.
451. Концепция программы «Медико-социальные приоритеты сохранения здоровья населения России на 2004-2010 годы» // Наркология. - № 7, 2003. – С. 51-52
452. Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов, Издательство «Киев», 1997, 24 стр.
453. Jensen K. *Mental health legislation in Europe*, 1998
454. Закон «О психиатрическом здоровье» Албании, 1991
455. «Польский Закон об охране психического здоровья» от 19 августа 1994
456. Декрет государственного Совета № 313 относительно помощи психическим больным и опасным пациентам. Румыния, 1999
457. Бонни Р.Д. Путь реформ в законодательстве о психическом здоровье в постсоветскую эпоху
458. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2.07.1992
459. Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 16 апреля 1997
460. Закон Украины «О психиатрической помощи» от 22 февраля 2000
461. Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1 июля 1999
462. Закон Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 17.06.1999;
463. Закон Азербайджанской Республики «О психиатрической помощи» от 12.06.2001;
464. Закон Республики Таджикистан «О психиатрической помощи» от 2.12.2002;
465. Республика Литва «Закон о психиатрической помощи», 1997;
466. Эстонский Закон о психиатрической помощи» от 12 февраля 1997;
467. Латвия «Закон о врачевании, раздел IX психические болезни», 1996
468. Доклад ВОЗ о состоянии психического здоровья и психиатрической помощи, 2001 год // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 2002. – С. 68-72
469. Казаковцев Б.А. Современные формы психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии. - № 9, 2003. - С. 66-68
470. Концепция «об охране психического здоровья, психиатрическая и наркологическая помощь в Республике Казахстан на период 2001-2005 годы»
- 
-

- 
- 
471. Приказ МЗ и МП РФ № 167 от 12.08.94 «Об объявлении постановления Правительства РК «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами»
472. Приказ МЗ Казахстана № 269 от 13.05.98 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи»
473. Приказ МЗ Казахстана № 407 от 18.08.1997 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию судебно-психиатрической экспертизы в Республике
474. Федеральный Закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Российский психиатрический журнал. - № 3, 2002. – С. 48-58
475. Ермолаев Л.М., Авдеенко А.А., Миронов В.И., Бабушкина Л.В. Научно-организационные походы к экспертизе психоневрологических и психотерапевтических учреждений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 1-2, 1998. – С. 67-71
476. Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб: пер. с англ. О.Чернявской. – К.: Сфера, 2000. – 332 стр.
477. Голдобина О.А., Соколов Я.В. Роль и место мониторинга психического здоровья в решении проблем оказания специализированной помощи детям и подросткам // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 9. - № 1, 2003. – С. 28-34
478. Гриненко А.Я., Тришин В.М. Использование социологических опросов населения для принятия управленческих решений в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением. – М. - № 3 (10), 2003. – С. 38-40
479. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н. Результаты опроса больных, страдающих аффективными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии. - № 10, 2003. - С. 54-59
480. Букреева Н.В. Медико-экономические стандарты для организации судебно-психиатрической экспертизы // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2003. – С. 25-27
481. Голдобина А.О., Трешутин В.А. Психическое здоровье на региональном уровне: проблемы, пути решения // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2003. – С. 69-70
482. Голдобина А.О., Трешутин В.А. Программно-целевое планирование работы психиатрической службы как важнейший компонент обеспечения качества психического здоровья и управления им на региональном уровне // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2003. – С. 48-51
483. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Шмуклер А.Б. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 1999. – С. 85-88
484. Современные стандарты диагностики и терапии депрессивных расстройств под ред. Н.А.Корнетова. – Томск-Москва, 2003, 74 стр.
485. Гагаркина И.Г., Гирич Я.П. Общие положения и основные лечебно-диагностические стандарты в детской психиатрии / Учебно-методическое пособие. – Красноярск, 2003, 91 стр.
486. Коулман Э., Двайер С.М., Абелль Д., Бернер В., Брейлинг Д., Эхер Р., Хиндман Я., Лангевин Р., Лангфельдт Т., Майнер М., Пфеффлин Ф., Вайс П. Стандарты оказания медицинской помощи взрослым – сексуальным правонарушителям // Социальная и клиническая психиатрия. - № 4, 2003. – С. 82-84
487. Козырев В.Н., Смулевич А.Б., Жробижев М.Ю., Краева Г.К., Кубраков М.А. Психотропные средства, применяемые в психиатрической стационаре // Журнал неврологии и психиатрии. - № 11, 2003. - С. 25-32
488. Adshead G. Psychiatric staff as attachment figures understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory // British journal of psychiatry, 1988; 172: 64-69
489. Robertson J.R., Dean A. General professional training: consultant supervision of trainees // Advanced in psychiatric treatment. – Vol. 3, issue 6, November 1997. – P. 347-351
490. ВОЗ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Общий обзор
491. Hodges B., Inch C., Silver I. Improving the psychiatric Knowledge, Skills and Attitudes of primary care physicians 1950-2000: a review // The American journal of psychiatry, 2001, 158. – P. 1579-1586
492. Curran S., Bowie P.C.W. Teaching psychiatry to medical undergraduates // Advanced in psychiatric treatment. – Vol. 4, 1998. – P. 167-171
493. Карась С.И., Семин И.Р., Райзман Е.М., Елисеев А.В., Конев А.В. Новые медицинские технологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 2000. – С. 107-109
494. Карась С.И., Семин И.Р. Когнитология в обучении психиатрии // Российский психиатрический журнал. - № 6, 2001. – С. 13-16
495. Семин И.Р., Карась С.И., Райзман Е.М., Елисеев А.В., Конев А.В. Когнитология в обучении психиатрии // Российский психиатрический журнал. - № 1, 2002. – С. 16-20
- 
-

- 
- 
496. Дедков Е.Д., Незнанов Н.Г., Борцов А.В., Пенюгина Е.Н. Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 155-156
497. Мотов В.В. Судебная психиатрия в американском университете // Российский психиатрический журнал. - № 5, 2003. – С. 34-37
498. Игнатов Ю.Д., Дедков Е.Д., Петрищев Н.Н., Незнанов Н.Г., Борцов А.В. Формирование модели преподавания психолого-психиатрических дисциплин с медицинским ВУЗе // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 157-158
499. Мотов В.В. Психиатрия 21 века. «Демедицинизация» на повестке дня // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 4, 2003. – С. 13-18
500. Куприянова Г.Г. Первое российское совещание главных (старших) медицинских сестер учреждений, оказывающих психиатрическую помощь // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2000. – С. 107
501. Подсеваткин В.Г., Радаева Л.Ю. Роль среднего медицинского персонала при бригадной форме оказания психиатрической помощи в условиях этапного лечения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2000. – С. 108-109
502. Зорин Н.А. Об интерпретации научометрических данных в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 1999. – С. 62-68
503. Покровская И.А., Немцов А.В. Применение статистических методов в научной психиатрии. Сообщение 2. Основы выборочного метода // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 1999. – С. 70-73
504. Судаков С.А. Особенности применения числовых статистических методов для нечисловых данных в задачах психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии. - № 2, 2002. - С. 51-53
505. Кодекс профессиональной этики психиатра от 27 мая 1993
506. Краснов В.Н. Этические проблемы современной российской психиатрии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 3, 2002. – С. 12-17
507. Макаров В. Европейский конгресс «Психотерапия Запада – психотерапия Востока» X итоговая конференция ЕАП // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2001. – С. 6-10
508. Макаров В.В., Кириллов И.О., Чобану И.К. 3 Всемирный конгресс по психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 4, 2002. – С. 9-19
509. Сложная ситуация в отечественной психотерапии // Независимый психиатрический журнал / Вестник НПА. – М. - № 2, 1999. – С. 80
510. Решетников М.М. Почему нам нужно объединяться? (Задачи периода становления) // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 2, 2000. – С. 109-111
511. Макаров В.В. От психотерапии стихийной – к психотерапии профессиональной // Психотерапия. – М. - № 1, 2003. – С. 2
512. Решетников М.М. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии. Опыт Северной Америки (часть 1. Опыт США) // Психотерапия. – М. - № 1, 2003. – С. 47-52
513. Решетников М.М. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии. Опыт Северной Америки (часть 2. Опыт Канады) // Психотерапия. – М. - № 1, 2003. – С. 34-36
514. Решетников М.М. Психотерапия – государственная, страховая, частная? // Психотерапия. – М. - № 9, 2003. – С. 18-20
515. Решетников М.М. Психотерапия – как концепция и как профессия // Психотерапия. – М. - № 8, 2003. – С. 11-16
516. Бурно М.Е. О Комитете по признанию модальностей (методов психотерапии в структуре Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги // Психотерапия. – М. - № 1, 2004. – С. 2-6
517. Федеральный закон от 7 июня 1990 года об осуществлении деятельности по психотерапии (Закон о психотерапии в Австрийской Республике)
518. Проект Закона РФ «О профессиональной психотерапевтической деятельности», 2000
519. Проект Закона РФ «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью», 2000
520. Проект Закона РФ «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью», 2000
521. Проект Закона «О профессиональной психотерапевтической деятельности» ассоциации гуманистической психологии РФ, 2000
522. Кузнецов Ю. Критические замечания к представленным РПА и ППЛ законопроектам о психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 4, 2000. – С. 54-58
523. Тхостов А.Ш. Новое изобретение велосипеда // Московский психотерапевтический журнал. - № 2, 2001. – С. 144-146
- 
-

- 
524. Катков А. Предварительный сравнительный анализ законопроектов «О профессиональной психотерапевтической деятельности» (проект ППЛ) и «О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью» (проект РПА) // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001. – С. 143-164
525. Орлова Е. С точки зрения юридической... // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001. – С. 170-173
526. Михайлова Е. Думать о Законе пора, принимать – рано // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001. – С. 176-179
527. Холмогорова А. Методологические проблемы современной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001. – С. 182-190
528. Приказ МЗ Казахстана № 147 от 31.03.97 «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан»
529. Приказ МЗ Российской Федерации № 438 от 16.09.2003 «О психотерапевтической помощи»
530. Решетников М.М. Обсуждение Приказа МЗ РФ № 438 «О психотерапевтической помощи» // Профессиональная психотерапевтическая газета. - № 3, 2004. – С.1
531. Тукаев Р.Д. Обсуждение Приказа МЗ РФ № 438 «О психотерапевтической помощи» // Профессиональная психотерапевтическая газета. - № 3, 2004. – С.1-2
532. Сгибов В.Н. Обсуждение Приказа МЗ РФ № 438 «О психотерапевтической помощи» // Профессиональная психотерапевтическая газета. - № 3, 2004. – С.2
533. Сгибов В.Н. Обсуждение Приказа МЗ РФ № 438 «О психотерапевтической помощи» // Профессиональная психотерапевтическая газета. - № 3, 2004. – С. 2-3
534. Егоров Б.Е. Обсуждение Приказа МЗ РФ № 438 «О психотерапевтической помощи» // Профессиональная психотерапевтическая газета. - № 3, 2004. – С. 1-3
535. Шатровой О.В. Личностные особенности врачей-психотерапевтов и лиц, обучающихся психотерапии, и их динамика под влиянием последипломного обучения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – № 2, 1995. – С. 88-91
536. Василюк Ф.Е. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса // Вопросы психологии. - № 6, 1998. – С. 40-43
537. Хачатуян А., Седракян С., Вартанян А., Шахвердян Г., Погосян Р., Авакян Т., Берберян А. Квалификационная характеристика специалиста клинического психолога, психолога-психотерапевта, врача-психотерапевта. – 1999
538. Хачатуян А.М., Вартанян А.В. Программа последипломной подготовки психотерапевтов. – Ереван, 1999
539. Макаров В.В., Катков А.Л. Проект образовательного стандарта подготовки профессионального психотерапевта (Республика Казахстан, 2000) // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 6. - № 3, 2000. – С. 18-21
540. Соложенкин В.В. Психологические механизмы личностного роста, факторы препятствия ему и службы психического здоровья // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 6. - № 3, 2000. – С. 41
541. Круглый стол по вопросам преподавания системной семейной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - № 3, 2001. – С. 172-195
542. Криндач В., Соловьева Е. Базовые навыки психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 7. - № 1, 2001. – С. 13-14
543. Макаров В.В. Прошлое и психотерапия новой волны (состояние и перспективы развития кафедры психотерапии и медицинской психологии Российской Медицинской Академии последипломного образования) // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 8. - № 1, 2002. – С. 15-19
544. Перечень специальных дисциплин по курсу «психология» в соответствие с Государственным образовательным стандартом РФ, 1996
545. Перечень специализаций по специальности 020400 «Психология» Министерства общего и специального образования РФ, 1996
546. Перечень специальностей, по которым допускается защита кандидатских и докторских диссертаций (раздел «Психология») в Российской Федерации, 1996
547. Приказ МЗ Республики Казахстан № 321 от 02.07.1992 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения»
548. Мягер В.К., Соловьева С.Л. Опыт преподавания психологии в медицинском ВУЗе // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – № 2, 1995. – С. 95-97
549. Залевский Г.В., Галажинский Э.В., Умняшкина С.В. Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий) // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 68-71
-

- 
- 
550. Аппенянский А. Что теряют медицинские психологи, лишаясь лицензии... // Московский психотерапевтический журнал. - № 4, 2001. – С. 206-207
551. Круглый стол по подготовке клинических психологов // Московский психотерапевтический журнал. - № 4, 2001. – С. 194-195
552. Бондаренко А.Ф. Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика // Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 1993. – С. 63-76
553. Краснова О.В. Программа курса «Методика преподавания психологии» // Психология в ВУЗе. - № 3, 2003. – С. 81-97
554. Усанова О.Н. Специальная психология в системе практической психологии образования // Психология в ВУЗе. - № 3, 2003. – С. 64-80
555. Осоков В.П., Перельгина Е.Б., Фадеев В.В. Имидж профессии психолога как мотив профессионального выбора // Мир психологии. – октябрь-декабрь, 2003. – С. 151-159
556. Линде Н.Д. Современные психотерапевтические школы и подготовка психосоциальных работников и практических психологов // Вестник психосоциальной коррекционно-реабилитационной работы. - № 1, 1998. – С. 3-9
557. Беличева С.А. Проблемы подготовки в России специалистов по психосоциальной работе // Вестник психосоциальной коррекционно-реабилитационной работы. - № 3, 2000. – С. 3-10
558. Бершедова Л.И. Подготовка практических психологов образования в Карельском государственном педагогическом университете // Психология в ВУЗе. - № 3, 2003. – С. 98-101
559. Митин А.И. Субъект профессиональной деятельности в проблемном плане акмеологии // Мир психологии. – октябрь-декабрь, 2003. – С. 146-151
560. Солдатенкова М.Л. Практикумы как необходимое звено в системе подготовки будущих педагогов-психологов // Психология в ВУЗе. - № 3, 2003. – С. 118-121
561. Рубцов В.В. Служба практической психологии образования: современное состояние и перспективы развития // Вопросы психологии. - № 6, 2003. – С. 32-39
562. Хрусталева Т.М., Доманова Е.Е. Специальные способности в структуре деятельности учителей-предметников // Вопросы психологии. - № 3, 2003. – С. 53-65
563. Немов Р.С. Основы психологического консультирования / Учебный план и программа курса. – М.: Флинта, 1998. – 40 с.
564. Международный стандарт психологических дисциплин, составляющих содержание научно-практического направления «Психология», 1996
565. Тренинговые стандарты для Европейской сертификации консультанта, 2000
566. Этический кодекс психолога службы практической психологии образования России

---

---

## **РЕЗЮМЕ**

### **АНАЛИЗ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИОННОГО СТАНДАРТА, ДЕЙСТВУЮЩЕГО В СЛУЖБАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (СООБЩЕНИЕ 1)**

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

В статье А.Л.Каткова, Г.Х.Айбасовой «Анализ и экспертная оценка квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья Республики Казахстан (сообщение 1)» приводятся основные сведения о фактической представленности стандарта спецификации специалистов, действующих в сфере психического здоровья Республики Казахстан. В частности, выявлено несоответствие нормативно-требуемой и фактической представленности спецификации специалистов в рассматриваемом секторе. Делаются выводы о необходимости совершенствования стандарта профессиональной спецификации.

Ключевые слова: стандарт, профессиональная спецификация, специалисты, действующие в службах психического здоровья.

### **АНАЛИЗ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИОННОГО СТАНДАРТА, ДЕЙСТВУЮЩЕГО В СЛУЖБАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (СООБЩЕНИЕ 2)**

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

В статье А.Л.Каткова, Г.Х.Айбасовой «Анализ и экспертная оценка квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья Республики Казахстан (сообщение 2)» приводятся основные сведения о фактической представленности стандарта квалификационных требований, действующих в сфере психического здоровья Республики Казахстан. В частности, выявлено несоответствие нормативно-требуемой и фактической представленности квалификационных требований в рассматриваемом секторе. Делаются выводы о необходимости совершенствования стандарта квалификационных требований.

Ключевые слова: стандарт, квалификационные требования, специалисты, действующие в службах психического здоровья.

### **АНАЛИЗ СТАНДАРТА МОНИТОРИНГА В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

В статье А.Л.Каткова, Г.Х.Айбасовой «Анализ стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан» приводятся основные сведения о действующем стандарте мониторинга в сфере психического здоровья населения РК. Анализируется степень соответствия рассматриваемым современным требованиям. Делаются выводы о необходимости совершенствования стандарта мониторинга.

### **КОНЦЕПЦИЯ И МОДЕЛЬ СИСТЕМНО-РАЗВИВАЮЩЕГО СТАНДАРТА В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

Авторами статьи «Концепция и модель системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья» приводятся основные концептуальные положения, касающиеся новых подходов в регулировании деятельности

---

---

служб психического здоровья, достижения высоких уровней социального здоровья в Республике Казахстан. При этом выделяются 6 стандартных блоков, взаимодействующих по системно-функциональному принципу, подробно описанному в соответствующих разделах статьи. Авторами разрабатывается как общее понятие системно-развивающего стандарта, так и конкретное определение стандарта в соответствующих спектрах деятельности служб психического здоровья. В заключении подробно разбираются механизмы общего повышения эффективности в деятельности служб психического здоровья за счет использования и широкомасштабного внедрения обсуждаемой концепции.

## **ИНТЕГРАТИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ**

В.В.Макаров, Р.Д.Тукаев

Интегративное движение в психотерапии представлено тремя важными направлениями: интеграция на государственном уровне, интеграция на уровне профессиональных сообществ и интеграция на уровне концепций психотерапии и терапевтической практики.

Мы считаем мультимодальность, интегративность основным, магистральным путем развития психотерапии XXI века. Ведь стремление максимально полно использовать потенциал психотерапии, по сути дела, не оставляет нам других столь же перспективных возможностей. Мультимодальная психотерапия в России ещё не сложилась. Она формируется в последние годы с нашим участием и нашими усилиями!

## **РАССМОТРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИСТЕМНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИИ ЭМПИРИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПОНИМАНИИ С.ГРОФА**

В.Б.Гурвич

Разгрузочно-диетическая терапия как комплексный метод, включающий биологическое и психотерапевтическое воздействия, расценивается отечественными авторами как «стрессогенный» (мягкий пролонгированный терапевтический стресс); как способ тренировки, активации и преодоления резистентности вследствие системных сдвигов, связанных с адаптацией; как метод психофизиологического воздействия. Сопровождается закономерной глобальной перестройкой метаболизма при переключении организма на эндогенное питание и на возобновление экзогенного питания с существенной динамикой биохимических, гормональных, иммунобиологических, физиологических структур, трансформацией личности.

Предпринятый нами предварительный сравнительный анализ основных положений и принципов эмпирических подходов в психотерапии с точки зрения С.Грофа и в комплексе разгрузочно-диетической терапии, особенностей динамики состояния лиц, подвергающихся холотропной терапии и лечебному голоданию, выявляет, на наш взгляд, много общего в этих двух методах по целому ряду признаков.

## **КООПЕРАТИВНО-ИМПЕРАТИВНЫЙ ГИПНОЗ**

Ю.П.Гуцалов, Л.К.Ушкац, А.И.Найденов, А.И.Ткачев, О.Ю.Дробитько

Кооперативно-императивный гипноз является более эффективным, чем собственно мягкий (кооперативный) или императивный (директивный) методы гипноза. Поскольку кооперативно-императивное внушиение основано на взаимоотношении «врач-больной», то восприятие установок, направленных на достижение определенных терапевтических целей, является более экологичным и мягким, что ведет к стойкому закреплению терапевтического (лечебного) результата и возникновению стойкого эффекта.

---

---

## **НООЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

Ю.П.Гуцалов, Л.К.Ушкац, В.А.Ушкац, Е.В.Бридихина, Т.А.Гуторова

Ноология – это наука о духовной сути человека. Взаимоотношения врач-больной обеспечивает беспрепятственное (как) потребное обретение «ноологических ценностей» (разумности, нравственности, ответственности), как духовно-энергетического потенциала личности больного в его борьбе с пороками, патологиями. Изречение «в здоровом теле здоровый дух» следует в практике врача определять продолжением «в здоровой душе здоровый дух» (т.е. здоровый образ жизни).

### **ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ МУЗЫКОТЕРАПИЮ**

Н.Н.Свидро

Музыкотерапия действительно может помочь нашим пациентам, поэтому должна являться вариантом выбора при работе психотерапевта. Многочисленные неклинические публикации, в последнее время, внесли определенный хаос в работу с музыкой и усложнили понимание музыкотерапии, как одного из направлений именно клинической психотерапии. В этой статье я постарался собрать вопросы, которые чаще всего вызывают интерес у практического клинициста-психотерапевта в связи с темой музыкотерапия. Ответы на них помогут упорядочить знания и добавить еще один действенный метод в арсенал многих практиков.

### **СПЕЦИФИКА Я-КОНЦЕПЦИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ НАЦИЙ КАК ОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОВЕРИЯ В СИСТЕМЕ «ПСИХОТЕРАПЕВТ-КЛИЕНТ»**

Н.Ю.Хусаинова

Я-концепция – уникальный феномен, фиксирующий меру и качество представленности человека в мире, является совокупностью представлений человека о самом себе, сопряженных с самооценкой. Я-концепция выполняет множество функций, среди которых особое место занимает способность Я-концепции сохранять самоу себя и допускать в сознание человека только ту информацию, которая согласуется с ней как в осознаваемых, так и неосознаваемых ее аспектах.

В этом контексте представляет особый интерес исследование специфики функционирования четырех основных условий возникновения доверия между клиентом и психотерапевтом, описанных К.Роджерсом, а именно конгруэнтности, эмпатии, безусловно, позитивного отношения к клиенту и принятия психологом самого себя. Данный аспект исследования возник в связи с обнаруженным в совместной с Хафизовой Д. работе различием Я-концепций у студентов трех наций – татар, русских и евреев, проживающих в г. Казани. Возраст студентов 17-25 лет.

### **АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Г.Х.Айбасова

В статье Г.Х.Айбасовой «Анализ базисных элементов и содержания стандарта первично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан» приводятся основные сведения о действующем стандарте первично-профилактических услуг в сфере психического здоровья населения РК. Анализируется степень соответствия данного стандарта современным требованиям. Делаются выводы о необходимости совершенствования стандарта первично-профилактических услуг.

---

---

## **АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ВТОРИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Г.Х.Айбасова

В статье Г.Х.Айбасовой «Анализ базисных элементов и содержания стандарта вторично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан» приводятся основные сведения о действующем стандарте вторично-профилактических услуг в сфере психического здоровья населения РК. Анализируется степень соответствия данного стандарта современным требованиям. Делаются выводы о необходимости совершенствования стандарта вторично-профилактических услуг.

## **АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ТРЕТИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Г.Х.Айбасова

В статье Г.Х.Айбасовой «Анализ базисных элементов и содержания стандарта третично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан» приводятся основные сведения о действующем стандарте третично-профилактических услуг в сфере психического здоровья населения РК. Анализируется степень соответствия данного стандарта современным требованиям. Делаются выводы о необходимости совершенствования стандарта третично-профилактических услуг.

## **АНАЛИЗ БАЗИСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И СОДЕРЖАНИЯ СТАНДАРТА ЭКСПЕРТНЫХ УСЛУГ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Г.Х.Айбасова

В статье Г.Х.Айбасовой «Анализ базисных элементов и содержания стандарта экспертных услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан» приводятся основные сведения о действующем стандарте экспертных услуг в сфере психического здоровья населения РК. Анализируется степень соответствия данного стандарта современным требованиям. Делаются выводы о необходимости совершенствования стандарта экспертных услуг.

## **О НЕКОТОРЫХ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ**

Р.Г.Илешева, Л.Е.Базарбаева, Б.А.Шахметов, Р.К.Тулькубаева

Деятельность СПЭК в Республике Казахстан нуждается в ее реорганизации с учетом ее функционирования в новых условиях РНПЦПН.

При сохранении преобладания АСПЭК необходимо увеличение числа коек для проведения экспертиз стражных испытуемых.

Требует своего разрешения систематическая профессиональная подготовка и переподготовка врачей - судебных экспертов, в том числе подростковых судебных психиатров.

Насущным является вопрос улучшения качества уголовных дел, представляемых врачам-экспертам психиатрам на экспертизу.

---

---

## **ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕРОИНА ПРИ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМ (РИСПЕРИДОН) И КЛАССИЧЕСКИМ (ГАЛОПЕРИДОЛ) НЕЙРОЛЕПТИКАМИ**

Р.М.Кошегулова, А.В.Грузман

В данной работе описывается опыт применения нейролептиков рисперидона и галоперидола при лечении больных героиновой наркоманией. Приводятся результаты двойного слепого рандомизированного клинического испытания данных препаратов в сравнительном аспекте у больных героиновой наркоманией в abstinentном синдроме и постабстинентном состоянии. Выделены параметры определения клинико-психопатологических проявлений героиновой наркомании, при которых выявлена наибольшая эффективность рисперидона. В связи с его относительной безопасностью и сравнительно малым количеством побочных эффектов, препарат推薦ован как для стационарного, так и для амбулаторного лечения.

## **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ У ЛИЦ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ**

А.Н.Саренко, Г.М.Кудьярова, Б.Б.Джарбусынова

Правильная клиническая квалификация состояний алкогольного опьянения имеет большое значение, ибо диагностика и ограничение патологического опьянения, исключающего вменяемость, от простого опьянения, не освобождающего обвиняемого от судебной ответственности, является одной из актуальных задач судебно-психиатрической экспертизы.

Затруднения при разграничении этих состояний объясняются наличием общих симптомов, как для патологического, так и для простого алкогольного опьянения.

В этом аспекте особенно актуальным является решение вопроса о том, какое значение следует придавать "болезненной почве", в частности, остаточным явлениям травматического повреждения головного мозга.

## **СЦЕНАРИИ И ИГРЫ ПРОФЕССИОНАЛОВ, РАБОТАЮЩИХ С ЗАВИСИМОСТЯМИ**

Е.В.Прокофьева

В статье проанализирован фактор так называемой профессиональной «тропности» в наркологической практике, т.е. часто встречающуюся склонность к злоупотреблению алкоголем самих специалистов, работающих с зависимыми.

При анализе данного явления обращает на себя внимание тот факт, что при схожести общих тенденций и первопричин, приводящих к алкоголизму, как у самих пациентов, так и у лечащих их, имеется достаточно выраженное различие в степени проявления сценарных игр и того, как они варьируются в ходе психотерапевтического процесса.

## **АНАЛИЗ СОВЕРШЕННЫХ СУИЦИДНЫХ ПОПЫТОК ПО ДАННЫМ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 1 ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. АСТАНЫ ЗА 2001-2002 Г.Г.**

В.И.Беда, Г.Н.Башинская

Было осмотрено 668 больных, поступивших в отделение токсикологии. Большая часть пациентов имела различные виды депрессивных расстройств, основная группа пациентов находилась в возрасте до 30 лет. Тяжесть и выраженность психической и соматической патологии требовала совместных усилий в оказании помощи пациентам врачами интернистами, психиатрами, психотерапевтами.

---

## **АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

А.В.Грузман, В.И.Паксютов, И.А.Доценко

Центром медико-социальной реабилитации детей проводилась работа в течение ряда лет по выявлению детей с последствиями поражения ЦНС в возрасте 4 года.

Цель данной работы – активное выявление группы риска с пограничными расстройствами в раннем возрасте и оказание профилактической и лечебной помощи данному контингенту.

В задачи нашей работы входило выявление и составление списков группы риска с последующим приглашением в Центр по достижению 4-х летнего возраста для всестороннего обследования и оказания лечебной и профильной помощи.

## **КЛИНИКО-ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА**

Е.А.Корабельникова

Несмотря на разноплановость и противоречивость взглядов на этиопатогенез невротических расстройств, по признанию всех теоретических школ и учений интрапсихический конфликт является краеугольным камнем невротического состояния. Существующие в настоящее время данные отечественной и зарубежной литературы, относящихся к данной проблеме и результаты наших исследований позволили нам предложить классификацию невротического конфликта в зависимости от типа осознания.

Сравнительный клинико-психо-физиологический анализ пациентов с различными типами конфликтов, выделенных нашей классификацией, показал, что тип осознания формировал определенные клинико-психологические корреляции. В частности, 1-й тип конфликта (осознание идеального образа) свойственен преимущественно демонстративным личностям с высоким агрессивным потенциалом, склонностью к обвинению окружающих в своих проблемах, в клинической картине которых преобладала функционально – неврологическая симптоматика. Для пациентов со 2-м типом осознания конфликта (осознание реальных факторов как возможного источника негативных переживаний) были свойственны тревожный тип акцентуации, склонность к самообвинению и доминирование в клинике обсессивно-фобических и нейрогенных синкопальных проявлений. Личности с 3-м типом осознания конфликта (осознание дистанции между реальными и идеальными факторами) характеризовались педантичной акцентуированностью, смешанным типом фрустрационного реагирования и клинической реализацией в виде ГБН и ПА.

Вышесказанное приводит нас к заключению об особой значимости психологического конфликта, его характера и структуры в определении не только того или иного клинико-патогенетического варианта формирования невротического состояния, но и его степени тяжести.

## **ИНТЕРПРЕТАЦИИ СИМВОЛА КАК СРЕДСТВО ДИАГНОСТИКИ ПСИХИКИ**

Н.Осипова

г. Москва

Психотерапевты уже более двух веков сознательно прибегают к интерпретации фантазий своих пациентов с целью диагностики личностных комплексов и внутренних конфликтов, а также проводя терапию, направленную на высвобождение блокируемой психической энергии. Анализ сновидений, метод активного воображения, символдрама, сказкотерапия - вот тот неполный перечень современных средств работы с бессознательным, где максимальное использование возможностей символа проявляется в полной мере.

Мир символов завораживает психологов-исследователей своей глубиной и многогранностью. В использовании пациентами символов, как в зеркале отражены конкретные проблемы человека, но отражение их напоминает ребус, который может быть разгадан только при определенной практике и тренировке. От психотерапевта в ситуации интерпретации продукта творческого воображения требуется великолепная интуиция, широкий кругозор, а также знакомство с личной судьбой каждого из своих пациентов и стремление вместе с ними доходить до истоков конфликта.

---

---

**ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ И ПРИНЦИПЫ НОРМАТИВНОГО  
РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

Г.Х.Айбасова

В статье Г.Х.Айбасовой «Основные тенденции развития и принципы нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья в мировой практике (литературный обзор)» приводятся сведения об основных тенденциях развития службы психического здоровья в мире. Исследуются основные тенденции научных исследований в психиатрии, психотерапии, клинической психологии. Особый акцент делается на способах нормативного регулирования деятельности рассматриваемых служб. Делаются выводы о необходимости разработки системно-развивающих стандартов в сфере психического здоровья.

Ключевые слова: служба психического здоровья, тенденции развития, научные исследования, нормативное регулирование.

---

---

## SUMMARIES

### **THE ANALYSIS AND EXPERT ESTIMATION OF THE QUALIFYING STANDARD WORKING IN MENTAL HEALTH SERVICES OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (MESSAGE 1)**

A.L.Katkov, G.H.Aibasova

In A.L.Katkov's, G.H.Aibasova's article «The analysis and an expert estimation of the qualifying standard working in mental health services of Republic of Kazakhstan (message 1)» are resulted the basic data about actual presentness of the standard of the specification of the experts working in sphere of mental health of Republic of Kazakhstan. In particular, discrepancy normative-required and actual presentness specifications of experts in considered sector is revealed. Are drawn conclusions on necessity of perfection of the standard of the professional specification.

Key words: standard, professional specification, experts working in mental health services.

### **THE ANALYSIS AND EXPERT ESTIMATION OF THE QUALIFYING STANDARD WORKING IN MENTAL HEALTH SERVICES OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (MESSAGE 2)**

A.L.Katkov, G.H.Aibasova

In A.L.Katkov's, G.H.Aibasova's article «The analysis and an expert estimation of the qualifying standard working in mental health services of Republic of Kazakhstan (message 2)» are resulted the basic data about actual presentness of the standard of the qualifying requirements working in sphere of mental health of Republic of Kazakhstan. In particular, discrepancy normativ-required and actual presentness of qualifying requirements in considered sector is revealed. Are drawn conclusions on necessity of perfection of the standard of qualifying requirements.

Key words: standard, qualifying requirements, experts working in mental health services.

### **THE ANALYSIS OF THE STANDARD OF MONITORING IN SPHERE OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

A.L.Katkov, G.H.Aibasova

In A.L.Katkov's, G.H.Aibasova's article «The analysis of the standard of monitoring in sphere of mental health of the population of Republic of Kazakhstan» the basic data on working standard of monitoring in sphere of mental health of RK population are resulted. The degree of conformity to considered modern requirements is analyzed. Are drawn conclusions on necessity of perfection of the standard of monitoring.

### **THE CONCEPT AND MODEL OF СИСТЕМНО-DEVELOPING STANDARD IN SPHERE OF MENTAL HEALTH**

A.L.Katkov, G.H.Aibasova

By authors of the article «The Concept and model of system-developing standard in sphere of mental health» are resulted the basic conceptual positions concerning new approaches in regulation of activity of mental health services, achievement of high levels of social health in Republic of Kazakhstan. Thus are allocated 6 standard blocks cooperating by a system-functional principle, in detail described in the appropriate sections of the article.

---

---

---

---

It is developed by authors both the general concept of system-developing standard, and concrete definition of the standard of the appropriate spectra of activity of mental health services. In the conclusion mechanisms of the general increase of efficiency in detail understand activity of mental health services due to use and large-scale introduction of the discussed concept.

## **INTEGRATIVE MOVEMENT IN PSYCHOTHERAPY**

V.V.Makarov, R.D.Tukaev

Integrative movement in psychotherapy is submitted by three important directions: integration at the state level, integration at a level of professional communities and integration at a level of concepts of psychotherapy and therapeutic practice.

We count multimodality, integrativness are the basic, main way of development of psychotherapy of XXI century. You see aspiration maximum full to use potential of psychotherapy, as a matter of fact, does not leave to us other so perspective opportunities. The multimodal psychotherapy in Russia has not developed yet. It is formed last years with our participation and our efforts!

## **CONSIDERATION OF CLINICAL SYSTEM PSYCHOTHERAPY IN A COMPLEX OF FASTING-DIETARY THERAPY FROM A STAND OF THE EMPIRICAL APPROACH IN S.GROFA'S UNDERSTANDING**

V.B.Gurvich

Fasting-dietary therapy as the complex method including biological and psychotherapeutic influences, is regarded by domestic authors as «stressogenic» (soft prolonged therapeutic stress); as a way of training, activation and overcoming of resistance owing to the system shifts connected to adaptation; as a method of psychophysiological influence. It is accompanied by natural global reorganization of a metabolism at switching an organism on endogenous feed and on renewal endogenous feed with essential dynamics of biochemical, hormonal, immunobiological, physiological structures, transformation of the personality.

The preliminary comparative analysis of substantive provisions undertaken by us and principles of empirical approaches in psychotherapy from S.Grofa's point of view and in a complex of fasting-dietary therapy, features of dynamics of a condition of the persons, exposed to holotropic therapy and medical starvation, reveals, in our opinion, much in common in these two methods on a lot of attributes.

## **COOPERATIVE-IMPERATIVE HYPNOSIS**

J.P.Gutsalov, L.K.Ushkats, A.I.Naidenov, A.I.Tkachev, O.Yu.Drobit'ko

Cooperative-imperative hypnosis is more effective, than actually soft (cooperative) or imperative (directive) methods of hypnosis. As cooperative-imperative suggestion is based on mutual relation «doctor-patient» the perception of the installations directed on achievement of the certain therapeutic purposes, is more harmless and soft, that conducts to proof fastening therapeutic (medical) result and occurrence of proof effect.

## **NOOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY**

J.P.Gutsalov, L.K.Ushkats, V.A.Ushkats, E.V.Bridihina, T.A.Gutorova

Noology is a science about spiritual essence of the man. Mutual relation doctor-patient provides unobstructed (as) required finding «noological values» (rationality, morals, responsibility), as spiritual-energy potential of the personality of the patient in his struggle against defects, pathologies. Saying «a sound mind in a sound body» is necessary to define in practice of the doctor continuation «in healthy soul a sound mind» (i.e. healthy life style).

---

---

---

---

## **INTRODUCTION IN CLINICAL MUSIC THERAPY**

N.N.Svidro

Musicotherapy really can help our patients, therefore should be variant of a choice at psychotherapist work. Numerous not clinical publications, recently, have brought in the certain chaos to work with music and have complicated understanding of musicotherapy, as one of directions of clinical psychotherapy. In this article author have tried to collect questions which cause interest in the practical clinical psychotherapist in connection with a theme of musicotherapy more often. Answers to them will help to order knowledge and to add one more effective method in an arsenal of many experts.

### **SPECIFICITY OF THE SELF-CONCEPT OF REPRESENTATIVES OF THE DIFFERENT NATIONS AS THE BASIS OF RESEARCH OF TRUST IN SYSTEM «PSYCHOTHERAPIST-CLIENT»**

N.Yu.Husainova

The self-concept - the unique phenomenon fixing a measure and quality of presentness of the person in the world, is set of representations of the person about itself, connected with a self-estimation. The self-concept carries out set of functions among which a special place occupies ability of the self-concept to keep itself and to suppose in consciousness of the person only that information which will be coordinated to it as in realized, and its not realized aspects.

In this context represents special interest research of specificity of functioning of four basic conditions of occurrence of trust between client and psychotherapist, described by K.Roger, namely congruence, to an empathy, certainly, the positive attitude to the client and acceptance by the psychologist of himself. The given aspect of research has arisen in connection with found out in work combined with D.Hafizova as distinction of self-concepts at students of three nations - Tatars, Russian and the Jews living in Kazan. Age of students of 17-25 years.

### **THE ANALYSIS OF BASIC ELEMENTS AND MAINTENANCES OF THE STANDARD OF THE PRIMARY-PREVENTIVE SERVICES SOLD BY SERVICES OF MENTAL HEALTH OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

G.H.Aibasova

In G.H.Aibasova's article «The analysis of basic elements and maintenances of the standard of the primary-preventive services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan» are resulted the basic data on working standard of primary-preventive services in sphere of mental health of RK population. The degree of conformity of the given standard to modern requirements is analyzed. Are drawn conclusions on necessity of perfection of the standard of primary-preventive services.

### **THE ANALYSIS OF BASIC ELEMENTS AND MAINTENANCES OF THE STANDARD OF THE SECONDARY-PREVENTIVE SERVICES SOLD BY SERVICES OF MENTAL HEALTH OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

G.H.Aibasova

In G.H.Aibasova's article «the Analysis of basic elements and maintenances of the standard of the secondary-preventive services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan» are resulted the basic data on working standard of secondary-preventive services in sphere of mental health of RK population. The degree of conformity of the given standard to modern requirements is analyzed. Are drawn conclusions on necessity of perfection of the standard of secondary - preventive services.

---

---

## **THE ANALYSIS OF BASIC ELEMENTS AND MAINTENANCES OF THE STANDARD OF THE TERTIARY-PREVENTIVE SERVICES SOLD BY SERVICES OF MENTAL HEALTH OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

G.H.Aibasova

In G.H.Aibasova's article «The analysis of basic elements and maintenances of the standard of the tertiary-preventive services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan» are resulted the basic data on working standard of tertiary-preventive services in sphere of mental health of RK population. The degree of conformity of the given standard to modern requirements is analyzed. Are drawn conclusions on necessity of perfection of the standard of tertiary - preventive services.

---

## **THE ANALYSIS OF BASIC ELEMENTS AND MAINTENANCES OF THE STANDARD OF THE EXPERT SERVICES SOLD BY SERVICES OF MENTAL HEALTH OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

G.H.Aibasova

In G.H.Aibasova's article «The analysis of basic elements and maintenances of the standard of the expert services sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan» are resulted the basic data on working standard of expert services in sphere of mental health of RK population. The degree of conformity of the given standard to modern requirements is analyzed. Are drawn conclusions on necessity of perfection of the standard of expert services.

---

## **ABOUT SOME ACTUAL PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF FORENSIC PSYCHIATRIC ACTIVITY IN KAZAKHSTAN**

R.G.Ilesheva, L.E.Bazarbaeva, B.A.Shahmetov, R.K.Tul'kubaeva

Forensic psychiatric activity in Republic of Kazakhstan requires its reorganization in view of its functioning in new conditions of Republican Center.

Regular vocational training and retraining of doctors-judicial experts, including adolescent judicial psychiatrists demands the sanction.

The question of improvement of quality of the criminal cases, represented to doctors - experts to psychiatrists for examination is essential.

---

## **RESEARCH OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL DISPLAYS OF DEPENDENCE ON HEROIN AT THERAPY ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC DRUG (RISPERIDON) AND CLASSICAL (HALOPERIDOL) ANTIPSYCHOTIC DRUG**

R.M.Koshchegulova, A.V.Gruzman

In the given work experience of application of antipsychotic drug risperidon and haloperidol is described at treatment of patients with heroin addiction. Results of double blind randomized clinical test of the given preparations in comparative aspect at patients with heroin addiction in an abstinence syndrome and a postabstinence condition are resulted. Parameters of definition of clinical-psychopathological displays of heroin addictions at which the greatest efficiency of risperidon is revealed are allocated. In connection with its relative safety and rather small quantity of by-effects, the preparation is recommended both for stationary, and for out-patient treatment.

---

---

---

---

## **FORENSIC PSYCHIATRIC ESTIMATION OF SIMPLE ALCOHOLIC INTOXICATION AT PERSONS WITH CRANIOCEREBRAL TRAUMAS**

A.N.Sarenko, G.M.Kud'yarova, B.B.Dzharbusynova

Correct clinical qualification of conditions of alcoholic intoxication is of great importance, for diagnostics and delimit of pathological intoxication excluding responsibility, from the simple intoxication which are not releasing accused from judicial responsibility, is one of actual problems of forensic psychiatric examination.

Difficulties at differentiation of these conditions speak presence of the general symptoms, both for pathological, and for simple alcoholic intoxication.

In this aspect the decision of a question on is especially actual it is necessary to give what value to «unhealthy ground», in particular, to the residual phenomena of traumatic damage of a brain.

## **SCRIPTS AND GAMES OF THE PROFESSIONALS WORKING WITH DEPENDENCES**

E.V.Prokof'eva

In article the factor so-called professional «tropness» in narcological practice, i.e. frequently meeting propensity to abusing alcohol of the experts working with dependent is analysed.

At the analysis of the given phenomenon the attention that fact pays to itself, that at similarity of the general tendencies and the original causes resulting to alcoholism, both patients, and at treating them, have expressed enough distinction in a degree of script games display and how they vary during psychotherapeutic process.

## **THE ANALYSIS OF THE PERFECT SUICIDAL ATTEMPTS ACCORDING TO TOXICOLOGICAL BRANCH OF 1 CITY CLINICAL HOSPITAL OF ASTANA FOR 2001-2002 Г.Г.**

V.I.Beda, G.N.Bashinskaya

668 patients were examined in the toxicology department. Most of the patients have different kind of depression state. The main group of the patients is at the age of 30 years old. Dangerous and expression of mental and somatic pathology needs concerted action in the giving help to the patients by therapeutists, psychiatrists, psychotherapeutists.

## **THE ANALYSIS OF WORK OF THE CENTRE OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH PSYCHONEUROLOGICAL DISTURBANCES ON EARLY REVEALING CHILDREN WITH BOUNDARY PSYCHONEUROLOGICAL DISTURBANCES**

A.V.Gruzman, V.I.Paksyutov, I.A.Dotsenko

The centre of medico-social rehabilitation of children carried out work for a number of years on revealing children with consequenceses of CNS lesions in the age of 4 years.

The purpose of the given work is active revealing of group of risk with boundary disorders at early age and rendering of a preventive and medical aid to the given contingent.

Problems of our work included revealing and drawing up of lists of group of risk with the subsequent invitation into the Centre on achievement of 4 years age for all-round inspection and rendering of a medical and profile aid.

---

## **CLINICAL-PSYCHO-PHYSIOLOGIC CORRELATORS OF THE NEUROTIC CONFLICT**

---

E.A.Korabel'nikova

Despite of multiplanned and discrepancy of sights on aetopathogenesis of neurotic disorders, on a recognition of all theoretical schools and doctrines the intrapsychic conflict is a corner stone of a neurotic condition. Existing now given the domestic and foreign literature, concerning to and results of our researches have allowed us to offer the given problem classification of the neurotic conflict depending on type of comprehension.

Comparative clinical-psycho-physiologic analysis of patients with various types of the conflicts allocated with our classification, has shown, that the type of comprehension formed the certain clinical-psychological correlations. In particular, 1-st type of the conflict (comprehension of an ideal image) is peculiar to mainly demonstrative persons with high aggressive potential, propensity to accusation of associates in the problems in which clinical picture prevailed functionally - a neurologic symptomatology. For patients with 2-nd type of comprehension of the conflict (comprehension of real factors as possible source of negative experiences) propensity to self-accusation and domination in clinic of obsessional-phobial and neurogenic syncopal displays were peculiar disturbing type of accentuaty. Persons with 3 - d type of comprehension of the conflict (comprehension of a distance between real and ideal factors) were characterized pedantic accentuaty, the mixed type frustration.

The aforesaid results us in the conclusion about special the importance of the psychological conflict, its character and structure in definition not only this or that clinical-pathogenetic variant of formation of a neurotic condition, but also its degree of weight.

## **INTERPRETATIONS OF A SYMBOL AS MEANS OF DIAGNOSTICS OF MENTALITY**

N.Osipova

Psychotherapists already more than two centuries meaningly resort to interpretation of imaginations of the patients with the purpose of diagnostics of personal complexes and internal conflicts, and also carrying out the therapy directed on liberation of blocked mental energy. The analysis of dreams, a method of active imagination, a symboldrama, and taletherapy - that incomplete list of modern means of work with unconscious where maximal use of opportunities of a symbol is shown to the full.

The world of symbols bewitches psychologists-researchers the depth and the many-sided. In use by patients of symbols as in a mirror concrete problems of the person are reflected, but reflection of them reminds a rebus which can be solved only at the certain practice and training. From psychotherapist in a situation of interpretation of a product of creative imagination the magnificent intuition, a wide outlook is required, and also acquaintance to personal destiny of each of the patients and aspiration together with them to reach sources of the conflict.

## **THE BASIC TENDENCIES OF DEVELOPMENT AND PRINCIPLES OF NORMATIVE REGULATION OF ACTIVITY OF SERVICES OF MENTAL HEALTH IN WORLD PRACTICE (THE LITERARY REVIEW)**

G.H.Aibasova

In G.H.Aibasova's article «The basic tendencies of development and principles of normative regulation of activity of services of mental health in world practice» are resulted data on the basic tendencies of development of services of mental health in the world. The basic tendencies of scientific researches in psychiatry, psychotherapy, clinical psychology are investigated. The special accent is done on ways of normative regulation of activity of examined services. Are drawn conclusions on necessity of development of system-developing standards for sphere of mental health.

Key words: mental health service, tendency of development, scientific researches, normative regulation.