

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том X

№ 1

2004

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М.Асимов (Алматы); профессор Н.А.Бохан (Томск); профессор М.Е.Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х.Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж.А.Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.Ю.Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р.Г.Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н.А.Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р.Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М.Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е.Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х.Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Х.А.Сагын (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.В.Соложенкин (Бишкек); кандидат медицинских наук Л.А.Степанова (Томск); М.З.Таргакова (Алматы); профессор, доктор медицинских наук Н.К.Хамзина (Астана).

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

Республики Казахстан

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

Журнал основан в 1995 году

Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.

Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39

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
№ 1
2004 год

<i>V съезд Профессиональной Психотерапевтической Лиги 14-15 мая 2003 года. Тезисы ежегодного отчётного доклада президента Профессиональной Психотерапевтической Лиги съезду Лиги.</i>	9-13
<i>Катков А.Л., Макаров В.В.</i>	
Выходя из последней двери последнего вагона... (к вопросу о концепции развития психотерапии на постсоветском пространстве)	13-21
ПСИХОТЕРАПИЯ	
<i>Ахундженова И.Ю., Ахундженов М.М., Козинская Т.И., Рубцова Е.Н.</i>	
Некоторые аспекты психотерапевтического подхода к онкобольным на различных этапах лечебно-диагностического процесса	22-23
<i>Белянская О.В., Калмыкова И.Ю., Ушаков А.Н.</i>	
Место эриксоновской терапии в лечении тревожных расстройств	24
<i>Даренский И.Д.</i>	
Создание и экспертиза психотерапевтических программ	24-28
<i>Корабельникова Е.А.</i>	
Психотерапия инсомний у детей с психогенными расстройствами	28-31
<i>Курильченко Н.</i>	
Игра как средство системной семейной психотерапии с использованием марионеток. Конспект занятий с психологами-практиками, изучающими методы психотерапии.	31-37
<i>Катков А.Л., Айбасова Г.Х.</i>	
Анализ действующего организационного стандарта в системе специализированной психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан	37-41
<i>Петрова Е.А.</i>	
Имиджелогия и практика современного имиджконсультирования	41-43
<i>Прокудин В.Н.</i>	
Организация психотерапевтической помощи в Московской ГКБ № 36 и анализ распространенности, клиники и терапии психических расстройств у соматических больных	43-46
<i>Шевелёва Е.Г.</i>	
Новые акценты в понимании фиксированных эмоциональных установок в транзактном анализе	46-48
ПСИХИАТРИЯ	
<i>Айбасова Г.Х.</i>	
К организационному стандарту в сфере психического здоровья населения	49-50

выходит
4 раза в год

<i>Айбасова Г.Х.</i>	
К стандарту мониторинга психического здоровья населения	50-56
<i>Айбасова Г.Х.</i>	
К стандарту профессиональной спецификации в сфере психического здоровья	56-58
<i>Айбасова Г.Х.</i>	
К стандарту услуг сектора первичной профилактики, реализуемых службами психического здоровья в Республике Казахстан	58-61
<i>Айбасова Г.Х.</i>	
К стандарту услуг сектора вторичной профилактики, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан	61-66
<i>Айбасова Г.Х.</i>	
Анализ действующего организационного стандарта в системе специализированной психиатрической помощи населению Республики Казахстан	66-77
<i>Дюсембеков В.Н., Фонарёва Н.Н., Жук Т.П., Иванцов Ю.А.</i>	
Вопросы принудительного лечения в условиях круглосуточного стационара	78
<i>Дюсембеков В.Н., Иванцов Ю.А., Фонарёва Н.Н., Иванцов В.Ю., Дюсембеков Р.В.</i>	
Особенности реабилитации психически больных в условиях дневного стационара	79
<i>Илешиева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Бабыкпаева А.Т.</i>	
О неразрешенных аспектах вопроса об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость	80

НАРКОЛОГИЯ

<i>Алтынбеков С.А.</i>	
К определению квалификационного стандарта врачей наркологов, действующих в системе наркологической помощи Республики Казахстан	81-87
<i>Алтынбеков С.А.</i>	
К стандарту мониторинга наркологической ситуации в РК и оценки эффективности антинаркотических усилий	87-96
<i>Алтынбеков С.А.</i>	
Дополнительные инструменты определения эффективности наркологической помощи	97-109
<i>Бектаева Г.Т., Комарова О.Н.</i>	
Опыт применения Грандаксина в лечении алкогольной зависимости	109-110
<i>Денисова Е.В.</i>	
Этнокультуральные аспекты диагностики и медико-социальной реабилитации наркозависимых	110-116
<i>Денисова Е.В.</i>	
Традиции потребления наркотических веществ в различных регионах мира	116-120
<i>Кропочева О.И., Хайбуллин Т.Н., Владимиров Б.С.</i>	
К оценке психоневрологических проявлений у больных опийной наркоманией	120-122
<i>Марашева А.А.</i>	
Роль семьи в формировании антинаркотической устойчивости у детей	123-125
<i>Парпиева А.</i>	
Алекситимия у пациентов с опиоидной зависимостью	125-127

Планк И.М.

Наркоэкономика в Афганистане и наркотрафик в Центральной Азии – проблемы региональной стабильности и возможные решения

127-128

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Макаров В.В., Колосов В.П., Коньков Е.М.

Новое средство купирования побочных эффектов нейролептических препаратов Витагам-Рулин

129-133

Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б.

Роль личностных и ситуационных механизмов, обуславливающих возникновение и развитие психогенных депрессивных состояний в судебной психиатрии

133-135

Тотина И.К.

Психопатия аффективного типа

135-136

Тотина И.К.

Психопатия неустойчивого типа

137-138

Черепанова Н.А., Насырова Т.Ж., Мукашева Г.М.,

Заикин Б.Ф.

Анализ суицидогенной активности населения г. Усть-

Каменогорска и ВКО

139-142

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Айбасова Г.Х., Катков А.Л.

Анализ действующего организационного стандарта психологической помощи в системе здравоохранения РК

143-145

Маджуга А.Г., Маджуга Л.Г., Ткаченко С.В.

Индивидуальная валеологическая культура личности: сущность, структура и критерии проявления

146-149

ИНФОРМАЦИЯ. ОБЗОРЫ

Адлеровские чтения в Москве (Альфред Адлер и Российская ментальность)

150-163

Жолдасова Ж.А.

Эффективность применения телесно-ориентированной психотерапии в лечении и реабилитации наркозависимых (литературный обзор)

163-177

Парниева А.

Обзор литературных источников, исследующих особенности взаимоотношений в системе «врач – пациент – лечебный процесс»

177-191

Резюме

192-207

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

THE TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:	<i>V congress of Professional Psychotherapeutic League, May, 14-15, 2003. Theses of the annual report of the president of Professional Psychotherapeutic League to congress of League.</i>	9-13
	<i>Katkov A.L., Makarov V.V.</i>	
	<i>Leaving last door of last car ... (to a question on the concept of development of psychotherapy on the post Soviet space)</i>	13-21
Professional Psychotherapeutic League	PSYCHOTHERAPY	
	<i>Ahundzhanova I.Ju., Ahundzhanov M.M., Kozinskaya T.I., Rubtsova E.N.</i>	
	Some aspects of the psychotherapeutic approach to oncological patients at various stages of treatment-and-diagnostic process	22-23
	<i>Belyanskaya O.V., Kalmykova I.Ju., Ushakov A.N.</i>	
	Place of Erickson's therapies in treatment of disturbing frustration	24
	<i>Darenskiy I.D.</i>	
	Creation and examination of psychotherapeutic programs	24-28
	<i>Korabel'nikova E.A.</i>	
	Psychotherapy of insomnies at children with psychogenic disorders	28-31
	<i>Kuril'chenko N.</i>	
	Game as means of system family psychotherapy with use of puppets. The abstract of training with the psychologists studying methods of psychotherapy.	31-37
	<i>Katkov A.L., Aybasova G.H.</i>	
	The analysis of organizational standard in system of the specialized psychotherapeutic service to the population of Republic of Kazakhstan	37-41
	<i>Petrova E.A.</i>	
	Imagology and practice of modern image consultation	41-43
	<i>Prokudin V.N.</i>	
	The organization of a psychotherapeutic service in Moscow and the analysis of prevalence, clinic and therapy of mental disorders at somatic patients	43-46
	<i>Shevelyova E.G.</i>	
	New accents in understanding of the fixed emotional installations in the transact analysis	46-48
RPSE «Republican Research-and-Practical Center of Medical-Social Drug Addiction Problems»	PSYCHIATRY	
Volume X № 1 2004 Published 4 times in a year	<i>Ajbasova G.H.</i>	
	To the organizational standard in sphere of mental health of the population	49-50

PSYCHIATRY

<i>Ajbasova G.H.</i>	
To the standard of monitoring of mental health of the population	50-56
<i>Ajbasova G.H.</i>	
To the standard of the professional specification in sphere of mental health	56-58
<i>Ajbasova G.H.</i>	
To the standard of services of sector of the initial preventive maintenance, sold by services of mental health in Republic of Kazakhstan	58-61
<i>Ajbasova G.H.</i>	
To the standard of services of sector of the secondary preventive maintenance, sold by services of mental health of Republic of Kazakhstan	61-66
<i>Ajbasova G.H.</i>	
The analysis of organizational standard in system of the specialized psychiatric service to the population of Republic of Kazakhstan	66-77
<i>Dyusembekov V.N., Fonaryova N.N., Zhuk T.P., Ivantsov J.A.</i>	
Questions of compulsory treatment in conditions of a round-the-clock hospital	78
<i>Dyusembekov V.N., Ivantsov Ju.A., Fonaryova N.N., Ivantsov V.Ju., Dyusembekov R.V.</i>	
Features of rehabilitation mentally ill patients in conditions of a day time hospital	79
<i>Ilesheva R.G., Bazarbaeva L.E., Babykpaeva A.T.</i>	
About the non-authorized aspects of a question on the criminal liability of persons with the mental disorders which are not excluding responsibility	80

NARCOLOGY

<i>Altynbekov S.A.</i>	
To definition of the qualifying standard of narcologist, working in system of a narcological service of Republic of Kazakhstan	81-87
<i>Altynbekov S.A.</i>	
To the standard of monitoring of a narcological situation in Republic of Kazakhstan and estimation of efficiency of antidrug efforts	87-96
<i>Altynbekov S.A.</i>	
Additional tools of definition of efficiency of a narcological service	97-109
<i>Bektaeva G.T., Komarova O.N.</i>	
Experience of application of Grandaxin in treatment of alcoholic dependence	109-110
<i>Denisova E.V.</i>	
Ethnocultural aspects of diagnostics and medico-social rehabilitation of drug addicts	110-116
<i>Denisova E.V.</i>	
Traditions of consumption of narcotic substances in various regions of the world	116-120
<i>Kropocheva O.I., Haibullin T.N., Vladimirov B.S.</i>	
To an estimation of psychoneurological displays at patients with opioid addiction	120-122
<i>Marasheva A.A.</i>	
Role of family in formation of antidrug resistance at children	123-125

<i>Parpieva A.</i>	
Alexia at patients with opioid dependence	125-127
<i>Plank I.M.</i>	
Drug economy in Afghanistan and drug traffic in the Central Asia - problems of regional stability and possible decisions	127-128

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Makarov V.V., Kolosov V.P., Kon'kov E.M.</i>	
New means of reduction by-effects of neuroleptic drug - Vitagam-Rulin	129-133
<i>Martem'yanov N.V., Bisenaliev S.B.</i>	
Role of the personal and situational mechanisms causing occurrence and development of psychogenic depressions in judicial psychiatry	133-135
<i>Totina I.K.</i>	
Psychopathy of affective type	135-136
<i>Totina I.K.</i>	
Psychopathy of unstable type	137-138
<i>Cherepanova N.A., Nasyrova T.Z., Mukasheva G.M., Zaikin B.F.</i>	
The analysis of suicidal gene activity of the population of Ust Kamenogorsk and East-Kazakhstan oblast	139-142

PEDAGOGIC OF HEALTH. VALEOLOGY.

<i>Aibasova G.H., Katkov A.L.</i>	
The analysis of operating organizational standard of a psychological service in system of public health services of Republic of Kazakhstan	143-145
<i>Madzhuga A.G., Madzhuga L.G., Tkachenko S.V.</i>	
Individual valeology culture of the person: essence, structure and criteria of display	146-149

INFORMATION, REVIEWS

<i>Adler's readings in Moscow (Alfred Adler and the Russian mentality)</i>	150-163
<i>Zholdasova Z.A.</i>	
Efficiency of application of body-oriented psychotherapy in treatment and rehabilitations of drug addicts (the literary review)	
<i>Parpieva A..</i>	163-177
The review of the references investigating features of mutual relation in system «doctor - patient - treatment»	177-191
<i>Summaries</i>	192-207

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

V СЪЕЗД ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ 14-15 МАЯ 2003 ГОДА

ТЕЗИСЫ ЕЖЕГОДНОГО ОТЧЁТНОГО ДОКЛАДА ПРЕЗИДЕНТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ СЪЕЗДУ ЛИГИ

Уважаемые делегаты съезда, гости, дорогие коллеги!

Наша Лига уверенно продолжает своё развитие! В текущем году Лиге исполняется 7 лет. А как общероссийская организация мы работаем уже 5 лет. Лига крупнейшее русскоязычное сообщество профессионалов в области психотерапии и психологического консультирования. В нашу организацию могут вступить также и обучающиеся этим специальностям. Наша деятельность все эти годы была направлена на объединение психотерапевтов, психотерапевтических и консультативных центров и ассоциаций. Мы стремимся объединить в себе функции специального информационного центра, выполнять ряд функций профессионального союза психотерапевтов, стать ведущим объединением образовательных тренинговых структур; научно-методическим центром; объединением организаций и специалистов, практикующих в области психотерапии и консультирования.

Число членов Лиги в 2002 году достигло 3 580 человек, а в настоящее время нас уже 4 240. Лига представлена в 82 субъектах федерации. В 7 субъектах число членов Лиги превышает 25 человек, в 9 субъектах - 50 человек. Это: Свердловская область, Самарская область, Татарстан, г. Санкт-Петербург, Тюменская область, Краснодарский край, Кемеровская, Челябинская, Курганская области. Тогда как в 5 субъектах Российской Федерации членов Лиги свыше 100 человек. Это: город Москва, Московская область, Ростовская область, Омская область, Новосибирская и Томская области. Регионы перечислены в порядке убывания числа членов Лиги. Вместе с тем, далеко не во всех субъектах федерации, где есть члены Лиги, открыты отделения Лиги. Более того, в течение 5 лет преобладала тенденция укрупнения имеющихся отделений. И основные, активно работающие отделения Лиги сейчас зачастую единственны в своём регионе. Вместе с тем, развитие консультирования, формирование модальностей внутри Лиги приводит к тому, что в регионах начинают складываться и другие отделения Лиги. Важным является возможность находить общий язык и работать вместе. Сказанное значит, что Лига из организации, сложившейся по типу моноструктуры в регионах, преобразуется в организацию полиструктурного типа.

Важное внимание Лига уделяет образовательной деятельности. В развитых странах теоретическую подготовку по психотерапии и консультированию проводят университеты, тогда как практическую - образовательные тренинговые центры. Лига строит свою деятельность как головная общественная структура, объединяющая тренинговые центры страны. Мы открыли Институт Повышения Квалификации ППЛ. Это учреждение получило лицензию на дополнительное профессиональное образование. Лига мобильная структура, объединяющая в своих рядах множество ведущих профессионалов, с обширными профессиональными контактами в стране и за рубежом. В нашей протяжённой стране с низким уровнем жизни, для того, чтобы не было перерыва в преемственности передачи навыков консультирования и психотерапии необходимо сформировать несколько центров. В Лиге хорошо поставлена работа в Центральном регионе страны, сформировался Западно-Сибирский Центр, формируется Южно-Российский Центр, определённая работа ведётся на Урале. К сожалению, наши усилия явно недостаточны на северо-западе страны.

Лига реализует длительные международные образовательные проекты по семейной психотерапии, транзактному анализу, софия-анализу, экзистенциальной психотерапии. Вместе с тем, заявленный нами проект по интегративной гештальт-терапии стартует только будущей осенью. Это вызвано высокими требованиями и тщательным отбором претендентов в данный проект. Состоялись стартовые сессии по проекту в области современного гипноза. В ближайшие дни пройдёт такая сессия по интранатальной телесно-ориентированной психотерапии. Осенью текущего года мы начнём образовательный проект по нейролингвистической психотерапии.

Мы провели 9 международных конгрессов и конференций, в том числе X Итоговый европейский конгресс по психотерапии. Это было самое крупное и представительное собрание психотерапевтов, когда-либо проходившее на территории нашей страны. Нам удалось создать и развить научно-практические собрания нового типа. В этой области важны дальнейшие усилия. И завтра открывается международный конгресс «Психотерапия и консультирование больших городов». И Лига

уже проводит подготовку к международному конгрессу будущего, 2004 года.

Вместе с тем, в прошедшем году уменьшилась активность Лиги по организации и проведению региональных конференций. Зачастую они осуществляются совместно с декадниками по психотерапии. В прошедшем году их проведено всего 8, что почти в два раза меньше, чем в предыдущий год.

В области образования мы развернули профессиональную подготовку по Европейскому Сертификату Психотерапевта - единственному диплому, признаваемому профессиональным сообществом 42 стран Европы. По программе «безусловных профессионалов психотерапии» Европейский Сертификат Психотерапевта, с учётом прежних заслуг и образования, через нашу Лигу, выдан 97 специалистам из России, Казахстана, Латвии, Украины. Уверен, что в большинстве регионов Российской Федерации есть специалисты, достойные вручения им Европейского Сертификата Психотерапевта по временным правилам «безусловных профессионалов психотерапии». И рекомендации региональных организаций здесь представляются решающими. Вы располагаете уникальной возможностью представления лучших профессионалов для получения Европейского Сертификата Психотерапевта. К сожалению, в России выдано около 3% от общего числа Европейских Сертификатов Психотерапевта. И это несмотря на то, что Лига приобрела право выдачи сертификата в первой десятке стран Европы, а 2, из первых 3 сертификатов во всей Европе, были выданы россиянам. В настоящее время мы изменили перечень документов, необходимых для получения Европейского Сертификата Психотерапевта.

Активно и успешно осуществляется работа в области психологического консультирования. Разработаны документы по аккредитации образовательных программ по консультированию и положение о тренинговых организациях, желающих участвовать в образовании в области психологического консультирования. Разработан кодекс этики и защиты профессиональных прав консультанта и клиента консультативного процесса. Разработана контрактная система договоров между Лигой, стажёрами и руководителями образовательных проектов. Лига получила статус зонтичной организации Европейской Ассоциации Консультирования. Получила полномочия на выдачу Европейских Сертификатов Консультанта. Складывается пакет предложений по образованию в области психологического консультирования, нашему участию в международных организациях, практике консультирования.

Консультирование и психотерапия в нашей стране теперь получили общественное признание как ступени одной специальности. Образование по консультированию составляет около одной трети от профессиональной подготовки по психотерапии.

Это повышает эффективность наших усилий в обществе и делает нашу работу более результативной.

В прошлом году впервые в Лиге практически обозначилась постоянно нарастающая потребность в личной терапии и супервизии. Ведь именно личная терапия и супервизия являются главной отличительной характеристикой современной психотерапии.

Мы готовы к этому и у нас есть кадры для удовлетворения данной потребности. И такая потребность, несомненно, будет увеличиваться. Это очень важное, правильное и долгожданное движение! Вместе с тем, мы сразу же столкнулись с фактами недостаточной ответственности в подходе к личной терапии и супервизии, в том числе, со стороны наших ведущих специалистов. Ещё одной наметившейся проблемой является неоправданное длительное удерживание обучающихся в тренинге. А также замыкание всего цикла образовательного и тренингового процесса в узкой группе профессионалов, часто неоправданно совмещающих функции как педагогов, преподающих теорию, так и профессионалов осуществляющих личную терапию и супервизию. Внешне они как бы собирают интересы модальности, а на самом деле интересы узкой группы специалистов. Отмечается и такой, с нашей точки зрения недопустимый вариант поведения, когда специалист предлагает себя Лиге в качестве ведущего тренинга в определённой модальности. Получив доступ к курсантам, делает им предложения проходить у него подготовку совсем в другой области, никак не связанной с Лигой. Это такая болезнь роста, которую нужно лечить и у Лиги есть необходимые средства терапии.

В странах, где недостаёт психотерапевтов высшей квалификации допустимо, чтобы профессионал, проводящий тренинг, осуществлял личную терапию или супервизию. То есть выполнял две важные роли из трёх. Нам необходимо развивать и упорядочивать личную терапию и супервизию. Важно формировать институт интервизорства. Пока у нас в стране только один интервизор.

Большая работа проводится Лигой в области международных профессиональных связей. Лига активно участвует в работе крупнейших международных организаций по психотерапии. Представляет нашу страну в Европейской Ассоциации Психотерапии, в Азиатской Ассоциации Психотерапии и во Всемирном Совете по Психотерапии. А также в Европейской Ассоциации Консультирования. На конгрессах и конференциях перечисленных профессиональных объединений наши делегации всегда весьма многочисленны.

И ещё одно, вновь осознанное направление работы нашей Лиги. Мы уверенно заняли позицию крупнейшей русскоязычной организации психотерапевтов и консультантов. Члены Лиги сегодня проживают в разных странах. В том числе Австрии, Германии, Израиле. И везде у нас

есть русскоязычные клиенты. В бывших Советских республиках повсеместно создаются отделения Лиги.

Научно-методическая работа Лиги представлена складывающейся Мультимодальной российской психотерапией. Именно такое название закрепилось за отечественной психотерапией в результате длительной дискуссии в Европейской Ассоциации Психотерапии. Возобновляются исследования в области суггестивной терапии. Мы занимаемся обобщением результатов консультативной и психотерапевтической деятельности. Мы участвуем в издании как специальной, так и научно-популярной литературы по психотерапии и психологическому консультированию. Поэтому возможности распространения наших изданий в регионах представляются особенно важными. Именно от этого зависит как число изданий, так и их тиражи. Сегодня мы вынуждены не расширять объёмы нашей издательской работы. Мы выпускаем серии книг: «Библиотеку психологии, психоанализа и психотерапии» и «Библиотеку психотерапии и консультирования». В каждой серии публикуем как отечественные, так и зарубежные издания современных авторов.

Мы продолжаем издавать научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии». Журнал издаётся 7 год и является ведущим русскоязычным изданием по психотерапии, публикующим всё разнообразие авторских точек зрения в психотерапии и консультировании. Мы начали издавать ежемесячный, рецензируемый, научно-практический журнал «Психотерапия». Вышло 2 номера журнала. Данный журнал распространяется только по подписке.

Новым издательским начинанием Лиги является «Профессиональная психотерапевтическая газета». Эта ежемесячное издание обеспечит наполнение информационного поля психотерапии. Газета содержит самые свежие новости и самую точную информацию о многих событиях в нашей профессии. Мы ждём ваших материалов для газеты Лиги и наших журналов, готовы обсудить возможности публикаций в двух сериях книг. Наши публикации ожидают в ряде зарубежных изданий. Таким образом, у членов Лиги сегодня нет проблем с публикациями результатов своей работы.

Претерпел изменения Центральный Совет Лиги. Созданы комитеты: по законодательной политике; по модальностям; супервизии и личной терапии, комитет по консультированию, комитет при президенте (по организациям). Это активизировало деятельность Центрального Совета. На данном съезде, важно преобразовать комитет по организациям, открыть комитет отделений Лиги. К сожалению, не до конца простираны наши отношения с другими общественными организациями в области психотерапии и консультирования, работающими в Российской Федерации.

Укрепляется юридический статус Лиги. Юристконсульт Лиги проводит работу по приведению документации Лиги в полное соответствие с действующим законодательством. Издано в электронной форме две части пособия «Всё о Профессиональной Психотерапевтической Лиге в 2003-2004 годах». В части первой подробно изложены действующие документы Лиги, а в части второй проекты разрабатываемых документов.

Лига продолжает работать над проектом закона о психотерапии. Наш вариант проекта закона, претерпел уже четыре редакции. С нашей точки зрения, до принятия закона важно выработать доминирующую точку зрения профессионального сообщества.

В отчётном году Лига активно участвовала в подготовке нового приказа Министерства Здравоохранения России по психотерапии. Этот приказ касается только одной модальности – клинической психотерапии.

Важной представляется работа с молодыми специалистами. Успехи в этой работе нами достигнуты в Новосибирске и Перми.

Изменяется и финансовое состояние Лиги. Вступительных и членских взносов поступило на 10% больше по сравнению с прошлым годом. Административно-хозяйственные расходы возросли в 2,06 раза. Командировочные расходы увеличились на 14%. Изменение налогообложения привело к тому, что за отчётный период нами выплачено в 5,7 раз налогов больше, чем в предыдущий год. За 7 лет работы Лиги мы не изменяли величину вступительных и членских взносов. У нас самые низкие взносы. И мы принципиально не настроены увеличивать взносы.

И ещё одну выполненную нами работу нельзя обойти молчанием. Это, конечно, террористический акт в Москве, на Дубровке. С первого дня захвата заложников наша Лига участвовала в оказании психолого-психотерапевтической помощи жертвам террористического акта и их родственникам. Трагические события показали возможности нашей Лиги в течение считанных часов мобилизовать десятки и сотни психотерапевтов и консультантов, способных эффективно оказывать профессиональную помощь и поддержку. Мы можем делать это как в столице, так и во многих регионах нашей страны.

Центральный Совет Лиги обращается с благодарностью ко всем врачам и психологам, участвовавшим в помощи жертвам террористического акта в Москве. Их список опубликован в нашей газете. Мы благодарны тем добровольцам из Российской Федерации, Казахстана, Латвии кто изъявил желание добровольно участвовать в оказании помощи жертвам террористического акта.

Завершая отчётную часть доклада, хотел бы подчеркнуть, что психотерапия и консультирование были, остаются и будут социально зависимыми

областями. Наш потенциал в полной мере может быть раскрыт только в демократическом обществе. В нашей стране интересы общества и государства не всегда совпадают. Более того, у нас есть глубокие традиции противостояния государства и общества. В нашей работе мы учитываем государственные интересы, и осознанно служим, главным образом, интересам общества.

Это тезисы отчёта об основных направлениях проделанной работы. Теперь о планах.

Важно создание субкультуры психотерапии. Это долгосрочная цель, на многие годы. Особое значение здесь имеет формирование образа консультирования и психотерапии в обществе. С этой целью Лига приступает к планомерной общероссийской рекламной деятельности. Будет осуществляться популяризация специальности психотерапевта, Европейского Сертификата Психотерапевта, Единого европейского реестра профессиональных психотерапевтов, Профессиональной Психотерапевтической Лиги.

Мы будем создавать свои филиалы в субъектах Российской Федерации и за рубежом. Будем стремиться выполнять функции базовой структуры конфедерации общественных организаций в области психотерапии и консультирования в Российской Федерации. Важно учитывать тенденцию формирования в регионах нескольких организаций Лиги. Когда Лига из организации, сложившейся по типу моноструктуры в регионах, преобразуется в организацию полиструктурного типа. Важно построить их взаимодействие таким образом, чтобы они усиливали друг друга.

Лига будет продолжать налаживание контактов объединениями психотерапевтов и консультантов. С ними будут заключаться договоры о сотрудничестве. Тогда как часть из них получит возможность стать коллективным членом Лиги.

В области образовательной деятельности наши усилия будут сосредоточены как на расширении образовательного поля Лиги, так и на упорядочение наших образовательных услуг и проектов. Лига, объединяя в себе тренинговые центры, будет предлагать полный пакет последипломного образования в области психотерапии и консультирования. Нам необходимо развивать и упорядочивать личную терапию и супервизию. Необходимо сформировать активно действующий комитет супервизии и личной терапии в Центральном Совете Лиги, разрабатывать институт интервью. Необходимо разработать пакет базовых документов в этой области. Разработать и принять специальный этический кодекс официальных преподавателей и супервизоров практики Лиги. Важно обсудить и принять процедуры итоговых испытаний при вручении сертификатов. Необходимо обсуждение вопроса о введении отечественного общественного сертификата психотерапевта. Необходима более полная и широко

доступная всем желающим информация о профессионалах, сертифицированных Лигой. Обсуждается необходимость открытия при Лиге третейского суда.

Приоритетным для Лиги является развитие практики консультативной и психотерапевтической работы. В Центральном Совете Лиги планируется сформировать комитет организаций. Главной его задачей будет развитие практики психотерапии и консультирования под эгидой Лиги. Планируется тендзор на участие в «Конфедерации консультативных и терапевтических центров под одной крышей в Москве» и аккредитация Центров, работающих с Лигой.

Необходимо укрепление материальной базы Лиги. Создание своего офиса с инфраструктурой и средствами связи. Работа на основных языках мира.

Важно упорядочить научно-методическую деятельность Лиги. Для этого планируется создание в Центральном Совете Лиги комитета по науке и технологиям.

Будет продолжена наша активность по обсуждению проектов Федерального закона о психотерапии. Впереди участие в дискуссиях, разработка единого проекта закона.

Мы по-прежнему будем ежегодно проводить съезд Лиги, к которому приурочивать большую международную конференцию. В следующем 2004 году Лига будет проводить Международный конгресс: «Психотерапия и консультирование личности, семьи, социума». Он будет проходить 20-22 мая в Москве. Отдельные конференции, симпозиумы, тренинги будут проведены в других городах страны. В организации конгресса будет непосредственно участвовать Европейская Ассоциация Консультирования и Европейская Ассоциация Семейной психотерапии. В рамках конгресса будет проходить итоговая конференция Европейской Ассоциации Консультирования. Мы будем проводить региональные конференции, декадники и недели по психотерапии и психологическому консультированию. И делать это в тех регионах, где складываются соответствующие благоприятные условия.

Международная работа Лиги получит своё дальнейшее развитие, как в проектах по контактам с национальными организациями психотерапевтов и консультантов Европы, так и развитию отношений с психотерапевтами стран Азии и других континентов, а также нашим участии во Всемирном Совете по Психотерапии.

Приоритетным в работе Лиги явится развитие психологического консультирования. Будет шире осуществляться образовательная деятельность, общественная национальная аккредитация консультантов, вручение им национальных сертификатов консультантов, европейская аккредитация консультантов, вручение им европейского сертификата консультанта.

Лига готова расширять издательскую деятельность. Издательство Лиги будет объединяться с

заинтересованными партнёрами и выпускать, как специальную, так и научно-популярную литературу по психотерапии и психологическому консультированию, а также газету и два журнала. Новым проектом Лиги, совместно с издательством «Шпрингер», явится международное издание фундаментального словаря по психотерапии.

Важно создавать эксклюзивные программы для молодёжи, входящей в специальность консультанта и психотерапевта.

Это только часть основных, планируемых начинаний. Лига с обоснованным оптимизмом смотрит в будущее, ведь прочные основы грядущего успеха уже заложены!

*Россия, Москва, Академия Государственной службы при Президенте Российской Федерации,
15.05.2003*

ВЫХОДЯ ИЗ ПОСЛЕДНЕЙ ДВЕРИ ПОСЛЕДНЕГО ВАГОНА... (К ВОПРОСУ О КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПОСТСОВЕТСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ)

А.Л.Катков, В.В.Макаров

I. Введение

Поводом к написанию настоящей статьи явился факт опубликования приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи» - документа призванного обеспечить новый импульс развития психотерапии, как относительно самостоятельного научно-практического направления.

Здесь уместно напомнить, что с момента утверждения предыдущего приказа, регламентирующего вопросы оказания психотерапевтической помощи в Российской Федерации (приказ МЗ РФ № 294 от 30.10.95 г.) минуло, без малого, 10 лет. Таким образом, современную версию обсуждаемого документа следует рассматривать, как минимум, в контексте 10-летнего периода развития российской психотерапии и тех результатов, которых она достигла.

Однако, и этот микроисторический контекст, с нашей точки зрения, представляется неадекватно узким для оценки перспектив развития психотерапии, как уникального социального феномена XX столетия. Мы полагаем, что данный вопрос должен исследоваться в ключе основных проблем, стоящих перед обществом, гуманитарной наукой и практикой в рассматриваемый, без сомнения, кризисный период социального развития. Только так у нас появляется возможность сопоставления масштабов существующего социального запроса (открытого и скрытого) в отношении психотерапевтической науки и практики; результатов, достигнутых по данным направлениям специальности; а также, тех вариантов формирования развития профессиональной психотерапии, которые предлагаются обсуждаемым документом.

В соответствии со всем сказанным, во втором разделе настоящего сообщения представлено тезисное

оформление концепции развития психотерапевтической науки и практики на постсоветском пространстве (контекст, формирующий оценочные позиции). В третьем разделе дается анализ обновленной нормативной базы.

II. Концепция развития психотерапевтической науки и практики на постсоветском пространстве

Совокупное проблемное поле, являющееся главным стимулом развития профессиональной психотерапии, складывается из следующих основных блоков:

- актуальные проблемы, стоящие перед обществом, переживающим кризисный этап развития;
- проблемы формирования адекватных научных подходов и концепций в сфере профессиональной психотерапии;
- проблемы эффективной индивидуальной, групповой и социальной психотерапевтической практики.

Дифференцированный анализ каждого из обозначенных проблемных блоков дает возможность точной формулировки целей и задач, стоящих перед профессиональной психотерапией и, следовательно, основных ориентиров для оценки рассматриваемой нормативной базы.

2.1. Социальный контекст развития психотерапевтической науки и практики

По признакам масштаба, тенденций распространения, объема вовлекаемого населения, ущерба в моральном, физическом, экономическом аспектах, наносимого обществу, к деструктивным социальным эпидемиям последнего десятилетия относятся следующие явления: терроризм, религиозный экстремизм, рост преступности и военные конфликты,

распространение наркоманий и сопутствующего ВИЧ/СПИДа, экологические угрозы и катастрофы, значительное расслоение общества по признаку доступа к материальным и информационным ресурсам (бедность).

В контексте синергетического научного подхода названные социальные явления идентифицируются в качестве «флагов катастроф», указывающих на то, что общественная система из относительно стабильного состояния мигрирует в направлении хаоса (состояния, предшествующего манифестиации нового порядка).

Накапливается все больше фактов, научных данных, ясно указывающих на то, что с одной стороны уже не только относительно узкий сектор несостоятельных маргиналов, но достаточно многочисленные группы населения (по некоторым данным от 10 до 12% населения) в связи с низким уровнем психологического здоровья, являются многократно уязвимыми в отношении деструктивных форматов решения своих экзистенциальных проблем с использованием психоактивных веществ или девиаций экстремистского толка. С другой стороны, все более явственно вырисовывается несостоятельность основных институализированных социальных практик (воспитания, образования и других технологий индивидуального и социального развития) в отношении возможностей активного формирования высоких кондиций психологического здоровья у значительной части населения. Следовательно, шансы на эффективное блокирование поименованных деструктивных явлений, достижение приемлемого уровня гармонии социальных отношений при существующем положении дел непрерывно снижаются.

Психотерапия, понимаемая как уникальная по своим возможностям, практика форсированного развития индивидуального и социального психологического здоровья, представляется в данной ситуации, особенно востребованной.

2.2. Проблемные вопросы и задачи психотерапевтической науки

Как понятно из содержания предыдущего раздела основной научной проблемой в сфере профессиональной психотерапии является разработка адекватной концепции индивидуального и социального психологического здоровья, способов форсированного развития его высоких уровней в социуме. Таким образом, формируется эффективное технологическое ядро, из которого, в перспективе, будут «питаться» институализированные развивающие практики (в первую очередь, воспитание и образование), и соответственно, получит шанс на реализацию метамодель эффективной социальной психотерапии.

Между тем, сущностное, а не упрощенное решение этой, казалось бы, ясной и однозначной

проблемы наталкивается на ряд объективных сложностей как общенаучного (гносеологического), так и прикладного плана. Так, например, уже сейчас понятно, что с использованием известных способов научного мышления (элементаристского и холистического мыслительных архетипов, континуума научных подходов, конкретизирующих вышеизложенные способы представлений о реальности) невозможно адекватно представить феномен психики человека и, особенно, ресурсные инстанции данного уникального феномена, к которым, в основном, и обращено психотерапевтическое воздействие.

Следовательно, для разработки адекватной концепции индивидуального и социального психологического здоровья и технологий форсированного развития его высоких уровней, необходимо решить ряд общенаучных (гносеологических) и прикладных проблем:

- разработать фундаментальную теорию нового научного архетипа, адекватного особенностям и сложности изучаемого объекта – психики человека;

- разработать прикладную (функциональную) теорию организации психического, дающую возможность развития адекватных представлений о психологическом здоровье индивида и социума, существенного повышения эффективности психотерапевтических технологий:

- далее, на основании имеющегося базиса, необходимо разработать и экспериментально апробировать метамодель интегративной психотерапии;

- разработать и апробировать адекватную метамодель социальной психотерапии;

- на основании полученных результатов необходимо разработать функционально-эффективную концепцию индивидуального и социального психологического здоровья, включающую фундаментальный теоретический базис и доказательно-результативную практическую часть;

- с учетом полученных данных, необходимо смоделировать дисциплинарную матрицу психотерапии как самостоятельного научно-практического направления, с возможностью последующей разработки системы профессиональных стандартов (образовательных, квалификационных, организационных и др.), т.е. возможностью адекватного выхода в практику.

2.3. Проблемные вопросы и задачи психотерапевтической практики

С разработкой обозначенного теоретического блока должна, наконец, появиться ясность в отношении опорных позиций психотерапевтической практики с выделением:

- основного объекта психотерапии (в контексте сказанного понятно, например, что в качестве такого объекта выступают уже не эксклюзивные группы невротизированных пациентов, но общество в целом);

- основного предмета психотерапии (под которым теперь следует подразумевать не только совокупность невротических психосоматических синдромов и психологических проблем, но соответствующие уровни индивидуального и социального психологического здоровья);

- цели психотерапевтической практики, вмещающие с учетом всего сказанного, удовлетворение открытых и скрытых потребностей общества в психологическом здоровье, высоком качестве жизни, эффективное блокирование социальных эпидемий.

Разработка дисциплинарной матрицы психотерапии даст возможность формирования:

- стандарта услуг (ассортимент, объем и качество которых предполагает эффективное выполнение основной миссии психотерапии в отношении существующего общественного запроса);

- квалификационного стандарта, охватывающего как профессионалов-психотерапевтов, так и представителей других институализированных развивающих практик (воспитание, образование и др.), куда, в соответствии с метамоделью социальной психотерапии, будут транслироваться эффективные психотерапевтические технологии;

- образовательного стандарта (стандарта образовательных программ), предусматривающего кондиционную (соответствующую квалификационному стандарту) подготовку, в первую очередь, профессиональных психотерапевтов, и далее, в соответствие с метамоделью социальной психотерапии, представителей институализированных развивающих практик (воспитателей, педагогов, психологов со специализацией в области развивающих практик и др.);

- организационного стандарта, включающего, помимо традиционного описания структуры и штата системы психотерапевтической помощи еще и стандарт нормативных требований, обеспечивающего качество психотерапевтической помощи, соответствие услуг, оказываемых как в государственном, так и в частном секторе, установленным стандартам, возможность многоуровневого мониторинга психологического здоровья населения. Обновленный организационный стандарт, в соответствие с метамоделью социальной психотерапии, также должен включать систему нормативных требований, организующих эффективную деятельность специалистов в сфере институализированных развивающих практик.

Из вышеприведенного тезисного обозначения проблемного поля, в котором действует современная психотерапия, соответствующего контурирования, целей и задач, стоящих перед профессией, выводится основной итог развития психотерапии на постсоветском пространстве. Он заключается в том, что психотерапия из узко-прикладной медицинской практики динамично развивается в сторону достаточно самостоятельного научно-практического направления, выходящего за рамки как

естественно-научной, так и гуманитарной парадигмы и соответствующих организационных догм, эффективное использование которого подразумевает изменение статуса профессии. Фактически это означает необходимость «узаконенного» перевода психотерапии из эксклюзивного в широкомасштабный социальный вектор развития профессии, со всеми вытекающими отсюда последствиями как для профессионального ядра, которое теперь должно быть существенно расширено за счет представительства институализированных практик, так и для населения в целом.

2.4. Основные принципы развития профессиональной психотерапии

Анализ основных тенденций и социальных стимулов развития психотерапии в последнее десятилетие дает возможность выведения главных принципов формирования профессии, на которые так или иначе должны опираться все последующие программно-нормативные построения. Данная психотерапевтическая «конституция» предстает в виде системы фундаментальных допущений, которые отнюдь не ограничивают, а, напротив, жестко стимулируют необходимость адекватного расширения профессиональных форматов. В число таких, достаточно емких, принципов, в соответствие с авторскими представлениями о профессиональном психотерапевтическом поле, должны входить следующие:

- соответствие совокупных профессиональных форматов психотерапии сущности и масштабу социального запроса в сфере психологического здоровья (данный принцип вмещает в себя такие базисные понятия как доступность психотерапевтической помощи; соответствие ассортимента, объема и качества оказываемых услуг соответствующим потребностям населения; существенное расширение доступа в профессию представителям институализированных развивающих практик; необходимость изменения эксклюзивного статуса профессиональной психотерапии на социальный; необходимость отказа от медицинской модели психотерапии и др.)

- научная обоснованность и этапность системных реформ в сфере развития профессиональной психотерапии и организации психотерапевтической помощи (данный принцип включает адекватное программно-информационное обеспечение процессов реформирования профессиональной психотерапии, многоуровневый мониторинг психологического здоровья населения; мониторинг эффективности психотерапевтических интервенций; предусматривает необходимость формирования национальных и региональных программ в сфере психологического здоровья населения; учитывает необходимость интенсивного информационного обмена и трансляции эффективного мирового опыта организации психотерапевтической науки и практики, но также и сохранение тех психотерапевтических

традиций и подходов, которые способствуют, а не препятствуют развитию профессии (например, преимущественно мультимодального подхода в психотерапевтической практике);

- тесная взаимосвязь практических шагов по формированию профессиональной психотерапии (организационных, технологических, кадровых, нормативно-творческих и др.) с разработанной базой системно-развивающего стандарта (квалификационного, образовательного, стандарта услуг и т.д.). Данный совокупный стандарт является важнейшей составляющей общей дисциплинарной матрицы психотерапии, надежно отграничивающей данное научно-практическое направление от парапрофессиональных имитаций с одной стороны, а с другой - обеспечивающей необходимые темпы и масштабы развития профессии, требуемые качество, ассортимент и объемы специализированных услуг, производимых системой профессиональной психотерапии.

Таким образом, с реализацией данных принципов, появится реальная возможность конструктивного влияния на процессы формирования высоких уровней психологического здоровья в обществе, т.е. конструктивного решения тех вопросов, которые до настоящего времени практически всецело отдавались на откуп агрессивным социальным стихиям, неподготовленным профиесионалам и парапрофессионалам всех «мастей», с понятным результатом.

2.5 Основные направления (механизмы) реализации принципов развития профессиональной психотерапии

Основным механизмом реализации принципов формирования профессии, а также реализации рассматриваемой концепции развития психотерапии в целом, является соответствующая, регулярно обновляемая, национальная программа, обсуждаемая и принимаемая на уровне правительства. Таким образом, речь идет, как минимум, о межведомственном программном документе, предусматривающем энергичную реализацию подпрограмм, разработанных по нижеследующим направлениям.

2.5.1. Научно-информационная подпрограмма (программа развития психотерапевтической науки и научно-информационного обеспечения процессов реформирования профессиональной психотерапии).

Основной целью данной подпрограммы является существенное повышение эффективности психотерапевтических технологий в отношении форсированного развития высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья.

Задачами собственно научного плана, выполнение которых способствует достижению данной цели, является:

- разработка фундаментальной теории нового научного архетипа, адекватного особенностям и сложностям изучаемого объекта - психики человека;

- разработка прикладной (функциональной) теории организации психического с возможностью надежной идентификации феноменов индивидуального и социального психологического здоровья;

- разработка и экспериментальная апробация метамодели интегративной психотерапии;

- разработка и экспериментальная апробация метамодели социальной психотерапии;

- разработка функционально-эффективной концепции индивидуального и социального психологического здоровья;

- разработка дисциплинарной матрицы психотерапии, как самостоятельного научно-практического направления, с возможностью адекватного практического выхода (формирования базисной совокупности профессиональных стандартов);

- разработка конкретных методов и методик психотерапии, наиболее эффективных в отношении специфических индивидуальных и социальных проблем.

Задачами научно-педагогического плана являются:

- подготовка научных кадров в объеме, необходимом для реализации массива собственно научных проблем психотерапии;

- подготовка научно-педагогических кадров, необходимых для реализации интенсивного и масштабного образовательного процесса в профессиональной психотерапии.

Задачами организационно-научного плана являются:

- организация сети научных центров, разрабатывающих фундаментальные и прикладные научные проблемы психотерапии;

- эффективная координация и планирование научно-исследовательской активности по данному направлению с решением вопросов адекватного финансирования наиболее перспективных исследовательских проектов (система государственных грантов, практика приоритетного финансирования социальных исследовательских проектов и т.д.);

- выделение специальности в самостоятельную номинацию (шифр) и открытие специализированных ученых советов по психотерапии;

- организация постоянного многоуровневого научного мониторинга психологического здоровья населения;

- организация эффективного научно-информационного обеспечения процессов реформирования системы профессиональной психотерапии.

Эффективное выполнение всех вышеперечисленных задач может быть существенно ускорено за счет первичной консолидации имеющегося научного потенциала в сфере профессиональной психотерапии и адекватного решения организационных вопросов.

2.5.2 Нормативно-правовая подпрограмма (программа разработки нормативной и законодательной

базы, регулирующей процессы развития профессиональной психотерапии и оказания психотерапевтической помощи населению).

Основная цель данной подпрограммы - создание оптимальных условий (нормативного и правового поля) для формирования системы профессиональной психотерапии, соответствующей основному социальному запросу.

Задачами данной подпрограммы, выполнение которых способствует достижению основной цели, являются:

- разработка законодательства в области психологического здоровья и профессиональной психотерапии, обеспечивающего выведение данных проблем в ранг социальных приоритетов, предусматривающего разработку и регулярное обновление соответствующих межведомственных правительственные программ, утверждающего принципы и основные направления формирования профессиональной психотерапии;

- разработка государственной межведомственной программы в сфере психологического здоровья населения и развития профессиональной психотерапии;

- разработка системного базиса профессиональных стандартов (стандартов услуг, квалификационных, образовательных, организационных стандартов) в сфере профессиональной психотерапии;

- разработка ведомственных приказов, утверждающих настоящую систему профессиональных стандартов;

- разработка иных нормативных актов, способствующих форсированному развитию психотерапевтической науки и практики.

Основным условием для успешной реализации данной подпрограммы является наличие адекватного научно-информационного обеспечения, в частности, разработанной модели - дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

2.5.3. Образовательная подпрограмма (программа подготовки профессиональных психотерапевтов).

Основной целью данной подпрограммы является подготовка профессиональных психотерапевтов в объеме и с качеством, необходимых для удовлетворения соответствующего социального запроса.

Задачи организационно-педагогического плана:

- организация образовательных структур (кафедр, курсов) по профилю профессиональной психотерапии с гарантированной возможностью реализации полноценных образовательных программ, соответствующих утвержденному стандарту;

- подготовка необходимого объема научно-педагогических кадров;

- проведение процедуры лицензирования соответствующих образовательных структур.

Задачи собственно педагогического плана:

- реализация программ первичного (базисного) образования в сфере профессиональной психотерапии в необходимых объемах, в соответствие с утвержденным стандартом;

- реализация программ профильной специализации в сфере профессиональной психотерапии, в соответствие с утвержденным стандартом;

- реализация программ тематического усовершенствования в сфере профессиональной психотерапии;

- реализация программ специализированной первичной психотехнической и психотерапевтической подготовки для специалистов, действующих в сфере институализированных развивающих практик (воспитание, образование, социальную психотехнологии, информационные технологии и т.д.) в необходимых объемах, в соответствии с утвержденным стандартом;

- реализация программ тематической психотехнической и психотерапевтической подготовки для специалистов, действующих в сфере институализированных развивающих практик (воспитателей, педагогов, психологов, социальных работников и других) в необходимых объемах, в соответствие с утвержденным стандартом.

Успешная реализация задач данной подпрограммы возможна при соответствующей глубокой проработке всего комплекса нормативно-правового обеспечения вопросов развития профессиональной психотерапии и оперативного решения организационных проблем.

2.5.4. Социальная подпрограмма (программа реализации метамодели социальной психотерапии).

Основная цель: повышение уровня психологического здоровья населения, эффективное блокирование процесса распространения социальных эпидемий, установление приемлемого уровня гармонии в общественных отношениях.

Основные задачи:

- существенное повышение эффективности институализированных развивающих практик (воспитание, образование и др.) за счет масштабного внедрения модифицированных психотерапевтических технологий в деятельность соответствующих социальных институтов;

- реализация эффективных развивающих технологий названными социальными институтами по отношению к значительной части общества, в частности, к группе населения с низким уровнем психологического здоровья;

- постоянный мониторинг психологического здоровья населения, с выявлением групп повышенного риска вовлечения в орбиту деструктивных социальных эпидемий в связи с низким уровнем психологического здоровья, отслеживанием результативности противодействующих усилий;

- определение путей модернизации и технологического реформирования всего социального

сектора с учетом потребностей населения в высоких уровнях психологического здоровья и качества жизни (модификация основ начального, среднего, высокого образования, разработка социальных технологий целенаправленной работы с семьей и т.д.).

Успешная реализация данной, наиболее масштабной и сложной подпрограммы будет зависеть от оперативности и эффективности выполнения всех прочих подпрограмм, поскольку реализация метамодели социальной психотерапии является итоговым выходом профессиональной психотерапии в пространство масштабных институализированных социальных технологий, с установлением новых самоорганизующих параметров порядка в обществе. Подобная акция должна быть всесторонне подготовлена в теоретическом, практическом и организационном плане.

2.5.5. Организационно-управленческое сопровождение (координация и управление реформами в системе профессиональной психотерапии).

Основная цель данного раздела программы:

- обеспечение эффективной реализации процесса реформ в системе профессиональной психотерапии, мероприятий, расписанных в соответствующей межведомственной государственной программе.

Основные задачи:

- создание координирующей структуры, ответственный за процесс и результат реформ в системе профессиональной психотерапии;
- определение этапов поведения структурных, технологических и кадровых преобразований в системе профессиональной психотерапии в соответствие с разработанным организационным стандартом и планом мероприятий, утвержденным соответствующей межведомственной программой;
- осуществление постоянного организационно-методического обеспечения процессов реформирования системы профессиональной психотерапии;
- осуществление постоянного контроля за исполнением основных программных блоков, этапов и задач соответствующих подпрограмм, конкретных мероприятий, предусмотренных разделами данного документа;
- осуществление постоянного мониторинга эффективности деятельности системы психотерапевтической помощи населению с дифференцированным анализом результатов;
- выполнение функции эффективной обратной связи по отношению к научным, образовательным и ведомственным управленческим структурам, действующим в системе профессиональной психотерапии.

Успешное выполнение данного, чрезвычайно важного раздела программы напрямую связано с уровнями компетенции, полномочий, обеспеченности информационными и иными ресурсами основной координирующей структуры.

2.6. Планируемые результаты

2.6.1. Промежуточные результаты реализации концепции развития психотерапии на постсоветском пространстве, оцениваемые в системе соответствующих промежуточных индикаторов эффективности реформирования профессиональной психотерапии, заключаются в следующем:

- Психотерапия получит необходимый научный базис, который, с одной стороны будет являться дополнительным импульсом для адекватной идентификации данной специальности как самостоятельного научно-практического направления, развивающегося на стыке гуманитарной и естественнонаучной парадигмы; с другой – завершение формирования основ дисциплинарной матрицы даст возможность формирования системно-развивающего профессионального стандарта (системы стандартов), необходимого для эффективного решения практических задач профессиональной психотерапии;

- Будут сформированы: стандарты услуг (предусматривающие требуемые характеристики ассортимента, объема, качества); квалификационные стандарты, стандарты профессиональной подготовки (стандарты образовательных программ); организационные стандарты (структура и штатная обеспеченность системы психотерапевтической помощи, технологические нормативы ее оказания). Далее, будет разработана нормативно-правовая база, утверждающая данную систему стандартов и создающая оптимальные условия для развития профессиональной психотерапии;

- Существенно увеличится число подготовленных, в соответствие с обновленными образовательными и квалификационными стандартами, профессионалов, эффективно удовлетворяющих запросы населения в сфере психологического здоровья, действующих как в системе профессиональной психотерапии, так и в системе институализированных развивающих практик;

- Деятельность сложной системы индивидуальной, групповой и социальной психотерапии будет эффективно координироваться соответствующей структурой, обеспечивающей возможности постоянного мониторинга эффективности масштабной психотерапевтической практики;

- Таким образом, существенный динамический импульс получат основные тенденции развития профессиональной психотерапии: от узко-прикладной медицинской модели к самостоятельному научно-практическому направлению; от эксплуативных форматов применения к широкомасштабной социальной практике.

2.6.2. Конечные результаты реализации рассматриваемой концепции, оцениваемые в системе соответствующих конечных индикаторов, заключаются в следующем:

- будет установлено соответствие между открытым и скрытым социальным запросом на повышение уровня психологического здоровья населения, а также на эффективное блокирование процесса распространения социальных эпидемий и масштабом усилий, прилагаемых профессиональной психотерапии для решения названных глубинных социальных проблем;
- в связи с существенным повышением эффективности и расширением объема используемых психотерапевтических технологий (реализация метамодели социальной психотерапии) будут эффективно блокированы, а затем получат обратное развитие тенденции снижения уровня психологического здоровья в обществе;
- как следствие данного процесса, будет блокировано распространение основных социальных эпидемий, представляющих прямую угрозу установленным параметрам социального порядка (в том числе, относительно высокой степени индивидуальной и социальной свободы);
- повысится качество жизни населения на постсоветском пространстве.

Основным условием адекватного анализа промежуточных и конечных результатов реализации концепции развития профессиональной психотерапии является разработка и осуществление программы непрерывного мониторинга, учитывающего обозначенные параметры промежуточных и конечных индикаторов.

2.7. Заключительные положения

Взвешивая шансы на оперативную реализацию настоящей концепции, так или иначе, следует принимать во внимание общую динамику развития профессиональной психотерапии на постсоветском пространстве. Такая оценка, естественно, не может быть однозначной. С одной стороны, совершенно очевиден колоссальный дефицит подготовленных специалистов – профессиональных психотерапевтов, сложности с получением полноценного психотерапевтического образования, отсутствие общего, научно-аргументированного подхода в области образовательных и обще-профессиональных стандартов в целом. С другой - не менее очевиден и несколько хаотичный прогресс в развитии профессии, заметный, прежде всего, в сфере расширения ассортимента психотерапевтических услуг, предоставляемых населению, попыток организации серьезного профессионального образования, стихийного приобщения гуманистариев различного профессионального профиля к обучению и практикам психологического консультирования (психологической модели психотерапии).

Эти отдельные успехи в деле строительства профессиональной психотерапии отнюдь не перекрывают обозначенный дефицит, не дают шансов на сравнительно быстрое и благополучное преодоление

дистанции между «островной» (замкнутой, вялой, в целом, хаотичной) и «материковой» моделью развития «психотерапевтической цивилизации», следовательно, не отменяют необходимость энергичного ускорения развития профессии. Однако, совершенно очевидно и то, что современная психотерапия, во многом преодолевшая свои идентификационные проблемы, существенно продвинувшаяся в решении базисных теоретических вопросов, давно уже вышла за рамки узко-медицинской специализации, отведенной ей во времена Союза.

Таким образом, есть основания полагать, что настоящая концепция может быть реализована по всем пунктам в достаточно ограниченные временные периоды при соблюдении условий, обозначенных в тексте.

Именно с этих позиций, по нашему мнению, и следует оценивать приказ МЗ Российской Федерации № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи».

III. Анализ приказа МЗ Российской Федерации № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи»

3.1. Оценка макроструктуры документа

В сравнение с приказом МЗ и МП Российской Федерации от 30.10.1995 г. № 294 макроструктура рассматриваемого документа существенно урезана. В предыдущем приказе наряду с организационными, утверждались квалификационные и образовательные стандарты в сфере профессиональной психотерапии (здесь следует отметить, что образовательные стандарты для специалистов, участвующих в оказании психотерапевтической помощи – медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, были утверждены в других приказах МЗ РФ - № 391 от 26.11.96 г. «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь»; № 226 от 28.07.97 г. «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи»). В рассматриваемом документе в приложениях 1.1.-1.12. утверждаются лишь организационные стандарты профессиональной психотерапии. Из чего ясно следует, что стандарты квалификации, образования и (опосредованно) услуг, установленные предыдущим приказом, устраивают разработчиков современной версии документа, однако вряд ли такое ограничение функциональной активности документа будет способствовать ускоренному развитию профессии, если только его публикация не открывает серию последующих приказов МЗ, где предусматривается утверждение развивающей модификации соответствующих профессиональных стандартов.

Далее, обращает на себя внимание преамбула обсуждаемого приказа, где приводится стандартный

мотив его разработки: «В целях реализации Закона Российской Федерации... «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (этот мотив буквально повторяет преамбулу 10-летней давности) и повышения качества лечения лиц, страдающих психическими расстройствами...». То есть, в современной версии нет никакого намека на изменение и расширение поля функциональной психотерапевтической активности, тем более, на необходимость выполнения ответственной социальной миссии, связанной с повышением уровня психологического здоровья населения. Между тем, по нашему мнению, основная тенденция развития профессии, так или иначе, должна находить отражение в мотивированной части документа.

Таким образом, макроструктура современной версии приказа, с нашей точки зрения, может быть существенно изменена и дополнена в соответствие современным пониманием профессии.

3.2. Оценка микроструктуры (содержания разделов) документа

Здесь ситуация выглядит несколько более оптимистично. В разделе 1.1. «Положение об организации деятельности врача – психотерапевта» (приложение № 1) рассматриваемого приказа, изымается пункт о необходимости 3-х летнего стажа работы в должности врача-психиатра. Следует отметить, что именно этот пункт практически полностью перекрывал возможность увеличения притока специалистов-медиков в сферу профессиональной психотерапии. Между тем, «двойная» нагрузка в отношении необходимости повышения квалификации по психиатрии и психотерапии на циклах усовершенствования в установленном порядке, т.е., каждые 5 лет, остается и в современной версии приказа, хотя логичнее было бы включать актуальные вопросы из области клинической психиатрии в соответствующие психотерапевтические циклы.

В современной версии приказа, на наш взгляд, более демократично (но, в то же время и недостаточно определенно) оформлены права специалиста-психолога на самостоятельное проведение психотерапии. В частности, в разделе 1.2. (приложение № 2) пункте 2.1. приказа говорится о том, что клинический психолог имеет право на самостоятельный прием пациентов, но здесь же добавляется: «... в соответствие с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом». Далее, говорится о том, что в функциональные задачи специалиста психолога входит «... участие в проведении психотерапии», при необходимости он может прибегать к «...помощи консультанта... по психокоррекционной (психотерапевтической) работе», т.е. того же психолога с более зрелыми профессиональными навыками в области психологической модели психотерапии. При всем том, приведенные формулировки, как уже ранее говорилось,

достаточно двусмысленны и допускают возможность противоречивого толкования, в зависимости от того, на каком фрагменте текста делать акцент.

Однако и этот робкий шаг, приоткрывающий неадекватно тесные «шлюзы» доступа в профессию, пока что для психологов с высшим образованием в области клинической психологии или специалистов с высшим психологическим образованием, прошедших соответствующую подготовку в области клинической психологии, можно только приветствовать и позитивно подкрепить разработчиков рассматриваемого документа.

Далее, следует остановится на собственно организационной структуре системы психотерапевтической помощи. В сравнении с предыдущим приказом, она не претерпела каких-то сущностных преобразований. Система профессиональной психотерапии целиком и полностью остается в ведении Министерства здравоохранения и сети лечебных учреждений с непосредственным подчинением администрации данных учреждений и опосредованным – главным специалистам – психотерапевтам в ведомственных органах управления здравоохранения.

Позитивно здесь следует оценить прирост штатов за счет специалистов в области детской психотерапии, а так же за счет уравнивания штатной численности психотерапевтов, психологов и социальных работников (что, косвенно, так же может свидетельствовать о расширении их полномочий в сфере профессиональной психотерапии). Как, безусловно, позитивный факт следует отметить появление в современной версии приказа положения об организации психотерапевтического центра в крупных городах с населением свыше 500 тысяч. Такого рода центры, с расширением своих функций, могут успешно координировать процессы развития и реформирования профессиональной психотерапии и реализации метамодели социальной психотерапии.

Вместе с тем, следовало бы оговорить вопросы координации деятельности и развития системы профессиональной психотерапевтической помощи на федеральном уровне. С закрытием федерального центра, долгие годы курировавшего данную проблематику, здесь образовался неприемлемый вакуум.

3.3. Оценка результирующего вектора документа

С учетом всего сказанного, рассматриваемый документ несмотря на отмеченные позитивные моменты, представляется вполне традиционным, с умеренными тенденциями расширения психотерапевтического представительства в общем поле здравоохранения, половинчатыми мерами по привлечению в профессию специалистов – психологов.

Вопрос в том, достаточно ли всего этого для форсированного и эффективного решения острых социальных проблем, встающих перед населением

постсоветских республик в полный рост и существенно снижающих качество жизни наших бывших и нынешних сограждан. Полагаем, что нет. При этом, мы отдаем себе отчет, что форсированный отход от существующей, исключительно медицинской, подотчетности профессиональной психотерапии будет сопряжен с целым рядом бюрократических, организационных и иных трудностей. Однако цена вопроса насколько высока, что координаторам развития специальности, видимо, придется

отказаться от дальнейшего пребывания в зоне относительного организационного комфорта, ограниченной ответственности и вплотную заниматься разработкой гуманитарной составляющей профессии.

Если, вдруг, этого не произойдет, и процесс нашего хронического опаздывания в деле реформ профессиональной психотерапии затянется на долгие годы, то мы все имеем шанс оказаться у последней двери последнего вагона, выходя из которого рискуешь шагнуть в пустоту.

Литература:

1. *Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации № 294 от 30.10.95 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи».*
2. *Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 391 от 29.11.96 г. «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».*
3. *Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 226 от 28.07.97 г. «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».*
4. *Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи».*

ПСИХОТЕРАПИЯ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ОНКОБОЛЬНЫМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

И.Ю.Ахунджанова, М.М.Ахунджанов, Т.И.Козинская, Е.Н.Рубцова

С развитием онкологии стали особенно актуальными вопросы состояния нервно-психической сферы у онкологических больных. В литературе описаны случаи психогенных реакций у пациентов (Ромасенко В.А, Скворцов К.А., 1961, Тиганов А.С., 1983). Существуют некоторые отличительные особенности психических нарушений при онкозаболеваниях, которые в подавляющем большинстве относятся к сфере невротических состояний. Наличие злокачественной опухоли является мощным стрессором для человека, синонимом обречённости, смертного приговора. Именно поэтому наибольшая интенсивность переживаний наблюдается на догоспитальном этапе. Это общее беспокойство, тревога, доходящая до степени страха, мысли о скором и неизбежном конце. У многих больных появляются беспричинные вспышки ярости, агрессии, направленные на близких, сотрудников по работе, медицинский персонал. Другие ищут неполадки в организме, прислушиваются к неопределённым ощущениям. Большинство пациентов чувствуют слабость, подавленность, разбитость, постоянные головные боли, размышают о причине своего заболевания, сомневаются в правильности результатов обследования и установленного диагноза. Проявляется связь между особенностями преморбидной личности и преобладающим характером реакции, степенью выраженности (лёгкая, средняя и тяжёлая). На этом этапе, наряду с медикаментозным (транквилизаторы, антидепрессанты) лечением, должна применяться рациональная психотерапия, направленная на установление доверительных отношений больного с врачом, средним медицинским персоналом, на создание неформальной обстановки, достигаемой недирективным методом ведения беседы, жизнеутверждающей установкой, фиксацией внимания на достижениях современной медицины, устранением немотивированного страха перед предстоящим лечением.

На госпитальном этапе тяжесть переживаний несколько снижается, что связано с формированием психологической защиты, общением с аналогичными больными, успешно перенесшими лечение. Эти факторы диктуют необходимость нециклического заполнения палат онкологических учреждений «однопрофильными» больными и курации их однин и тем же лечащим врачом. Больной должен быть осмотрен врачом не позже, чем через 2 часа

от момента поступления. Если больной остаётся предоставленным самому себе более длительное время, то это способствует резкому утяжелению психического состояния, возникновением страха упустить время или мысли о бесперспективности лечения и ведёт к отказу от радикальных операций. Наиболее частыми проявлениями онконеврозов являются астено-депрессивный, фобический, дисфорический синдромы.

Картина астено-депрессивного синдрома характеризуется слабостью, повышенной утомляемостью, снижением и резкими сменами настроения, нарушениями сна, что требует назначения лёгких седативных и стимулирующих средств днём (настойка пиона, аралии, лимонника) и снотворных средств на ночь (Элениум, Седуксен, Имован).

Фобический синдром сопровождается страхом заражения раком от других больных. Характерно частое мытьё рук, отказ от приёма больничной пищи и совместных обедов в палате. Возникают навязчивые представления о последствиях калечащей операции, которые могут повторяться в кошмарных сновидениях. Этот контингент больных наиболее опасен в отношении суицидальных попыток и требует консультации врача-психиатра.

Для медицинского персонала наиболее «трудными» являются пациенты с дисфорической симптоматикой, в том числе, так называемые, «конфликтные» больные. Тоскливо-злобное настроение пациентов выражается в недовольстве режимом отделения, отведённой палатой, поведением соседей по палате, некачественным уходом, лечением, недостаточным вниманием к своей персоне. Они требуют разбора своих многочисленных жалоб с привлечением заведующих отделениями, администрации больницы, работников Департамента здравоохранения.

Следует более подробно остановиться на психологических аспектах предоперационного и постоперационного периодов. Преобладает страх задохнуться «от наркоза», страх возможной гибели в процессе операции. Больные требуют проведения операции только определённым врачом, к которому испытывают доверие. Появляются мысли об отказе от оперативного лечения в пользу альтернативных методов, которые в большинстве своём являются консервативными. Такие больные часто обращаются к экстрасенсам, знахарям, народным

целителям, оттягивая принятие решения на радикальное лечение. Благополучие этих «специалистов», зачастую не имеющих медицинского образования, но в совершенстве владеющих даром убеждения, напрямую связано с обращением отчаявшихся людей и их материальной поддержкой, поэтому сроки лечения у них искусственно растянуты и зачастую последующее радикальное лечение в специализированном онкологическом учреждении не представляется возможным в связи с прогрессированием онкозаболевания, что подрывает веру в возможность полного излечения от онкологических заболеваний среди населения. Типичным для этого периода является оживление суеверий, обращение к богу, соблюдение защитных ритуалов. Больные часто надевают на себя тумары, крестики, приобретают талисманы, молитвенники, переписывают заговоры.

На послеоперационном этапе психологическое состояние больных облегчается, но могут отмечаться страхи по поводу возможных осложнений операций, наличия метастазов, стойкая потеря трудоспособности, инвалидизации. У 20% оперированных больных (Герасименко В.Н., 1988) развиваются апатические расстройства (вязость, безучастность, бездеятельность, нет сил радоваться благоприятному исходу операции). Больных с ранними стадиями заболевания и благоприятным прогнозом психотерапевт должен сориентировать на скорейшее возвращение к трудовой деятельности, что позволит восстановить социальный статус пациента, вернёт уверенность в своих силах и способствует стойкой ремиссии. Особую категорию, требующую усиленной психотерапевтической и психофармакологической коррекции, составляют пациенты с послеоперационными психозами, послеоперационными осложнениями и наличием постоянных искусственных свищей (колоостом, цистостом, трахеостом и т.д.).

Клиника психогений у больных, выписанных из онкологического стационара, обнаруживает определённое своеобразие. Они стремятся к самоизоляции, теряют интерес к внутрисемейным делам, острожжетным кинофильмам, телепередачам, занятиям оздоровительной гимнастикой и физической культурой. В переживаниях больных звучит утрата женской привлекательности в связи с мастэктомией, сексуальной привлекательности в связи с удалением матки. Вследствие химиотерапии у

лиц обеих полов может наблюдаться алопеция. Особенно болезненны переживания, относящиеся к сфере интимной жизни: снижение либido, вплоть до импотенции, что служит причинами частых разводов и может порождать суицидальные намерения, чаще наблюдаемые у пациентов с шизоидными личностными чертами. Многие пациенты стремятся поддерживать контакт с лечащим врачом после выписки. Больные полагают, что онколог-хирург непосредственно «видел» заболевание и поэтому знает о нём больше, чем другой специалист, что может служить причиной отказа от обращения к районному онкологу, специалистам общей лечебной сети. Указанные особенности диктуют необходимость «скользящего» графика работы онкохирурга по схеме «поликлиника-стационар».

Выводы:

1. Онкологические больные нуждаются в психотерапии и психокоррекции на всём протяжении заболевания.
2. Необходим комплексный индивидуальный подход к психологической адаптации и реадаптации пациентов.
3. Наряду с медицинской реабилитацией должна проводиться социальная, трудовая и психологическая, которые гармонизируют внутреннюю структуру личности, в конечном итоге, влияя на качество и продолжительность жизни онкологических больных.
4. Совокупность психотерапевтических и необходимых медикаментозных воздействий должна быть направлена на создание максимального душевного комфорта, максимально полной психологической реадаптации к новому жизненному уровню, что уменьшает риск развития рецидивов заболевания и отдаляет сроки возникновения метастазов.

Понятно, что никакие лекарственные средства и психотерапевтические приёмы не в состоянии полностью освободить больного от мыслей, обусловленных характером его заболевания, но они должны успокоить его, снизить интенсивность подчас нестерпимо мучительных переживаний, помочь выработать действенную систему психологической защиты. Это диктует необходимость введения в штаты специализированных онкологических учреждений ставок специалистов психолого-психотерапевтической службы.

Литература:

1. И.Харди *Психология работы с больными.* - Будапешт, 1981
2. В.Н.Герасименко *Реабилитация онкологических больных.* - Москва, 1988
3. Б.Шубин, Ю.Грицман *Люди против рака.* - Москва, 1994
4. *Вопросы онкологии.* - Москва, 2001. - № 3. - Т. 47. - С. 366-369
5. *Медицина.* - Алматы, 2001. - № 6. - С. 69 – 70

МЕСТО ЭРИКСОНОВСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

О.В.Белянская, И.Ю.Калмыкова, А.Н.Ушаков

Высокоинтенсивное информационно-технологическое развитие общества вынуждает современного человека к неоправданно большому количеству социальных взаимодействий. Неустойчивость социального положения в мире из-за реально или виртуально (в чем большая роль, принадлежит СМИ) меняющихся условий, повышает процент выявления тревожных расстройств среди населения. В связи с этим значительно возрастает роль психотерапевтических методов лечения. Одним из таких методов является подход М.Эрикsona.

По оригинальным работам М.Эрикsona можно заключить, что эриксоновский метод психотерапии обобщенно делится на два варианта: собственно недирективный гипноз и контролируемая поведенческая терапия.

В области лечения тревожных расстройств эти подходы занимают, с нашей точки зрения, совершенно определенное место. Учитывая наличие в генезе тревожных расстройств в восходящем порядке нейроэндокринного, двигательно-висцерального и уровня осознанного понимания, можно заключить, что только последние два уровня могут в той или иной степени непосредственно поддаваться коррекции методами психотерапии и в частности методом М.Эрикsona.

По нашим данным при аффективных тревожных расстройствах наиболее эффективна контролируемая поведенческая терапия с постепенной десенсибилизацией триггер факторов панических реакций. Она проводится в реальных условиях,

способных провоцировать тревожное состояние, но под контролем врача. В этих контролируемых экспериментальных ситуациях врач постепенно вводит весь набор триггеров, добиваясь снижения аффективной реакции по типу угасания первичного патологического поведенческого рефлекса и формирования нового адаптивного рефлекса.

При обсессивно-компульсивных расстройствах более рационально применение недирективного эриксоновского гипноза. Разработанное М.Эриксоном недирективное воздействие направлено на стимулирование ресурсных состояний пациента с заменой неадаптивного реагирования на адаптивное. Проблема применения такого варианта гипноза состоит в невозможности строго предсказания того, каким образом будет компенсирована психологическая проблема. В то же время самостоятельный личностный выбор позволяет избежать в будущем «отторжения» внешне навязанного решения.

Соматовегетативные нарушения требуют комбинированного подхода. Объединение в единый терапевтический процесс рациональной поведенческой терапии и недирективного внушения, направленного на нормализацию вегетативных реакций, позволяет добиваться положительного результата в большинстве случаев.

Реклама эриксоновской терапии не означает ее бездумное применение. Более того, лишь при клинически обоснованном подходе, возможно, добиться широко декларируемого положительного результата.

СОЗДАНИЕ И ЭКСПЕРТИЗА ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

И.Д.Даренский

В медицинской практике различные методы психотерапии (пст) обычно не применяются в изолированном друг от друга и от иных методов наркологического лечения виде. Только при использовании целой череды пст методик возможно решить значительное количество терапевтических задач, которое принято при планировании наркологического лечения [Даренский И.Д., 1997]. Использование ряда пст методик в последовательности, определенной логикой решения поставленных терапевтических задач

и взаимной приемлемости, в определенных условиях наркологической помощи, составляет т.н. пст программы лечения наркологических больных. Недостаточная эффективность используемых и предполагаемая дороговизна планируемых программ диктует необходимость тщательного планирования, научного обоснования и возможности супервизии с проведением обоснованной экспертизы этих программ. Однако до сих пор отсутствуют научно обоснованные рекомендации по созданию

и экспертизе пст программ. Данные страницы являются, по-видимому, одной из первых попыток системного анализа процесса создания и супервизии пст программ при лечении наркологических больных.

ПЕРЕМЕННЫЕ

Очевидно, что равно как при планировании, так и при экспертизе пст программ необходимо оперировать одними и теми же критериями (переменными). Для выделения подобных переменных, которые позволяют градуировать все пст поле, нами был проведен системный анализ пст процесса наркологических больных. В результате были определены переменные, учитываемые при составлении, конструировании и оценки пст программ. Прежде всего, внимания заслуживает *терапевтическая часть лечебной программы*. В частности, речь идет об анализе использования различных условий проявления пст: последовательное лечение в нескольких стационарах, лечение в одном стационаре и амбулаторная часть программы. Тщательно продумывается *набор пст методик* и последовательность их использования. Приходится встречать заявление нереально больших, обширных программ с чрезмерным количеством используемых методик, что может быть реализовано планируемым количеством сотрудников, в том числе в указанные сроки. Реализации планируемых объемов решаемых пст целей и задач должно позволять штатное расписание привлеченных специалистов. Анализ контингента больных, включенных в программу, подразумевает определение численности больных и необходимость подразделения больных по признакам остроты состояния (острое-подострое состояние), степени подготовленности к пст (новичок-продвинутый). Общая длительность претворения пст программы зависит от сроков реализации пст задач.

Отдельного тщательного анализа требуют планируемые *пст цели и задачи*. В данной работе упускается рассмотрение пст целей и задач, типичных для курса лечения наркологических больных. Анализ целей и задач пст проводится в отдельной работе [Даренский]. Нужно лишь отметить, что для успешного наркологического лечения необходимо, чтобы цель всего курса лечения была строго определенной с самого начала. Совершенно неудовлетворительна стратегия, отрицающая определение конечных пст целей. Принцип «что получится, то и будет включено в итоги работы» на практике обычно оборачивается тем, что итоги вообще не регистрируются. Поэтому план пст программы включает описание психологического состояния пациента как до, так и после курса лечения. Начинается данная часть работы с описания личностного психологического статуса, который необходимо сформулировать у конкретного больного. Подобный

личностный проект в отношении пациента позволяет наметить помимо конечной цели также перечень задач, их поэтапную реализацию и общую длительность лечения. Последнее происходит вследствие того, что лечение продолжается до тех пор, пока не решены поставленные цели.

Так называемый «человеческий фактор», определяемый индивидуальными особенностями больных в значительной степени влияет на особенности организации лечебной программы. Подсчитываются психофизические возможности больных или *эргономика больных и терапевта*, т.е. энергопотребление и калорийность питания больных в стационаре и терапевта. Обычно в наркологических стационарах предлагается один номер диетического стола, созданный не на принципах диетологии, а из экономических соображений. Питание персонала вообще не организовано и наблюдаются две крайности: врачи и медсестры в течение всего дня выпивают только чашку чая либо весь день продолжается застолье в стремлении избежать утомления и голодной усталости. В результате самочувствие медперсонала не позволяет им оказывать интенсивную помощь больным и поддерживать активное собственное самочувствие

Мотивация больных к лечению значительно влияет на организацию всего лечебного процесса. Как известно, весь лечебный процесс предваряется именно осуществлением мотивации и ее оценкой. С мотивацией к лечению связан и такой параметр, как личностная конгруэнтность больных и терапевта. Данный раздел, как и особенности личности терапевта недостаточно изучены до сих пор.

Широко известные и достаточно изученные биopsихологические циклы (ритмы) жизнедеятельности больных и терапевта учитываются для оптимизации лечебного воздействия с целью приурочить воздействие к периоду наибольшей восприимчивости больного к пст влиянию при составлении плана лечения. Биopsихологические циклы (ритмы) жизнедеятельности больных отражаются в кривой активности в зависимости от времени дня и приема пищи. Значительное влияние на выбор формы лечения оказывает необходимая интенсивность наблюдения за пациентами.

По каждому показателю, используемому при оценке пст программ, существуют нормативы. Так разработаны нормативы исследования и фармакотерапии наркологических больных [Даренский И. Д. и соавт., 2002]. Нормативы реабилитационной помощи наркологическим больным касаются, прежде всего, психотерапевтических аспектов помощи [Дудко Т. Н., 2003]. Однако большей частью подобные нормативы, касающиеся пст процесса, нуждаются в разработке и утверждении как медицинские нормативные документы, подлежащие исполнению в широкой наркологической сети. Так, тематический план рациональной групповой психотерапии

предлагается многими авторами, но он нуждается в доказательной базе, чтобы приобрести статус нормативного документа. Существующее штатное расписание и финансирование наркологических учреждений, безусловно, подчинено нормативным документам, но в свете предлагаемых изменений нуждается в уточнении. Разработка перечня, предусматривающего необходимость решения определенных пост целей и задач при наркологической помощи, равно, как и соответствия методов и решаемых с их помощью задач, находится на стадии научной дискуссии и далека от оформления нормативных документов. Границы психофизического напряжения врача и пациента в рамках лечебного процесса следует, по-видимому, искать в трудах гигиенистов. Вполне уместно предположить, что существуют некие стандартные требования к особенностям личности врача-психотерапевта – т.н. «атрибуты личности психотерапевта» [Минутко В.Л., 2002], а также личностной конгруэнтности больных и терапевта. Помимо морально-этических качеств и профессиональных навыков, часто указываемых в литературе, имеют значение и характерологические особенности терапевтов. Получены практические важные данные о конгруэнтности личности больных и терапевта и используемых методов пост [Даренский И.Д., Агибалова Т.В., 2002].

Все показатели взаимосвязаны и даже частично могут перекрывать значение друг друга. В частности, подобное «наложение» понятий-переменных и определяет их смысловую связь. Например, подобным образом построена взаимосвязь форм и методов пост, а также взаимоотношение переменных: масштаб цикла, режим дня, эргономика и питание больных. Все остальные пункты пост программы должны укладываться в указанные ритмы жизнедеятельности. Резервы повышения эффективности лечения наркологических больных кроются в «использовании минутных» ритмов. Необходимо стремиться все лечебные события приурочить к интенсивной терапии. Для этого, прежде всего, необходим хронометраж быстротекущих физиологических параметров. Затем, на основании полученных данных, развивается парентеральная интенсивная терапия. Пример тому, хотя и не из области пост, – метод купирования опийной абstinенции в течение нескольких часов путем введения налоксона под наркозом – программа «детокс». Из области пост – это сеанс гипнотерапии с проведением психотерапевтической сенсибилизации к алкоголю как некая практическая альтернатива много-дневной пост программе.

Отдельному рассмотрению подлежат подходы и стратегия анализа пост программ. Расчет отдельных параметров программ проводится как методом простого сопоставления, так и математического анализа. В качестве примера расчета нормативов можно привести процедуру наложения, сопоставления

различных параметров пост процесса, производимую для достижения их совместимости, прежде всего, по времени. Один из способов расчета строится на основе определения их взаимного соответствия. Другим способом является сопоставление последовательности действий в методических частях программы при реализации пошагового принципа курсового плана пост программы. Иное значение имеет сопоставление содержательной части отдельных фрагментов программы, направленное на достижение совпадения одновременно проводимых манипуляций по вектору воздействия. В частности, вектор воздействия проводимых манипуляций определяется путем факторного анализа лечебных программ и извлечением конструктов, указывающих внутренние свойства терапевтических программ. Например, общее активирующее, мобилизующее воздействие должно присутствовать во всех используемых методах в одно и тоже время лечения.

Кратко остановимся на *примерах расчета нормативных показателей* или переменных при сопоставлении или экспертизе существующих пост программ. Прежде всего, речь идет о создании нормативов пост задач, в принципе, можно создать некий нормативный перечень задач, которые должны решаться в ходе наркологического лечения. Но это не обязательно сопряжено с их абсолютным сходством звучания во всех случаях и всех стационарах. По задачи могут входить в перечень стандартов не по звучанию, а, по сути. Т.е. они могут иметь произвольное звучание, но должны соответствовать своим содержанием, указанным в нормативах. Форма лечения, методы пост, должны соответствовать штатному расписанию сотрудников с определенным уровнем подготовки по названному методу. Адекватность финансового обеспечения выражается в соответствии заявленного объема работ фактическому финансированию учреждения. Продолжительность и число методов должны укладываться в циркадный ритм, т. е. соответствовать эталону пост лечения. Курсовой план должен соответствовать реальному времени пребывания больного в стационаре. Нормативное питание – психофизической нагрузке больного при стационарном лечении. Больной имеет оптимальный уровень психомоторной активности, межличностного взаимодействия и по самообслуживанию во избежание декомпенсации и развития госпитализма.

В рамках данной работы выполнен формальный анализ принятых в современной наркологической помощи пост программ. При этом использовались известные *образцы существующих* в наркологической практике *программ*. Приводятся результаты анализа существующих пост программ, традиционных для современной наркологической помощи. Прежде всего, проведена примерная типология лечебных антиалкогольных программ. Характеристика нескольких программ лечения больных алкоголизмом.

В государственных наркологических учреждениях в настоящее время можно встретить традиционные, типовые пст программы. Однако перечень задач и формы работы с больными в рутинной типовой пст программе, принятой в наркологических учреждениях, отличаются крайней ограниченностью. Привлекаются предельно упрощенные (беседа, гипноз), эрзац, готовые формы работы с больными (АА). Всю программу обычно выполняет один штатный врач-нарколог отделения.

Тем не менее, широкая наркологическая практика диктует необходимость создания именно сверхкоротких пст программ. Известно, что именно группы закрытого типа позволяют реализовать курсовой терапевтический план в полной мере. Группы открытого типа не позволяют надеяться на эффективную реализацию пст плана для всех присутствующих больных из-за постоянной смены состава присутствующих и невозможности из-за этого довести до сведения каждого участника обсуждаемых вопросов. Однако, как было отмечено нами в полученных данных, большинство больных не удерживаются в сколько-нибудь длительной лечебной программе. В таких условиях становится невозможна работа в закрытых группах. И чаще реально только создание групп открытого типа для проведения групповой психотерапии наркологических больных.

Определено число занятий, посещаемое наибольшим количеством больных в реальной практике работы наркологического отделения. Обнаружено, что неизменный состав группы из 7 человек, являющийся оптимальной величиной пст групп [Макаров В.В., 2002], в наркологическом стационаре за время стационарного лечения удается сохранить в течение 5 занятий при условии ежедневно проводимого одного сеанса. Иными словами пст группу удается сохранять закрытой в течение 3-5 занятий или 1 недели. Это число занятий и является реальной продолжительностью групповой психотерапии в условиях наркологического стационара. Поэтому в условиях значительной текучести пациентов возникает необходимость в создании нового короткого тематического плана. Подобную краткую групповую пст больных можно реализовать в течение указанного времени.

Наряду с короткими и сверхкороткими, конечно, полноценные по содержанию и продолжительности программы представляются более эффективными. Но для их осуществления необходимы дополнительные организационные меры и финансирование привлеченных специалистов, не учтенных существующим штатным расписанием. Так, АА подразумевает оплату членских взносов для аренды помещений и найма сотрудников по обслуживанию работы сообщества. Коммерческие привлекают экзотические, в основном, восточные методы оздоровления. В основном, в коммерческих или

неявно коммерческих программах используются механизмы сектантства. Примерами подобных программ являются программы «Кундала», «Страна живых», «Испанские наркологи» и, наконец, Анонимные Алкоголики. Программы указаны в порядке увеличения теологического или сектантского начала.

В данном сообщении не рассматривается пст программа, которая внедрялась в работу отделения пст НИИ наркологии [Даренский И.Д., 1991, 1997]. Программа имеет определенную научную обоснованность и содержит, в частности, лечебно-диагностический план ведения больных, перечень форм работы с больными, примерную курсовую программу антиалкогольного лечения.

Следует лишь отметить, что нами разрабатываются иные варианты пст программ. Подобные проекты не означают, что предлагается то, что было неизвестно другим терапевтам. Предлагаемые формы пст и нормативы не отличаются от общепринятых. Всю работу выполняет не один штатный врач-нарколог, а каждый метод - отдельный специалист. В частности, привлекаются терапевт, занимающийся психодрамой, трудотерапевт, специалист по лечебной физкультуре, арт-терапевт, групп-терапевт, диетолог, физиотерапевт, специалист по индивидуальной (гештальт, поведенческой). Из этого перечня очевидно, что необходимо менять финансирование и организацию пст процесса при таком подходе.

Существующие и планируемые пст программы безусловно, требуют проведения *терапевтического отбора* больных [Даренский И.Д., 1997]. В ходе реализации пст программ был, в том числе отмечен феномен непроизвольного терапевтического отбора больных при включении в программу. Отбор основывался на мотивации, личностной сохранности больных, наличии терапевтических установок и т.д. В частности, была сформирована группа лиц с длительным посещением амбулаторной части программы и длительной ремиссией. Последнее было обусловлено не только успешным терапевтическим процессом, но и правильным отбором больных на адекватную для них программу.

Эта находка еще раз диктует необходимость тщательного терапевтического отбора больных. Под этим подразумевается необходимость направления больных в наркологические учреждения соответствующего профиля и со свойственной ему программой. Это придает лечебной программе еще большую адекватность и эффективность. В частности, лечебная программа государственных лечебных наркологических учреждений наиболее универсальна из-за своей краткости иrudimentарности. Она приемлема для большинства больных без существенного терапевтического отбора. На эту программу могут направляться лица и по скорой помощи. Вопрос о терапевтическом отборе более подробно будет рассмотрен в отдельном исследовании.

В данной работе мы не ставили задачу разделить вопросы *эффективности*, рентабельности, валидности, адекватности *применения методик* и составления программ. Вопрос об эффективности рассматривается нами в отдельном исследовании. Следует только отметить, что часто лечебный эффект программ обусловлен лечебными механизмами, не провозглашенными автором, а скрытыми от наблюдателя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психотерапевтические программы, существующие в наркологических учреждениях, отличаются скучностью применяемых методик и отсутствием научной обоснованности. По-видимому, именно

этим можно объяснить их незначительную эффективность. Совершенствование терапевтических наркологических программ возможно путем научной оптимизации. Научные исследования в области оптимизации пст программ, прежде всего, состоят в системном анализе наркологических лечебных схем с выделением переменных, описывающих весь пст процесс, и их сопоставление с целью получения значений переменных. Точкой отсчета в оценке значений переменных служит именно их смысловая сущностная взаимосвязь. Полученные в ходе исследования значения переменных могут служить в качестве нормативов при создании и экспертизе программ.

ПСИХОТЕРАПИЯ ИНСОМНИЙ У ДЕТЕЙ С ПСИХОГЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.А.Корабельникова

Введение

Проблемы, связанные с расстройством сна у детей, чрезвычайно актуальны, что определяется, прежде всего, их высокой распространенностью в целом в детской популяции (25% детей в возрасте 1-5 лет) (3). Среди различных вариантов расстройств сна у детей, также как и у взрослых, безусловно, лидируют инсомнии. Являясь чаще всего вторичными, они отражают неблагополучие их психофизиологического состояния и в большинстве случаев связаны с невротической и психосоматической патологией. В настоящее время накопилось достаточно фактического материала, позволяющего говорить об облигатности расстройств сна при психогенных расстройствах (1, 2, 6).

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 30 пациентов в возрасте 7-15 лет, страдающие инсомниями сна, и 15 здоровых детей, сопоставимых по возрасту с основной группой.

Программа исследования включала в себя следующие методы: клинический; экспериментально-психологический, позволяющий оценить уровень тревоги (цветовой тест Люшера) (4), тест исследования уровня алекситимии (7), анкетный (шкала клинического впечатления, анкета исследования вегетативных расстройств, анкета субъективной оценки расстройств сна).

Результаты

Результаты исследования пациентов клинической группы показали ее достоверное отличие от группы здоровых по всем исследуемым показателям: более

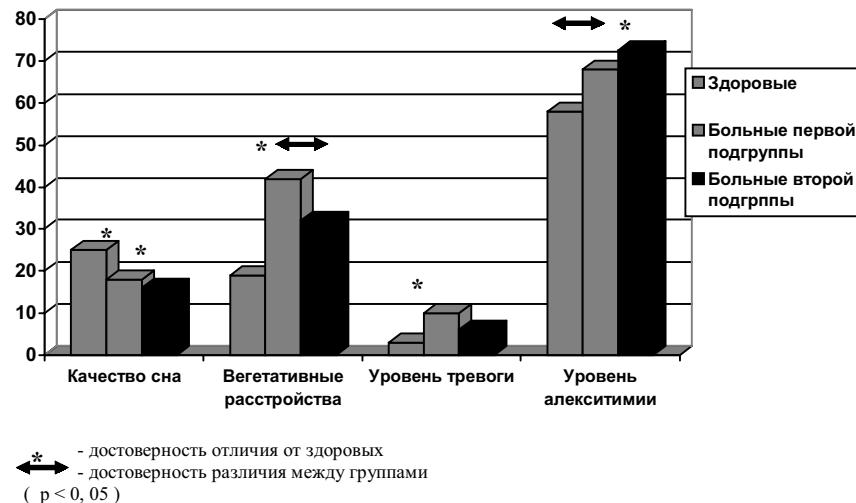
высокий уровень вегетативных расстройств и тревоги, более низкие показатели качество сна и качество жизни, более высокий уровень алекситимии ($p<0,05$). Выраженность заболевания по шкале клинического впечатления колебалась в диапазоне от 3 (легко болен) до 7 (тяжело болен).

Клинико-психологический анализ основной группы показал ее неоднородность и позволил выделить в ее составе две подгруппы (см. рисунок 1).

Для детей первой подгруппы был характерен невротический симптомокомплекс, включающий эмоциональные (высокий уровень тревоги, депрессии и агрессии) и психовегетативные расстройства. В структуре последних, наряду с инсомнией, отмечались другие синдромы (тревожно-фобические расстройства, панические атаки, головные боли напряжения и другие).

Пациенты второй подгруппы предъявляли как ведущую (часто единственную) жалобу на расстройства сна, которые являлись стойкими, мучительными и нередко нарушили социальную адаптацию. Данные психологического тестирования выявляли у них высокий уровень алекситимии. Под алекситимией (в переводе с греческого а – отрижение, lexis – слово, thume – чувство) принято понимать неспособность пациентов идентифицировать и называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план. В клинической картине у таких пациентов с высокой частотой встречались заболевания, которые принято считать психосоматическими (бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь и др.). Таким образом, формирование расстройств сна у пациентов данной группы реализовывалось скорее

Клинико-психологическое исследование детей и подростков с различными вариантами психогенных инсомний



по психосоматическому, чем по невротическому, патогенетическому пути.

Все дети и подростки, страдающие расстройствами сна психогенного происхождения, прошедшие исследование в нашей лаборатории, получали комплексную терапию, включающую в себя назначение седативных препаратов растительного происхождения (ново-пассит) и курс психотерапии, особенности которой определялся клинико-патогенетическим вариантом инсомнии.

Препарат ново-пассит, снижая остроту эмоциональных нарушений и выраженность психовегетативных проявлений, создавал благоприятный фон для проведения психотерапии.

Ведущим направлением терапии для первой подгруппы являлось выявление и разрешение психологического конфликта, являющегося основой формирования невротических расстройств, с использованием различных методов психотерапии. Психотерапевтическая работа на уровне причины (конфликта) незаметно устраняет все вторичные синдромологические проявления (в том числе нарушения сна) по мере движения психотерапевтического процесса.

В терапии пациентов второй подгруппы наиболее актуальными являлись психотерапевтические техники, непосредственно направленные на сон, нормализация которого являлась необходимым условием для использования личностно-ориентированных методов психотерапии.

Среди психотерапевтических методов, эффективных в лечение диссомнии как актуального синдрома, наиболее часто применяются следующие стратегии: рациональная, поведенческая и когнитивная психотерапия, методы саморегуляции, метод БОС (биологической обратной связи), метод стимулирования контроля.

Прежде всего, следует отметить возможности рациональной психотерапии. Заключается она в обсуждении роли сна в жизнедеятельности человека, прочности мозговых механизмов его обеспечения, имеющего место непреднамеренного преувеличения больными степени и значимости расстройств сна, отсутствием в нарушениях сна фатальной угрозы для их жизни, перспектив лечения. Пациент должен получить реалистические представления о необходимой продолжительности сна и допущении возможности того, что утомляемость в течение дня не обязательно является следствием расстройств сна.

Когнитивная терапия способствует формированию правильного отношения к имеющимся расстройствам сна, коррекция их произвольных и иррациональных мыслей и выводов, замена «катастрофизирующих» мыслей на более спокойные. Кlassическими когнитивными ошибками, совершамыми пациентами, страдающими расстройствами сна, являются следующие (5):

1. «Чем дольше я буду лежать в постели, тем больше мне удастся спать и тем лучше будет мое самочувствие».

2. «Если мне не удается заснуть, надо просто хорошенко постараться».

3. «Нет ничего хуже бессонницы. Это испортит мне завтрашний день, и вся моя жизнь пойдет насмарку».

При стойкой или рецидивирующей инсомнии психотерапевт часто сталкивается не просто с инсофобией, т.е. страхом отсутствия сна, но и со «страхом страха», ведущим к порочному кругу в состоянии пациента. В этих случаях важной составляющей психотерапевтической работы является дезактуализация темы «бессонницы», десенсибилизация

переживаний пациента, работа с ресурсами, замена тревожных мыслей о потере драгоценного времени сна на более спокойные (пример: «даже если я не засну этой ночью, завтра я буду немного усталым, но работоспособным»). Практикуется использование приема «психотерапевтического зеркала» (реальные истории болезни детей, страдающих инсомнией, психотерапевтическая работа с которыми привела к выздоровлению), психотерапевтических метафор. Примером терапевтической метафоры может служить поговорка: «Сон – как птица, сидящая на ладони. Если стараться его схватить, он улетает». Принято считать, что метафоры усваиваются на бессознательном уровне воспитания, минуя рациональную переработку информации, и поэтому являются разновидностью косвенной формы внушения.

Неотъемлемым элементом терапии расстройства сна являются поведенческие приемы психотерапевтической коррекции. Перед сном следует избегать возбуждающей активности, скандалов. Состояние эмоционального напряжения в период, предшествующий сну, замедляет процесс засыпания и ухудшает качество сна. Полезным способом облегчения процесса перехода от сна к бодрствованию является ритуал, т.е. стандартный, неизменный по времени и последовательности набор действий, предшествующий сну. Этот ежедневный процесс позволяет человеку успокоиться, почувствовать себя комфортно, облегчает, делает более свободным и естественным процесс перехода от бодрствования ко сну. В ритуал можно включать прогулку, водные процедуры, спокойную музыку, молитву, пожелание друг другу «спокойной ночи» и другие действия. Если ритуал не помогает - можно его изменить. Перед сном не следует затевать споры и скандалы, нежелательна интенсивная физическая нагрузка.

Около 20 лет назад проф. Чикагского университета Р.Бутцин разработал ряд приемов поведенческой регуляции, эффективных для терапии расстройств сна, получивших название «метода стимулирования контроля». В соответствии с данным методом, не рекомендуется ложиться спать до появления сонливости. Важный тезис, которым должен руководствоваться пациент с инсомнией: использовать постель только для сна. Это необходимо для создания и закрепления ассоциации между постелью и сном. Пациенты, которые ложатся спать до появления сонливости, обычно долго не засыпают, перебирают в мыслях итоги прошедшего дня или страдают от тревожного предчувствия плохого сна, что препятствует пассивному процессу засыпания. Если сон не наступил в течение 20 минут, пациенту рекомендуют встать и заняться спокойными делами до наступления сонливости. Если попытка заснуть и на сей раз оказывается безуспешной – процедуру повторить. Вставать желательно в одно

и то же время, включая выходные вопреки желанию «отоспаться». Не рекомендуется спать днем.

Широко распространены и эффективны в лечении инсомний разнообразные приемы саморегуляции, влияющие на сон посредством изменения предшествующего состояния бодрствования. К ним относятся: метод прогрессирующей мышечной релаксации, успокаивающие упражнения (потягивание, самомассаж, дыхательные упражнения и др.), упражнения на воображение. К примеру, полезно представить лицо спящего человека, вообразить, каким должно быть собственное лицо при засыпании: спокойным, расслабленным, бесстрастным.

В комплекс терапии расстройств сна включалась индивидуально подобранная лечебная музыка и «природные шумы». Новый эффективный методом лечения инсомнии – «Музыка мозга» - основан на преобразовании электроэнцефалограммы в музыку по специальному алгоритму, разработанному Я.И.Левиным (программное обеспечение – Гаврилов Д.Г.). Полученную аудиокассету пациент прослушивает перед сном. Регистрация полиграфии сна до и после 15-дневного курса лечения показало позитивное влияние «Музыки мозга» как с точки зрения субъективных ощущений, так и по результатам объективных исследований, сопоставимое по эффективности с современными снотворными препаратами. Обсуждаются психологические (снижение уровня депрессии и тревоги у больных инсомнией) и нейрофизиологические (усиление активности сомногенных систем мозга, нормализация межполушарных взаимоотношений и функций полушарий, особенно правого в аспекте первичной оценки невербальных и вербальных стимулов) механизмы положительного высокоеффективного влияния данного метода у больных инсомнией.

В конце курса терапии у большинства пациентов отмечалось значительное улучшение состояния, полная ремиссия (80,2%), реже – частичное улучшение, неполная ремиссия (13,2%); эффект полностью отсутствовал у меньшинства пациентов (6, 6%).

Обсуждение

Таким образом, идеальным в терапии инсомний представляется сочетание двух направлений психотерапевтического воздействия: лечение и болезни, и актуального синдрома. Существенно и то, что болезнь и синдром инсомнии связаны между собой не односторонними (болезнь приводит к нарушениям сна), а несомненно двухсторонними связями.

По-видимому, нет расхождения в точке зрения, утверждающей необходимость устранения факторов, которые порождают расстройства сна. Как еще один общий принцип мы хотим сформулировать положение, что инсомнии следует регулировать не только перед сном, а в течение всего периода бодрствования. Полноценная, удовлетворяющая личность деятельность, гармоничное сочетание умственной и

физической активности, интенсивного труда и периодов отдыха являются ключом к хорошему ночному сну. Необходимый этап в терапии расстройств сна – мероприятие по выявлению возможных причин их развития, которые включают в себя не только систему диагностических мероприятий (комплексное клинико-психологическое обследование), но и активную работу самого пациента по выяснению и осознанию факторов, вызывающих или усугубляющих нарушения сна. Последнее осуществляется чаще всего с помощью ведения пациентом дневника, который заполняется ежедневно и включает в себя не только субъективное впечатление о сне, но и журнал дневной активности (подробное описание дневных событий, физических и эмоциональных факторов). Записи в дневнике анализируются совместно пациентом и терапевтом, что помогает выявить и при возможности устранить воздействие на сон неблагоприятных факторов.

Важнейшее значение в терапии психогенных расстройств сна имеет выявление и разрешение психологического конфликта с использованием как медикаментозных, так и психотерапевтических методов лечения, что само по себе часто приводит к нормализации сна. Вместе с тем, восстановление сна оказывает благоприятное влияние на основное заболевание, способствует его успешному

лечению. Важно учитывать и следующее обстоятельство: нередко инсомния настолько доминирует среди других проявлений болезни и настолько мучительно переживается больным, что требует срочного и прицельного вмешательства. В данном случае длительно существующая инсомния сама по себе становится добавочной и самостоятельной психогенией. Все это и определяет значимость лечебных мероприятий, направленных на улучшение самого сна.

Приоритет значимости этиотропных или симптоматических (влияние на сон) методов воздействия определяется не только относительной степенью выраженности расстройств сна по отношению к другим синдромам, но и вариантом инсомнии. Если для пациентов с инсомнией, возникающей по невротическому, т. е. психовегетативному механизму, ключевым моментом в терапии является выявление и разрешение психологического конфликта, что устраивает все вторичные синдромологические проявления (в том числе нарушения сна), то в терапии инсомний, формирующихся по психосоматическому пути, наиболее актуальными являлись психотерапевтические техники, непосредственно направленные на сон, что создавало необходимые условия для использования личностно-ориентированных методов психотерапии.

Литература:

1. Вайн А.М., Хехт К. Сон человека. Физиология и патология. - М.: Медицина, 1989. -270 с.
2. Каравасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1990. -573 с.
3. Какорина Е.П. Социально – гигиенические особенности нарушений сна у детей. В сб.: Актуальные вопросы сомнологии.- Москва, 2000 – С. 41.
4. Собчик Л.Н. Метод цветовых выборов: Модификация цветового теста Люшера // Мет. рук. - вып. 2. -1990. -87 с.
5. Хаури П., Линде Ш. Как победить бессонницу. – Москва, «Мир» - 1995
6. Шпак В.М. Расстройства сна и их лечение при невротических и некоторых неврозоподобных состояниях: Автoref. дис... д-ра мед. наук. - Калинин, 1968. - 42 с.
7. Taylor G.J., Ryan D., Bagby R. M. Toward the development of new self-report alexithymia scale. Psychother. Psychosom. - 1985; Vol. 44; № 4; P. 191 – 199.

ИГРА КАК СРЕДСТВО СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАРИОНЕТОК. КОНСПЕКТ ЗАНЯТИЙ С ПСИХОЛОГАМИ-ПРАКТИКАМИ, ИЗУЧАЮЩИМИ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ.

Н.Курильченко

Гипотеза: Семья может существовать в системе отношений (внутренних и внешних), являясь отдельными личностями со своими желаниями.

Цель: Практическое применение и рефлексия некоторых психотерапевтических принципов и

приемов работы с семейными группами, имеющими как минимум проблемы:

- Семейная изоляция во внешнем мире
- Нарушение связей в отношениях внутри семьи
- Искажение ролевых позиций в семейных отношениях (деструкция родительского влияния)

-
- Разрушение семейных систем.

Преподаватель: (орг. момент)

У нас сегодня открытое занятие, а дело придется иметь с интимными процессами, касающимися всех (семья – это система, где живут интимные процессы, и живущая по интимным законам), поэтому попрошу всех присутствующих присоединиться и занять амфитеатр в группе.

Как вы знаете, для работы в группе в большинстве случаев психотерапевт использует стулья и кресла, которые занимают основное центральное пространство кабинета. И места располагаются как бы случайно, то по 2, то один, в стороне, то три вместе, где повыше, где пониже уровнем сиденья, где кресло, где стулья. То, как семья занимает места, по приглашению психотерапевта «Присаживайтесь, где кому хочется», – дает первый и достаточно точный диагностический итог о системе семейных отношений в данной семье. Мы с вами останемся сегодня работать с обычным амфитеатром для изучения методов психотерапевтической деятельности.

В центральном круге будут находиться участники основного процесса групповой работы. За кругом все те, кто присутствует сегодня у нас, и тоже являются участниками работы в группе. Они составляют некоторое *аналитико-рефлексивное зеркало* основной группы. Их задача: следить за происходящим во внутреннем круге и за собственными чувствами и мыслями, желаниями, возникающими в процессе работы в основном кругу. Всем участникам сегодняшнего мастер-класса будет предоставляться время для рефлексии и отреагирования чувств.

По определению Г.Л.Лэндрета *«игровая терапия определяется как динамическая система отношений между ребенком и терапевтом, обученным процедурам игровой терапии, которая обеспечивает ребенка игровым материалом и облегчает построение безопасных отношений для того, чтобы ребенок мог более полно выразить и исследовать собственное «Я» (чувства, мысли, поступки) с помощью игры - естественного для ребенка способа коммуникации»*. И это определение в базовых концепциях не противоречит классикам отечественной психотерапии, исследовавшим игру (Т.Д.Зинкевич-Евстигнеева, Е.Михайлова, и др.).

Марионетка в работе с семьями, имеющими проблематику различной этиологии, позволяет реализовать основной вид психотерапевтического влияния средствами игры: прежде всего, разрушает стагнационно-стереотипное реагирование внутри семьи, внося динамику и опосредованность. Облегчает построение безопасных отношений, т.к. воздействие направляется на куклу, с которой вступил в терапевтические отношения каждый член семьи и ребенок, в том числе. Марионетка обеспечивает игру как основное действие в терапии своими

функциями. Кроме всего она несет на себе обязательную, заранее заданную персонажем куклы, проекцию роли, что дает возможность психотерапевту видеть желаемые и реальные ролевые позиции членов семьи.

Концептуально подобная работа строится, опираясь на современную базу игротерапии и системной семейной психотерапии в отечественной и зарубежной литературе (список трудов прилагается). Практические упражнения разработаны нами в целях обучающего тренингового занятия и формирования у студентов навыка психотерапевтической деятельности. Мультимодальная парадигма, использующаяся в подобной работе преподавателем, позволяет интегрировать разные психотерапевтические подходы, что собственно является особенностью в деятельности системных семейных психотерапевтов и игротерапевтов.

Обращение к группе:

Каждый по кругу, пожалуйста, назовите чувство или чувства, которые для вас актуальны сейчас, в данный момент и скажите о своих ожиданиях.

Обращение к внешнему кругу: есть ли особые ожидания и чувства за кругом (2-3 человека высказываются).

Ведущий: мои чувства... и я предполагаю сегодня с помощью вас средствами психотерапии **исследовать наш опыт, связанный с отношениями с близкими родственниками и в семье:**

- сформировать условия для осознания родительского влияния;
- исследовать прежние текущие моменты жизни семьи;
- раскрыть может быть неосознаваемые «замаскированные» переживания, связанные с отдельными членами семьи;
- создать условия для отреагирования чувств;
- утилизировать чувства, мешающие конструктивному взаимодействию в семьях;
- увидеть и прорепетировать конструктивное поддерживающее взаимодействие в семье и принять отношения, что каждый из нас может проявлять в жизни.

Все это (по концепции М.Боуэна) расширяет границы семьи, что в свою очередь дает осознать членам семьи свои границы, свои корни, восстанавливает связи в семье, ведет к оздоровлению «Я» каждого члена семьи и гармонизирует систему семьи в целом.

Ведущий: Выработаем правила группы, с учетом того, что это обучающая ситуация (Здесь и теперь, персонификация высказываний, безоценочность, спонтанность, правило активного участия в групповом процессе, правило «Стоп». Важно, чтобы группа выбрала те правила, которые сама

считает нужными из всего набора существующих и известных правил тренинговой работы.)

Упражнение 1. «Регрессивное поведение». Цель: активизация регрессии как необходимой возможности для участия в работе методами игры. Снятие напряженности. Сплочение группы. Канализация ассоциаций детства.

Ведущий говорит начало фразы, указывающей на то, что в разминке должны изображать члены внутреннего круга. Просит всех участников занять удобное для каждого место.

Если бы мы: скакали в скакалку, это было бы так....

стали волками это было бы так...

играли в девочек...

стали дельфинчиками

играли в стройку

стали обезьянками

играли в дружбу.

(Задания могут меняться в соответствии с развитием динамики группы, и уровень динамичности задания выбирается в соответствии с характером группы).

Рефлексия внутреннего круга:

Во что играть легче, тяжелее, почему?

Сколько лет вы в себе ощущали, когда играли, что чувствовали?

Какие воспоминания всплывали, может быть?

Работа с марионетками

Преподаватель: Сегодня мы в кругу не только со своими привычными гостями, пришедшими посмотреть, как мы работаем, но и с необычными гостями – марионетками, которые терпеливо дожидаются своей очереди взаимодействия с вами (Ставит на пол, в центр круга корзину с марионетками. Куклы должны лежать так, чтобы их было легко взять, и, чтобы каждая кукла была видна при выборе).

Упражнение 2. «Знакомство с марионеткой». Цель: введение игрового материала, как опосредования для коммуникации в терапевтическую среду; возможной ролевой идентификации в семье, как провокативного механизма для свободного поведения в роли.

Выберите марионетку. Повзаимодействуйте с ней. Поучитесь ее водить. И расскажите, почему именно эту куклу вы выбрали.

Рефлексия: что особенно вам в ней нравится, что нет:

Кого, может быть, она вам напоминает, какой у нее характер?

Покажите, как любит (не любит) она себя вести.

Упражнение 3. «История моей жизни». Цель: активизация внимания на главном событии в раннем воспоминании. Определение проблематики в семье, личной проблематики, связанной с нарушениями отношений с близкими людьми (А.Адлер).

Преодоление нарушений отношения. Изменение негативных или мешающих моделей раннего запечатления интрапсихической системы отношений как модели межличностных отношений настоящего.

Теперь, поконтактируйте с куклой, посмотрите на нее внимательно и вспомните любой день, случай из вашего детства, который вам особо запомнился и припоминается сейчас как первое воспоминание о детстве. Расскажите об этом дне от лица марионетки. Пригласите в свой рассказ для действия того героя (героев), который (которые) особенно вам нужен.

Рефлексия: Чем помогала кукла?

О чем в вашей жизни вам напомнили рассказы кукол?

Как подобное задание может повлиять на членов семьи?

Теоретическая ремарка ведущего:

В соответствии с исследованием, проведенным психотерапевтами и психологами Нижегородского Государственного педагогического университета (Исполатова и Николаева) выделен ряд параметров, позволяющих определять закономерности, дающие информацию о социальной дезадаптации, нарушенных межличностных отношениях в т.ч. и в семье. Так, например, если в игре-воспоминании член семьи использует мало героев, припоминающих и нужных ему как персонажей жизни, то это свидетельствует о нарушении отношений, с эмоциональной депривацией в основе. Проксемические знаки говорят о значимости эмоциональных связей. И т.д. Психотерапевт, наблюдая, предлагает Марионеткам виды поведения, развивающие и компенсирующие проблематику.

Упражнение 4. «Кукольный танец». Цель: выявить и осознать некоторые механизмы защиты, зон в проблемных референциях семьи и позволить им сознательно проявляться. Создать эффект активного, смелого поведения всех членов семьи как возможность взаимодействия и «понимающего» поведения. Развивать эмоциональность, усиливать ассоциативность мышления.

Послушайте музыку и станцуйте с куклами танец, который рассказывает о том, как вы живете в своей семье (Музыка «Времена года» Бивальди) Танец может быть представлен в начале некоторыми членами группы - семьи, и только одним, и всеми одновременно.

Рефлексия:

Что мешало танцевать кукле?

Что помогало кукле в танце?

Что вы поняли друг о друге через танец?

В какой момент вы испытали самое приятное (самое неприятное) чувство?

С чем в жизни вашей семьи это может быть связано?

Теоретическая remarка ведущего.

Ритуализированное поведение, которое проявляется в танце, повторяющиеся движения, присоединение какого-нибудь персонажа к себе, или намеренная изоляция себя в танце средствами противопоставления своих возможностей другим, например, свидетельствуют о механизмах психологических защит. Кукольный танец позволяют почувствовать это участникам танца. Средствами рефлексии после упражнения и терапевтических интервенций, во время упражнения появляется возможность влияния на деструкцию защит, дает возможность проявляться и развиваться родительской конструктивной роли, приобретению уверенного поведения ребенком.

Частые проявления негативных расстройств – падение психической активности, эмоциональное оскудение как эмоциональная блекость. Это ведет к падению жизненной активности, к аутизации, часто при этом наблюдается нарушение механизмов мышления (Шевченко Ю.С.) – бедность и трудности ассоциаций. Танец, как проявление спонтанного, телесного образа, как возможность воспоминания бессознательной активности, приближает нахождение и восстановление стратегии креативности в собственном опыте участников терапии (психотерапевт может попросить неактивных станцевать «веселый» танец, «грустный» танец, «решительный», «нерешительный», и т.д., используя амбивалентные проявления в характерах, опосредованных марионеточными ролями, затем связать эти танцы с воспоминаниями из жизни в семье.

Упражнения 5. «Важное для меня в моей семье». Цель: повышение психологической компетенции: информированности, синтитивности, адекватности; репетиция «поглаживаний», принятие позитивного чувствования.

Расскажите или покажите, сыграйте от лица куклы что-нибудь важное, на ваш взгляд, что было или есть в вашей семье. Может это что-то – не особенно приятное или может очень приятное, все, что вы могли бы сейчас поведать через марионетку.

Выслушав рассказ предыдущего, следующий в группе должен поддержать его сначала, сказав что-нибудь хорошее о герое, вещавшем перед вами, и только потом рассказать свою историю.

Так, упражнение проделывается всеми сидящими в основном кругу.

Рефлексия внутреннего круга: Какие чувства вы испытывали в процессе рассказа и слушания?

На ваш взгляд, каковы особенности мироощущения говоривших, вашей семьи?

На что в действии других вы обращали особое внимание и почему?

Какой процесс, в какой «семье» (в нашей учебной группе может быть сформировано несколько

искусственных экспериментально созданных семей) запомнился более всего?

Сложите марионетки.

Теоретическая remarка ведущего.

Для понимания и психотерапевтического оценивания мироощущения говорящего необходимо обращать внимание на то, что описывает, как описывает и как оценивает рассказчик то, о чем говорит. Какие слова, интонации, и события для марионетки находятся.

Прежде чем рассказать кому-то, мы рассказываем себе эти истории и не раз. Истории нашей жизни существуют между нами, рассказывая их и получая поддержку, мы чувствуем себя более уверенно.

Есть особые смыслы в историях нашей жизни и историй и смыслов много. Если нам не удается связать их воедино, в имеющую определенный смысл историю, мы чувствуем тревогу, неуверенность и растерянность мы можем ощутить внутреннюю пустоту, мир может нам казаться лишенным смысла и разрозненным, состоящим из бесмысленных фрагментов. Как в мозаике – пока не сложится картина.

Истории отражают наше восприятие самих себя, семьи. Марионетка помогает увидеть по-новому историю нашей жизни, переформулировать основной акцент первичного предъявления проблематики (стереотипно, это может быть представление всей семьи о том, что проблема в ком-то одном, например, в подростке) и тем самым способствует ее изменению.

Новые сценарии, которые возникают в процессе игры с марионеткой, могут реально изменить жизненные сценарные планы участников терапии.

Групповое сочинение историй, игровых сюжетов с помощью марионеток может способствовать исцелению человека, т.к. «сырой материал» жизни группы постоянно преобразуется в яркий драматический сценарий, затрагивающий жизнь всей группы приводит к извлечению уроков, которые дают надежду, что и Я смогу.

Психотерапевт может вступить во взаимодействие с мамой, не желающей проявлять активность по отношению к, например, больному ребенку: проиграть куклой, как можно играть с ребенком в соответствии с «рассказом» ребенка, что позволит начать коррекцию позиции смирения и ничего неделания, которое может возникать у матери во время тяжелого хронического заболевания ребенка.

Психотерапевт в работе с группами семей:

- побуждает членов семьи объяснить, почему они обращают внимание на то, а не на иное обстоятельство, побуждает взаимодействие;

- должен уметь абстрагироваться от содержания высказываний членов семьи для большей объективности в оценках;

- отслеживает процесс, события в семье и определяет особенности высказываний ее членов.

Итак, психотерапевт помнит:

- не содержание высказываний отражает процесс, а процесс определяет содержание дальнейшей работы;

- за содержанием высказываний скрыты интересы членов семьи.

Цель психотерапевта:

- осознать себя как часть единого целого, находящегося в определенных отношениях с окружающей средой системы семьи;

- использовать внутренние и внешние ресурсы семьи

- научить родителей взаимодействовать с детьми исходя из ресурса.

Упражнение 6. «Диалог с внутренним собеседником». Цель: диссоциация внутренних переживаний, опосредованная передача глубинной информации о себе другим членам семьи. Проявление эмпатии в поведении. Нахождение конгруэнтного эмоционального места каждого в системе семьи.

Ведущий: У всех нас есть некоторый внутренний голос, который мы глушим, отгоняем или наоборот внимательно слушаем, который мешает или помогает нам услышать себя. Он помогает нам приспособливаться, помогает забыть или вспомнить что мы, кто мы на самом деле, чего мы хотим, куда мы идем. Подумайте сейчас некоторое время о своем внутреннем голосе, том гремлине, который внутри все время что-то нам говорит, может быть, о чем-то спрашивает...

Запишите основную мысль, которую вы сейчас вспоминаете по подсказке своего внутреннего собеседника.

Выберите теперь куклу, которую бы вы назвали «внутренний собеседник».
Поговорите с ней при нас, вашей семье (здесь умышленно впервые ведущий называет всю учебную группу семьей, т.к. к этому моменту формируется эффект резонирования), расположите свою куклу на стульях (стул в центр круга, кукла может быть подвешена или посажена на пол, на стул) или держите ее в руках, как вам удобно, и расскажите ему о себе, или о нем в соответствии с его запросом, требованием, задайте, может быть, ему какой-нибудь вопрос, который вас особенно волнует (ведущий демонстрирует, как это можно сделать).

«Группа-семья» в этот момент подумайте, какое решение, какой ответ вы можете ему предложить от лица своей марионетки, и из какой позиции (Взрослого, Ребенка, Родителя ли).

Тот, кто готов, выходит на середину круга и разговаривает со своим «внутренним собеседником». Тот, кто готов предложить решение, ответ из группы-семьи, проигрывает это решение

с помощью марионетки для работавшего с «внутренним собеседником» (работают 2-3 человека).

После того, как прозвучит, проигрывается «решение» - ведущий вводит технику обмена ролями, которая продолжается до тех пор, пока не наступит ситуация удовлетворения, успокоения, облегчения у спрашивающего.

Работа идет с теми членами семьи, кто акцентирует в диалоге с «внутренним собеседником» основные цели занятия (отреагирует чувства, выражает деструктивное родительское влияние, исследует текущий момент жизни и др.).

Рефлексия: как вы себя сейчас чувствуете, скажите от имени марионетки, от себя.

Рефлексия внешнего круга: Какие чувства у вас, и с чем они связаны?

Упражнение 7. «Мой мир». Цель: расширение границ семьи и межролевого взаимодействия. Усиление «Я».

Ведущий (выбирает 3 человек из группы, актуализировавшие конфликт).

Выберите в группе тех кукол, которых вы сейчас хотите иметь в своем мире, рядом с собой, внутри своей жизни. И расскажите им, зачем они вам в вашем мире. Не менее 3-х.

После того, как вы выслушаете, зачем вы призываешьесь в мир другого, покажите, сыграйте, как вы будете удовлетворять нужду выбравшего вас, что вы будете для этого делать, нужно сыграть это марионеткой.

Каждая группа кукол - сочините историю со счастливым концом для своего героя и с его участием и сыграйте ее нам (в идеале нужно играть спонтанно, сразу, но можно дать и несколько минут на подготовку).

Рефлексия: Что вы чувствовали в процессе последнего действия? Какие мысли о том, как бы вы могли себя вести иначе в семье? Что, может, хочется теперь изменить в своей семье, какие может быть события инициировать? Какие внутренние или внешние ресурсы есть у вашей семьи, как вам теперь кажется?

Рефлексия внешнего круга.

Может у вас есть какие-то мысли о ресурсах в системе ваших семей?

Профессиональная рефлексия внутреннего круга:

Как в подобную работу можно включать детей, какие идеи? Что в данной работе является помогающим для сохранения гармонии в системе отношений в семье?

Внешний круг – те же вопросы.

Теоретическая итоговая ремарка ведущего:

Подобная работа может быть проведена с помощью марионеток с любыми представителями семьи. Это иллюстрация семейных отношений. Какую роль кто играет в семейной системе. Высказываются, наконец, интересы, которые в деструктивных

семьях с нарушенной системой обычно никто не слышит. Терапия – это место, где все это становится актуальным и слышимым как с помощью игры, так с помощью других приемов и с помощью, конечно, терапевта.

Дети, чье поведение особенно спонтанно и не вкладывается в прокрустово ложе взрослых требований во время вербальной психотерапии, особенно легко и просто реагируют на предложение психотерапевта выбрать куклу и от ее лица вести взаимодействие с остальными членами семьи.

Особенно важно отслеживать *невербальный язык ребенка и кукольные реакции*; значения, которые несет символика кукол-марионеток; позиции ребенка с марионеткой в пространстве, которые выбирает ребенок во время сеанса; и эмоции, которые средствами кукол отреагируются.

С детьми маленького возраста (от 4 до 7 лет, до 4-х лет куклу оживлять не рекомендуется) лучше взаимодействовать либо сидя, ползая на полу, согнувшись, либо на небольшом подиуме, покрытом мягким покрытием, где можно разворачивать все игры-представления. Марионетки должны присутствовать наряду с другим игровым материалом, таким как би-ба-бо, гинго, куклами эмоциональной рефлексии, игрушками для выражения агрессии – чудовища, скелет, пират, пистолеты, мягкие кинжалы, мечи и т.п. Кукла-марионетка может сама (с помощью психотерапевта) подойти к ребенку, познакомиться с ним, оценить его положительно, представиться, спросить как его зовут, сказать, что у нее есть много друзей и подруг в кабинете и предложить малышу выбрать ту, которая ему нравится. При взаимодействии с марионетками важно, чтобы психотерапевт смотрел прямо на куклу, а не на ребенка и боковым зрением отслеживал телесные, мимические реакции ребенка. Если ребенок не проявляет касаний, психотерапевт марионеткой производит касания к ребенку, к его одежде, одобряет то, как малыш одет и выглядит, какая у него прическа. Кукла должна сообщить ребенку, что она поняла кто он, мальчик или девочка, это помогает в полоролевой идентификации. Психотерапевт через марионетку идентифицируется с ребенком и учит этому родителей, членов семьи.

Кукла в руках сначала психотерапевта, а потом и других членов семьи начинает жить как ребенок, даже становясь немногим, может быть, более смешной, более неловкой. Принимаются любые слова и жесты ребенка в рамках правил, которые вводятся в кабинете психотерапевта тоже через договор с куклой. Задача психотерапевта в том, чтобы ребенок принял и положительно оценил это, назвал куклу, нашел и устроил для нее домик, собрал для нее семью, организовывая взаимодействие с марионетками родителей, сиблиングов.

Известный семейный психотерапевт К. Витакер языком не менее известного Г. Бэйтсона говорит:

«Какое определение можно дать понятию «игра»? Это слово обозначает некую среду, где все происходящие события приобретают особое значение, отличное от того, которое бы они имели, если бы происходили вне нее. Возможно, суть игры заключается в частичном отказе от смыслов, привычных человеку при обыденных жизненных обстоятельствах» (Bateson, 1979). А может быть, суть игры состоит в обретении смысла или его искажений?

Игровая психотерапия является процессом, в ходе которого ребенок с определенными нарушениями в отношениях со своим биопсихосоциальным окружением попадает в некую лабораторию. Здесь его отношения с родителями могут стать полем для экспериментов. Благодаря особой атмосфере игры, родители могут проявить к ребенку больше любви. Здесь они также могут проявить свои инфантильные качества, что в домашних условиях никогда бы не рискнули сделать. Они могут на время стать немного «сумасшедшими», «глупыми», «безответственными» и «безрассудными». Они могут валяться на полу, дурачиться или стать вдруг агрессивными или более властными, чем обычно.

В этом особом мире игры психотерапевт также чувствует себя более свободным в своих попытках имитировать реальный мир. Он может изобразить жестокость, испуг или отчуждение. В игре можно имитировать разные виды человеческих отношений».

Мне еще раз хотелось бы акцентировать те задачи, которые мы можем решать с помощью подобной работы:

1. Исследование детского опыта, связанного с отношениями с ближайшими родственниками
2. Изучение родительского влияния (созидающего, деструктивного)
3. Исследование прежних, текущих моментов жизни семьи
4. Раскрытие предсознательных, либо неосознаваемых, замаскированных переживаний отдельных членов семьи
5. Преодоление защитных механизмов семьи, либо ее отдельных членов
6. Создание условий для осознания членов семьи неосознаваемых переживаний
7. Создание условий для отреагирования чувств (скорби и печали, ненависти и агрессии)
8. Уяснение причинно-следственных связей во взаимоотношениях и реакциях членов семьи
9. Выявление дисфункциональных, поведенческих паттернов
10. Коррекция родительского поведения
11. Актуализация и обогащение опыта, связанного с успешным решением проблем
12. Соотнесение опыта разных членов семьи с реальностью

Последгрупповая рефлексия: Обратите внимание на гипотезу. Что вы можете сказать о ней и о том,

какое подтверждение или опровержение на ваш взгляд она нашла в нашей работе?

Ведущий: Ваше мнение по занятию, ваши впечатления, импринты, что показалось интересным,

нужным, что нет, чего может быть еще хотелось...
(проводится по кругу внутреннему, затем желающим во внешнем кругу).

Спасибо, до новых встреч.

Литература:

1. Андерсен-Уоррен, Р.Грейнджен. *Драматерапия*. СПб. - 2001. – С. 211-236
2. Варга А. *Системная семейная психотерапия*. Речь. – 2001
3. Витакер К. *Танцы с семьей*. Москва, 1999
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. *Практикум по креативной терапии*. - СПб, 2001. - Гл. 3. – С. 258-276
5. Игровая семейная психотерапия // под ред. Ч.Шефера. - СПб. - 2001. - С. 50-104
6. Курильченко Н.Н., Пантолик Т.С. *Вселенная ТРСГ. Психологическая газета*. - СПб. - № 5, 2001
7. Курильченко Н.Н., Пантолик Т.С. *Организация и проведение детско-родительских групп в условиях севера и западной Сибири* // *Журнал практического психолога*. - № 8, 1998
8. Лоуэн.Г. *Игротерапия*. - Москва, 1992
9. Морено Я. *Психодрама*. - СПб, 1998
10. Фридмен Д. *Техники семейной психотерапии*. - СПб, 2001
11. Николаева Т.П. *Модифицированная техника анализа ранних воспоминаний личности* // *Вопросы психологии*. - № 1, 1999.

АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТАНДАРТА В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

Действующим организационным стандартом в системе психотерапевтической помощи населению РК является утвержденный нормативный документ – приказ МЗ Республики Казахстан № 147 от 31 марта 1997 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан», в котором предписываются структура, штатная обеспеченность и основные аспекты деятельности психотерапевтической службы системы здравоохранения РК.

1. Макроструктура документа

Анализируемый документ представлен двумя основными разделами. В первом разделе утверждаются основные нормативные положения приказа, касающиеся структуры, технологий, штатной и, отчасти, ресурсной (материально-финансовой) обеспеченности психотерапевтической службы. Стандарт структуры системы психотерапевтической помощи в РК представлен следующим положениями:

- положение о психотерапевтическом кабинете(приложение № 2);
- положение о психотерапевтическом отделении (приложение № 5);
- положение о Республиканском психотерапевтическом Центре (приложение № 8);
- положение о внештатном главном психотерапевте Министерства здравоохранения Республики Казахстан, областного, городского управления (отдела, департамента) здравоохранения (приложение № 7).

Казахстан, областного, городского управления (отдела, департамента) здравоохранения (приложение № 7).

Стандарты основных технологий, предписываемых психотерапевтической службе, устанавливаются в следующих положениях приказа:

- положение о враче-психотерапевте (приложение № 1);
- положение о психотерапевтическом кабинете (приложение № 2);
- положение о психотерапевтическом отделении (приложение № 5);
- положение о Республиканском психотерапевтическом центре (приложение № 8);
- положение о внештатном главном психотерапевте Министерства здравоохранения Республики Казахстан, областного, городского управления (отдела, департамента) здравоохранения (приложение № 7).

Стандарты кадровой спецификации и штатной обеспеченности системы психотерапевтической помощи представлены в следующих положениях приказа:

- штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического кабинета (приложение № 3);
- штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического отделения (приложение № 6);

-
- положение о Республиканском психотерапевтическом Центре (приложение № 8).

Стандарты материально-технической и финансовой обеспеченности психотерапевтической службы частично представлены в следующих приложениях:

- примерный перечень оборудования психотерапевтического кабинета (приложение № 4);
- штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического кабинета (приложение № 3);
- штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психотерапевтического отделения (приложение № 6);
- положение о Республиканском психотерапевтическом Центре (приложение № 8).

Таким образом, в анализируемом приказе, в основном, представлены все компоненты организационного стандарта (структурный, технологический, кадровый, ресурсный). Однако, в полной мере, достаточной данную структуру документа следует считать лишь в совокупности с утверждаемым стандартом услуг, квалификационным и образовательным стандартом, отирующими в приказе МЗ РК № 147 «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан». Следовательно, экспертная оценка, выносимая по данному разделу, устанавливает *неполное соответствие макроструктуры анализируемого документа эталонным требованиям*.

Анализ второго раздела приказа, предписывающего внедрение утвержденных нормативов в деятельность системы психотерапевтической помощи на региональном и республиканском уровне, ничего не добавляет к данной оценке, поскольку не содержит дополнительных нормативных указаний или упомянутых стандартов. Содержание п.2. приказа, касающееся необходимости введения дополнительных учебных часов в медицинских институтах на старших курсах для углубленного изучения основ психотерапии и медицинской психологии, нельзя считать за четко структурированный образовательный стандарт.

2. Анализ нормативно-предписываемой структуры психотерапевтической помощи

Общая структура психотерапевтической помощи, устанавливаемая соответствующими положениями анализируемого приказа, представлена:

- психотерапевтическими кабинетами для обслуживания взрослого и детского населения в городских поликлиниках (в том числе консультативно-диагностической помощи, детских городских поликлиниках, поликлинических отделениях областных, детских областных, городских, детских городских и центральных районных многопрофильных больницах, психоневрологических и наркологических диспансерах (диспансерных отделениях областных и городских центров психического здоровья));

- штатами врачей психотерапевтов для оказания психотерапевтической помощи больным стационаров общей лечебной сети, детских психиатрических отделений психоневрологического диспансера и психиатрической больницы (Центра психического здоровья), в гастроэнтерологическом, кардиологическом, пульмонологическом, кожно-венерологическом, детском психиатрическом отделениях;

- психотерапевтическими отделениями в Республиканских психиатрических больницах (Центрах), областных, городских психиатрических больницах, Центрах психического здоровья, психоневрологических диспансерах или многопрофильных больницах;

- Республиканским психотерапевтическим Центром, организованным на базе Республиканской психиатрической больницы (Центра).

Таким образом, психотерапевтическая помощь представлена в системе городского здравоохранения Республики Казахстан, на уровне сельского здравоохранения. Система психотерапевтической помощи дифференцирована по амбулаторному и стационарному уровню ее оказания, однако, отсутствует на полустанционарном уровне (дневные стационары). Выделяется детский и взрослый профиль оказания психотерапевтической помощи, подростковый отсутствует. Достаточно отчетливо выделяется нозологическая спецификация рассматриваемой специализации: психиатрическая, наркологическая, общесоматическая (а также, по различным нозологическим профилям: кардиологическому, пульмонологическому и т.д.). Следовательно, система психотерапевтической помощи достаточно интегрирована с основными службами психического здоровья с одной стороны (психиатрической, наркологической) и сетью общесоматических учреждений – с другой. В совокупности с вышеотмеченным дефицитом на уровне полустанционарного звена и подросткового контингента, общая оценка нормативно предписываемого стандарта структуры психотерапевтической помощи показывает *средний уровень соответствия современным требованиям (эталонам)*.

3. Анализ нормативно-предписываемых, базисных технологий, реализуемых в системе психотерапевтической помощи.

В данном разделе анализируется соответствие нормативно-предписываемых технологий стандарту современных требований по следующим позициям:

- профилактические технологии;
- диагностические технологии;
- собственно терапевтические (психотерапевтические) технологии, используемые в лечении, реабилитации, ресоциализации;
- информационные технологии (организация, мониторинг);
- образовательные технологии;
- научно-исследовательские технологии;

- административно-организационные технологии.

В рассматриваемом приказе технологический блок представлен лишь перечнем терапевтических и организационных задач, которые должны решаться на уровне психотерапевтического кабинета (приложения №№ 1-2 приказа), на уровне отделения (приложение № 5 приказа), на уровне Республиканского Центра и главного внештатного психотерапевта МЗ Казахстана (приложения №№ 7-8 приказа). Таким образом, речь, в основном, идет об организационных и лечебно-диагностических технологиях. Причем последние описаны в далеко не полном ассортименте (стандарт услуг психотерапевтического профиля в секторах первичной, вторичной, третичной профилактики отсутствует).

В отношении технологий первичной профилактики, в анализируемом приказе сказано лишь то, что «врач психотерапевт обеспечивает и несет ответственность за проведение психогигиенических и психопрофилактических мероприятий» (приложение № 1).

Образовательные технологии упомянуты в п.2. приказа в части необходимости введения дополнительных учебных часов на старших курсах медицинских институтов для углубленного изучения

основ психотерапии и медицинской психологии (дипломное образование), и необходимости проведения циклов по психотерапии на кафедре института усовершенствования врачей (последипломное образование). В тексте приказа отсутствуют какие-либо ссылки на необходимость использования современных информационных технологий для диагностики уровня психологического здоровья населения, научно-исследовательских технологий, развивающих профессиональную психотерапию. С учетом сказанного, общая оценка технологического стандарта в системе организационного стандарта психотерапевтической помощи показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

4. Анализ нормативно-предписываемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности в системе психотерапевтической помощи

Анализ приказа МЗ РК № 147 от 31 марта 1997 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан» показывает наличие следующей, нормативно-утверждаемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности персоналом, имеющим непосредственное отношение к производству услуг первого порядка (лечебно-диагностических, реабилитационных, ресоциализационных и т.д.).

Схема 1

Кадровая спецификация и штатная обеспеченность системы психотерапевтической помощи МЗ РК (врачебный персонал)

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
1	Врачебный персонал		
1.1	Врачебный персонал психотерапевтического кабинета в поликлиниках и поликлинических отделениях, психоневрологических и наркологических диспансерах	Врач-психотерапевт кабинета психотерапии поликлиники Врач - детский психотерапевт кабинета психотерапии Врач - психотерапевт кабинета психотерапии поликлинического отделения Врач - детский психотерапевт кабинета психотерапии поликлинического отделения Врач-психотерапевт кабинета психотерапии психоневрологического диспансера Врач-психотерапевт кабинета психотерапии наркологических диспансеров	1 должность на поликлинику, обслуживающую не менее 15 тыс. человек взрослого населения 1 должность на поликлинику, обслуживающую не менее 10 тыс. человек детского населения 1 должность на поликлиническое отделение при больницах, мощностью не менее 300 коек 1 должность на поликлиническое отделение при больницах, мощностью не менее 300 детских коек 1 должность на 7 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием 1 должность на 7 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием
1.2.	Врачебный персонал психиатрических больниц, диспансеров, многопрофильных больниц, где организуются стационарные психотерапевтические отделения	Заведующий психотерапевтическим отделением Врач-психотерапевт	1 должность, вместо 0,5 должности врача в отделении до 45 коек; 1 должность сверх должностей врача на 45 и выше коек 1 должность на 15 коек
1.3.	Врачебный персонал детских психиатрических отделений психиатрических диспансеров и больниц	Врач-психотерапевт	1 должность на 50 коек в пределах численности должностей, полагающихся по действующим штатным нормативам
1.4.	Врачебный персонал гастроэнтерологических, кардиологических, пульмонологических, кожно-венерологических отделений стационаров общей лечебной сети	Врач-психотерапевт	1 должность на 50 коек в пределах численности должностей, полагающихся по действующим штатным нормативам

На схеме 1 приведена спецификация и штатные нормативы врачебного персонала, действующего на разных этапах психотерапевтической помощи (амбулаторный, стационарный блок) в различных медицинских учреждениях, предписываемые приказом МЗ РК № 147 «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан». Следует отметить, во-первых, исключительно врачебный психотерапевтический профиль психотерапии (медицинская модель), во-вторых, недостаточно-дифференцированную спецификацию врачебного звена по возрастному профилю. А также недостаточную обеспеченность штатами врачей психотерапевтов всех звеньев – от амбулаторного до стационарного (в дневных стационарах должностей врачей психотерапевтов вообще не предусмотрено). Согласно современным требованиям по обеспечению населения

психотерапевтической помощи, должности врачей психотерапевтов должны вводиться на каждые 5-7 тысяч взрослого, 3-5 тысяч детского и 3-5 тысяч подросткового населения. Штатные нормативы амбулаторного звена должны быть пересмотрены согласно данным требованиям. Должны быть установлены должности врачей психотерапевтов для дневных стационаров в системе психиатрической и наркологической помощи, а также дополнительные должности врачей психотерапевтов сверх общего количества врачебных ставок в детских психиатрических и наркологических, подростковых психиатрических и наркологических, стационарных отделениях; в гастроэнтерологических, кардиологических, пульмонологических, кожно-венерологических стационарных отделений общей лечебной сети. Необходимо снизить нагрузку в психотерапевтическом стационаре до 10 коек на врачебную ставку.

Схема 2

Кадровая спецификация и штатная обеспеченность системы психотерапевтической помощи МЗ РК (средний медицинский персонал)

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
2	Средний медицинский персонал		
2.1	Средний мед. персонал психотерапевтического кабинета в поликлиниках и поликлинических отделениях психоневрологических и наркологических диспансерах	Медицинская сестра кабинета психотерапии (детском и взрослом) в поликлинике и поликлиническом отделении, психиатрическом, психоневрологическом и наркологическом диспансерах	1 должность на соответствующую должность врача психотерапевта
2.2	Средний мед. персонал психиатрических больниц, диспансеров, многопрофильных больниц, где организованы стационарные психотерапевтические отделения	Постовая медицинская сестра отделения психотерапии Процедурная медицинская сестра Старшая медицинская сестра Медицинская сестра-массажист Инструктор ЛФК	1 круглосуточный пост на 50 коек 1 должность на каждое отделение 1 должность соответственно должности заведующего отделением 1 должность на 50 коек 1 должность на 50 коек

На схеме 2 приведена спецификация и штатные нормативы среднего медицинского персонала, действующего в системе психотерапевтической помощи. Основные замечания по данному разделу дублируют предыдущий, поскольку ставки средних медицинских работников, в основном, соответствуют врачебным должностям. В частности, должна быть изменена штатная обеспеченность средним медперсоналом как амбулаторного (соответственно врачебным должностям), так и стационарного звена (1 пост на 30 коек). Должности процедурной медицинской сестры, медсестры-массажиста, инструктора ЛФК необходимо с 50 коек перевести на 30 коек в связи с необходимостью интенсификации лечебного процесса и необходимостью сокращения стационарного блока.

В данном разделе не рассматривается спецификация младшего медицинского персонала, как не имеющего непосредственного отношения к оказанию лечебно-диагностических услуг (услуги первого уровня). Штаты психологического персонала психотерапевтических подразделений и кадровая спецификация по данному профилю анализируется в следующем разделе.

Таким образом, общая экспертная оценка, выносимая по данному параметру, показывает низкий уровень соответствия стандартов кадровой спецификации и штатной обеспеченности в системе психотерапевтической помощи населению современным требованиям.

5. Анализ нормативно-предписываемой ресурсной (материально-технический и финансовой)

*обеспеченности психотерапевтической службы
МЗ Республики Казахстан*

В анализируемом приказе № 147 данный раздел сводится к перечню оборудования психотерапевтического кабинета, утверждаемому в приложении № 4 приказа, общей характеристики производственного фонда стационарного отделения, оговариваемому в приложении № 5 приказа. В приказе отсутствуют нормативы финансовой обеспеченности деятельности учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь. По тексту приказа можно судить лишь о затратах, связанных с оплатой труда персонала психотерапевтической службы. В анализируемом документе отсутствует раздел, утверждающий медико-экономические стандарты оказания специализированной психотерапевтической помощи. Не прописан стандарт материально-технической обеспеченности стационарного и полустационарного звена, Республиканского психотерапевтического Центра. Следовательно, экспертная оценка нормативно-предписываемой ресурсной обеспеченности процесса деятельности психотерапевтической службы показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

Интегративная экспертная оценка организационного стандарта в сфере деятельности психотерапевтической службы учитывает:

- оценку макроструктуры базисного приказа (неполное соответствие эталонным требованиям);

Литература:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 147 от 31 марта 1997 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан»

- оценку стандарта структуры психиатрической помощи в РК (средний уровень соответствия эталонным требованиям);

- оценку стандарта технологий, предписываемых системе психотерапевтической помощи (низкий уровень соответствия современным требованиям);

- оценку стандарта кадровой спецификации и штатной обеспеченности, действующего в системе психотерапевтической помощи (низкий уровень соответствия современным требованиям);

- оценку стандарта материально-технической и финансовой обеспеченности психотерапевтической службы РК (низкий уровень соответствия современным требованиям).

Из пяти поименованных позиций только стандарт структуры психотерапевтической службы имеет средний уровень соответствия разработанному эталону. Следовательно, интегративная оценка организационного стандарта системы психотерапевтической помощи населению РК обозначается как *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

В соответствие со всем вышесказанным в настоящее время имеется настоятельная необходимость в разработке новых организационных стандартов в психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан в соответствие с современными требованиями и уровнем распространения пограничной психической патологии, психологических проблем, связанных со снижением уровнем адаптации населения к агрессивным воздействиям внешней среды.

ИМИДЖЕЛОГИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОГО ИМИДЖКОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Е.А.Петрова

г. Москва

Практика имиджконсультирования, сложившаяся в современной России, свидетельствует, что профессионалами в области имиджелогии себя считают специалисты самого разного профиля. Имиджмейкерами представляются и психологи, и психотерапевты, и специалисты в области паблик рилейшнз, рекламы и, наконец, представители разнопрофильной группы стилистов (визажисты, парикмахеры, модельеры, дизайнеры - создатели фирменного стиля и др.). Выходцами из разных базовых специальностей предлагается не только собственное виденье категории «имидж» и определение поля приложения профессиональных сил имиджмейкера, но и конкретные технологии имиджконсультирования.

В результате, имиджтехнологии, применяемые на практике, грешат «узкой специализацией»,

направлены на решение частных проблем имиджа. При этом психологи, психотерапевты ориентированы, преимущественно, на работу с внутренним образом «я» клиента, специалисты в области паблик рилейшнз, рекламы - на образ в массовой коммуникации, стилисты же сосредоточены на внешней стороне имиджа. Однобокость технологий, недостаточное понимание всех аспектов существования имиджа как социально-психологического феномена является слабым звеном большинства практиков.

Наблюдаемая в реальности имиджконсультирования пестрота подходов, связана не только с размытостью, неопределенностью практической зоны профессиональной деятельности имиджмейкера, но и детерминирована начальной стадией развития самой имиджелогии как науки, отсутствием сложившейся в этой сфере системы образования,

«наследованием» методологического многообразия, свойственного современному психологическому консультированию в целом.

Область научно-психологического исследования имиджа стала складываться в России с середины 90 гг. ХХ века, хотя к зоне ее интересов следует отнести еще работы, выполненные в рамках социально-перцептивного подхода (А.А.Бодалев и его последователи), психологии социального познания (Г.М.Андреева) и психологии общения, рекламы и массовых коммуникаций, в целом. Очевидно, что раскрытие психологических закономерностей восприятия и понимания человека человеком, специфики формирования феномена первого впечатления, социально-психологических эффектов и механизмов межличностного и межгруппового восприятия, изучение содержания социальных представлений и стереотипов, процессов массовой коммуникации - подготовило базу для содержательного обращения к проблематике имиджа в psychology.

Научные разработки, выполненные с прямым использованием категории «имидж», в отечественной литературе связаны с проблематикой лидерства и преимущественно ориентированы на изучение имиджа политиков (Е.В.Егорова-Гатман, Р.Ф.Ромашкина, Е.И.Манякина, А.Ю.Кошмаров), общественных деятелей (Р.Ф.Фурс), политических партий и объединений (А.В.Гармонова). В настоящее время расширяется круг изучаемых категорий, о чем свидетельствуют рост публикаций, посвященных проблемам формирования профессиональных имиджей: государственных служащих (Е.А.Орлова, В.М.Маркин), телеведущих (Л.В.Матвеева, Т.Я.Аникеева, Ю.В.Молчанова), учителей (В.М.Шепель, А.Ю.Панасюк, Е.А.Петрова, Е.Н.Русская, Г.М.Коджаспиров, Н.А.Тарасенко), педагогов высшей школы (И.П.Чертыкова) и др. Исследования корпоративного имиджа касаются условий, факторов и механизмов его формирования, как у организаций в целом (Н.В.Андерс, Е.В.Гришунина, Д.А.Горбаткин, И.Ю.Никольская, Е.Ю.Огородова, Т.Н.Пискунова, А.В.Хаванова), так и в отдельных структурах, в частности. Например, исследуются психологические вопросы имиджа негосударственной радиостанции (В.В.Маринович), учебных заведений (Т.Н.Пискунова, О.Я.Нестерчук), торговой марки (С.С.Владимиров) и пр. Появились и первые отечественные работы, направленные на раскрытие наиболее общих вопросов психологии имиджа (А.Ю.Панасюк, Е.А.Петрова, Е.Б.Перельгина).

Имиджелогия изучает закономерности формирования, функционирования и управления имиджем человека, организации, торговой марки, предмета и услуги. Развитие данной науки направлено на раскрытие общего, особенного и единичного в онтологии всех видов имиджей, и не может быть сужено до представлений как о феномене массовой

коммуникации (Г.Г.Почепцов) или «науки о личном обаянии» (В.М.Шепель). Имиджелогия делает в России свои первые шаги, важной задачей признания ей статуса научной дисциплины в рамках устоявшегося и принятого ВАКом научного направления, занимается Академия Имиджелогии, созданная в 2002 г. в Москве по инициативе группы ученых.

Предметом, собственно, психологического подхода к имиджу становится его изучение как социально-психологического феномена, раскрытие закономерностей формирования, функционирования и трансформации поля разных видов имиджей в индивидуальном и массовом сознании, выявление специфики «наполняемости» этих полей у представителей различных этносов и культур, отдельных групп. Психологические исследования должны раскрыть индивидуально- и социально-психологические условия, детерминанты и механизмы бытия имиджей, выявить взаимосвязи различных видов имиджей между собой в менталитете определенной страны в конкретных культурно-исторических условиях ее существования.

Изучение механизмов, этапов усвоения и интеграции личности в пространство персональных имиджей в разные периоды социализации, в рамках конкретно-исторических условий жизни, психологические проблемы принятия и саморегуляции персонального и профессионального имиджа относятся к области важнейших вопросов имиджепсихологии. Наряду с аспектами интериоризации, не менее важны и вопросы экстериоризации имиджа, осуществляемые с помощью различных стратегий и тактик самоподачи на вербальном и невербальном уровнях.

Отдельным направлением психологического анализа должна стать сфера профессиональной деятельности имиджмейкеров. И, наконец, выявление психологических функций имиджа и возможностей имиджкоррекции в решении глубинных проблем личности позволит по-новому, подойти к пониманию зоны психологического консультирования. Разработка технологий имиджконсультирования и практического имиджмейкинга должны взаимодополнять друг друга.

Выявление основных направлений и проблем психологического исследования имиджа позволяет утверждать центральную системообразующую функцию психологии имиджа в дальнейшем развитии отечественной имиджелогии. Столь широкая проблемная область психологического изучения имиджа с необходимостью ставит и вопрос о теоретико-методологических основах проводимых исследований. По-нашему мнению, вариантом такой основы могут стать идеи современной психосемиотики. Определение фундаментальных проблем современной psychology, решаемых с помощью психосемиотического подхода: объективации

внутренних характеристик носителя имиджа, кодирования-декодирования вербальной и невербальной информации, социального и межличностного познания, самоподачи (самопрезентации), управления впечатлением, психоdiagностики и психологической коррекции, - выявляет его универсальность.

Для дальнейшего развития имиджконсультирования, ориентированного на решение широкого круга индивидуальных и социально-психологических проблем, необходима интеграция сил всех специалистов, осуществляющих фундаментальные и научно-прикладные разработки в данной области, с позиции единого подхода.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКОВСКОЙ ГКБ № 36 И АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В.Н.Прокудин

Организаторы здравоохранения и руководители психотерапевтических лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) давно и убежденно подчеркивают необходимость создания психотерапевтической службы в общесоматических амбулаторных и стационарных ЛПУ. Справедливо отмечается, что даже в крупных городах России отсутствует эффективно функционирующая психотерапевтическая служба (Ю.П.Бойко, В.Ф.Вышлов, 1995). По данным главного психиатра МЗ РФ каждый четвёртый житель страны нуждается в консультации с психологом или психиатром, главным образом, по поводу невроза или личностных расстройств; первичная заболеваемость непсихотическими (пограничного уровня) расстройствами увеличилась за последние 7 лет на 38,9% (Б.А.Казаковцев, 1999). Для Москвы суммарно, невротическая болезненность и пограничные психические расстройства охватывают около 50% населения (Ю.П.Бойко с соавт., 2000).

В докладе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) за 2001 г. «Психическое здоровье: новое понимание новая надежда» отмечается, что в настоящее время во всем мире происходит интеграция психиатрической (в том числе и психотерапевтической) помощи в общую систему здравоохранения. Это даёт множество преимуществ и снижает стигматизацию больных. В этом случае воздействие на психические расстройства осуществляется наряду с лечением общесоматических заболеваний. Интеграция психиатрической (и психотерапевтической) помощи в общую систему здравоохранения приводит к более качественному лечению психических расстройств, связанных с соматическими проблемами и соматических расстройств, связанных с психическими расстройствами.

В 1997 г. в московской ГКБ № 36 в соответствии с приказом МЗМП РФ от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» (в котором впервые в отечественной медицине было

утверждено «Положение о психотерапевтическом кабинете/отделении»), организуемом в территориальных поликлиниках и в стационарах более 200 коек, начало работать отделение (кабинет) психотерапии со штатом: заведующий отделением – психиатр-психотерапевт, психиатр-консультант, медицинский психолог и специалист по социальной работе (найти специалиста на эту ставку так и не удалось).

ГКБ № 36 – старинная (бывшая Благушинская) больница скорой помощи (в 2001 г. ей исполнилось 100 лет) на 1255 коек (305 – терапевтических, 580 – хирургических, 120 гинекологических и 250 акушерских коек).

В связи с тем, что отделение (кабинет) психотерапии - совершенно новое подразделение в соматической больнице - большое внимание было уделено организационным вопросам: подбору кадров и составлению инструктивных документов, касающихся психотерапевтической помощи, составить и утвердить должностные инструкции на всех сотрудников отделения, учитывающие конкретные особенности каждого стационара. При подборе кадров было необходимо добиться того, чтобы коллектив работал как единая бригада специалистов, основной целью которой является улучшение психического здоровья и повышение качества жизни соматических больных с сопутствующими психическими расстройствами. Взаимное признание и уважение между психотерапевтом, психиатром, медицинским психологом и социальными работниками, перестройка их мышления на основе системной биopsихосоциальной модели, соблюдение равноправных партнёрских взаимоотношений – обязательные условия для успешной работы такой медико-социально-психологической бригады (А.Б.Холмогорова с соавт., 2002).

Из существующих моделей организации психотерапевтической (и психиатрической) службы соматическим больным в многопрофильных

соматических стационарах мы остановились на модели «взаимодействия – прикрепления» (G.Strathdee, 1997; А.Б.Смулевич с соавт., 1999), суть которой состоит в том, что психотерапевт-психиатр, консультируя по заявкам врачей-интернистов соматических больных с психическими расстройствами в многопрофильном соматическом стационаре, обсуждает с ними тактику лечения психических расстройств, для того, чтобы в последующем это лечение мог проводить сам врач-интернист. При этом психотерапевт (психиатр) отделения психотерапии способствует повышению квалификации интернистов и всего медицинского персонала в области диагностики и терапии психической патологии. Такая модель позволяет преодолеть недостаточную осведомленность врачей-интернистов в области психотерапии/психиатрии, а также существенно снизить потребности здравоохранения в узких специалистах психотерапевтического/психиатрического профиля. Однако эта модель оказания психотерапевтической/психиатрической помощи в многопрофильном соматическом стационаре («взаимодействия – прикрепления») будет эффективно работать только тогда, когда врачу – психотерапевту/психиатру отделения психотерапии удастся постепенно обучить врачей-интернистов соматического стационара методике раннего выявления даже самых легких психических расстройств у соматического больного. Для этого психотерапевту (и психиатру) отделения психотерапии необходимо постоянно проводить с врачами-интернистами соматического стационара циклы семинарских занятий по психотерапии и психиатрии, по профилактике суицидов среди соматических больных, по наиболее частым психическим расстройствам, которые могут встречаться у соматических больных, обучить их методике совместного лечения подобных больных и лечащим врачом-интернистом, и психотерапевтом или психиатром отделения психотерапии. Необходимо, путем постоянной разъяснительной работы с врачами-интернистами и заведующими клинических отделений, добиться следующего непременного условия: все стационарные соматические больные с малейшими признаками психического нездоровья должны в первый же день выявления лечащим врачом-интернистом этих признаков направляться на консультацию психиатра, психотерапевта или медицинского психолога. Это принципиально важно, так как основным механизмом, обеспечивающим консультацию психотерапевта/психиатра соматического больного в многопрофильном стационаре, является подача заявки на неё лечащим врачом-интернистом.

Консультативно-лечебная помощь сотрудников отделения психотерапии осуществлялась в соответствии со срочными и плановыми заявками из всех клинических отделений больницы.

Психотерапевт (частично психиатр и медицинский психолог) использовали следующие психотерапевтические методики: аутогенная тренировка индивидуальная и групповая; гипносуггестивная терапия индивидуальная групповая; коллективная психотерапия (в сопровождении музыко-терапия); психокоррекционная психотерапия; психотерапия сексуальных расстройств; рациональная и разъяснительная психотерапия; семейная психотерапия индивидуальная и групповая; эмоционально-суггестивная индивидуальная и групповая; библио-психотерапия и другие психотерапевтические методики в зависимости от профессиональных возможностей специалистов и технического оснащения отделения. Для проведения всех этих видов психотерапии в отделении психотерапии развернут гипнотарий, оснащенный всем необходимым для проведения психотерапии.

Дифференцированная психотерапевтическая работа проводилась повседневно. Психотерапевтическое воздействие предусматривалось также во время любых консультаций пациентов, когда должна применяться рационально-корrigирующая и иная адекватная ситуации и состоянию больного методика психотерапии.

Форма проведения психотерапии: индивидуальная, групповая, семейная. Ориентация психотерапии: проблемно-ориентированная (например, на симптомы заболевания), личностно-ориентированная (на личностные особенности конкретного пациента).

Наряду с психотерапией психотерапевт широко использовал дифференцированную психофармакотерапию соматических больных с выявленными психическими расстройствами следующими психотропными препаратами: нейролептики - галоперидол, терапен, сонапакс, неулептил, азалептин, хлорпротиксен, трифтазин; антидепрессанты - амитриptyлин, анафринил, людиомил; транквилизаторы - феназепам, реланиум, тазепам, клоназepam, алпразолам; снотворные - имован, радедорм, реладорм; ноотропы - пирацетам, церебролизин; другие препараты - финлепсин, паглюферал, кавинтон, стугерон.

Особое внимание следует уделить уровню доз психотропных препаратов у соматических больных, особенно с признаками органического поражения головного мозга: необходимо использовать небольшие дозы психотропных препаратов, так как эти больные могут реагировать на них тяжелыми побочными реакциями.

Большие особенности придает работе психотерапевта (психиатра и медицинского психолога) в соматической больнице кратковременность пребывания основного контингента соматических больных в стационаре (особенно, в больницах скорой помощи: в среднем 15 - 25 дней).

Постоянное наличие в многопрофильной соматической больнице врача-психотерапевта, врача-

психиатра и медицинского психолога, возможность в течение 15-30 минут после подачи заявки на консультацию осуществить ее этими специалистами - создает исключительно благоприятные условия (и для врачей-интернистов, и для соматических больных с сопутствующими расстройствами психики) для осуществления специализированной психиатрической, психотерапевтической или медико-психологической помощи, причем в наиболее щадящих, не травмирующих душевное состояние пациентов условиях. Трудно переоценить возможность для любого врача-интерниста многопрофильного соматического стационара при внезапном возникновении у соматического больного симптоматических психических расстройств немедленно обратиться к штатному психотерапевту/психиатру отделения психотерапии, который по срочной заявке окажет консультативно-лечебную помощь в ближайшие 15-30 минут и будет наблюдать за больным в динамике терапии все последующие дни.

Необходимо отметить еще один существенный факт, на который указывают многие соматические больные с сопутствующими психическими расстройствами. Эти больные дали согласие на консультацию психиатра или психотерапевта, предложенную им лечащим врачом-интернистом или даже сами высказали желание побеседовать с психотерапевтом. Большинство из них совершенно определенно говорили о том, что даже при субъективном понимании необходимости в помощи психиатра или психотерапевта в разрешении каких-либо невротических или личностных проблем они никогда бы не решились обратиться в психоневрологический диспансер из-за опасений "быть поставленными на учет", получить "ярлык душевнобольного". Благоприятная ситуация, когда в многопрофильной соматической больнице у пациента с сопутствующими психическими расстройствами возникает реальная возможность обсудить свои личностные или невротические расстройства с медицинским психологом, психотерапевтом или психиатром, расценивается таким пациентом, как наиболее удобная. Это полностью согласуется с рекомендациями ВОЗ о соблюдении основных прав, о борьбе с дискриминацией и стигматизацией лиц с психическими расстройствами.

С этой же проблемой соблюдения основных прав, борьбой с дискриминацией и стигматизацией больных с психическими расстройствами совпадает и необходимость сохранения конфиденциальной информации, получаемой психотерапевтом/психиатром отделения психотерапии о состоянии психического здоровья пациента. Так как медицинская карта (история болезни) соматического

стационара является открытым медицинским документом, в ней должна делаться запись психотерапевта/психиатра о консультации в виде краткой записи о некоторых жалобах, о некоторых анамнестических сведениях и о некоторых особенностях психического статуса (только тех, которые не дискредитируют, не ущемляют личность больного). Далее в консультации должны следовать диагноз психического расстройства в зашифрованном виде (по МКБ 10) и назначения. Исчерпывающие сведения с указанием всех необходимых для постановки клинического диагноза жалоб, данных анамнеза, психического статуса и развернутого диагноза должны записываться психотерапевтом/психиатром только в специальную «Психотерапевтическую/ психиатрическую карту больного соматического стационара». Для примера можно привести «карту», разработанную в ГКБ № 36.

*Психотерапевтическая (психиатрическая)
карта больного соматического стационара*

Ф.И.О.

Возраст

Пол

Отделение

Обратился самостоятельно/ по рекомендации (направлению) кого?

№ истории болезни.....даты: поступления...../консультации.../выписки.....

Соматический диагноз:

Жалобы:

История жизни и заболевания:

Психический статус:

Психиатрический диагноз:

Назначения:

Размер этой «карты» - половина листа А4. Расстояния между строчками произвольные. Если сведения не умещаются на лицевой стороне этой «карты», их записывают на её обороте, туда же следует записывать повторные консультации. Когда заполнены обе стороны «карты» к ней подклеиваются следующие страницы.

В заключение, обобщая 5-тилетний опыт работы отделения (кабинета) психотерапии в ГКБ № 36 г. Москвы, следует отметить, что специалисты этого отделения оказали консультативно-лечебную помощь 6040 больным, госпитализированным в больницу за это время (157974 больных). Эта цифра (6040 - 4%) в 2 раза превышает показатели, приводимые в литературе (А.Б.Смулевич, В.Н.Козырев с соавт., 1999). Распределение этих больных по психиатрическим и соматическим диагнозам приведено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение 6040 стационарных соматических больных с психическими расстройствами по диагнозам МКБ 10

Диагноз	Больных: абс. (%)	Диагноз	Больных: абс (%)
Орг.психозы и слабоумие	1547(25,6%)	Орг. непсихот. расстройства	1897 (31,4%)
Алкогольные делирии	181 (3%)	Неврот., связан. со стрессом и соматоф. рас-стра	1023 (16,9%)
Остр.прех.неорг.психозы	54 (0,9%)	Аффек.непсихот. расстройс.	536 (8,9%)
		Алк.абст.с неврозоп.р-вами	181 (3%)
		Нарк.абст.с неврол. р-твами	90 (1,5%)
		Резидуальная шизофрения	290 (4,8%)
		Олигофр., неадекв.поведен.	60 (1%)
		Эпилепсия с психопат.пов.	74(1,2%)
		Расстройство личности	107(1,8%)
Всего психотических расстройств	1782 (29,5%)	Всего непсихотических расстройств	4258 (70,5%)

Таблица 2

*Распределение 6040 стационарных соматических больных
с психическими расстройствами по соматической патологии*

Соматическая патология	Количество больных: абс. (%)	Соматическая патология	Количество больных: абс (%)
Скелетные травмы	978 (16,2%)	Черепно-мозговые травмы	852 (14,1%)
И.Б.С.	833 (13,8%)	Ожоги	735 (12%)
Гипертония	574 (9,5%)	Церебр.васкул.патология	447 (7,4%)
Отравлен.-интоксикац.	199 (3,3%)	Челюс.-лицев.патология	145 (2,4%)
Болезни печени	121 (2%)	Органич.пораж.ЦНС	109 (1,8%)
Глазная патология	103 (1,7%)	Инфаркт миокарда	97 (1,6%)
Болезни ЖКТ	84 (1,4%)	Акушерская патология	66 (1,1%)
Гинеколог.патология	54 (0,9%)	Тиреотоксикоз	54 (0,9%)
Онколог. Патология	42 (0,7%)	Вегето-сосуд. дистония	24 (0,4%)

Пятилетний опыт оказания психотерапевтической (и психиатрической) помощи больным московской многопрофильной больницы скорой помощи № 36 с разнообразными психическими расстройствами специалистами отделения (кабинета) психотерапии с использованием комбинированного психотерапевтического и психофармакологического

лечения показал, что организация такой помощи по модели «взаимодействие-прикрепление» улучшило качество оказания специализированной медицинской помощи этой категории больных, способствовало более полной психосоциальной реабилитации и улучшило качество их жизни.

НОВЫЕ АКЦЕНТЫ В ПОНЯТИИ ФИКСИРОВАННЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК В ТРАНЗАКТНОМ АНАЛИЗЕ

Е.Г.Шевелёва

г. Москва

Фиксированная эмоциональные установка - это основная жизненная позиция, которая формируется в раннем детском возрасте (до 6 лет), в основном, под влиянием родителей или значимых лиц из ближайшего окружения. В последующем, в детских дошкольных учреждениях, школе, приобретенная в

семье установка, как правило, подтверждается. Таким образом, завершается формирование самооценки и взглядов на окружение, механизмов взаимодействия со средой и человек сохраняет прочную связь с опытом детства. Эмоциональные установки складываются из двух составляющих:

отношения к себе и к миру. С учетом возможных вариантов благополучия и неблагополучия и их комбинаций выделяются четыре типа эмоциональных установок.

Эмоциональная установка «Я - неблагополучен», «Вы - благополучны»

К этой группе относятся люди с низкой самооценкой, постоянно сравнивающие себя с окружающими, с точки зрения собственного неблагополучия. Они рефлексируют, отталкиваясь от негативного отношения к себе. Такие люди опасаются принимать решения, как серьезные, так и мелкие самостоятельно, стараются воспользоваться поддержкой авторитетного лица. Порой, приняв какое-то решение или заняв определенную позицию и, столкнувшись с новой, альтернативной, но более авторитетной, отступают. Они склонны по поводу и без повода испытывать чувство вины. Уступают дорогу более сильным. Не способны ставить отдаленные цели, рисковать; вряд ли достигают серьезных успехов в карьере. Такие люди боятся выделиться своими взглядами, поведением, одеждой, социальным положением, предпочитая, чтобы все было «как у всех» или чуть хуже. Легче соглашаются с критикой в свой адрес, нежели с похвалой. Часто испытывают затаенную обиду, чувство неудовлетворенности, сравнивая себя с более успешными людьми, особенно, если ощущают собственный потенциал. Они могут неосознанно поддерживать отношения, в которых ощущают себя униженными, несчастными, страдают от таких отношений и, тем не менее, возвращаются к ним или другим подобным. Такие люди зачастую перестают ощущать самих себя, что на самом деле думают, чувствуют, сравнивая себя с другими, запрещают себе проявлять или призывают свои истинные интересы, мысли, чувства. Одеваются они блекло, порой неряшливо, хуже, чем могут себе позволить по средствам. Формы патологии, типичные для людей с данной эмоциональной установкой: депрессивные реакции, навязчивости, фобические расстройства, гипотония, бронхиальная астма, гастриты.

Эмоциональная установка «Я - неблагополучен», «Вы - неблагополучны»

Люди с такой эмоциональной установкой недовольны собой и окружающим миром. Они склонны к самоуничижению, негативным оценкам, мрачному мировосприятию. Уже в детском возрасте обращают на себя внимание различными формами нарушения поведения. Иногда не могут завершить обучение в школе по этой причине. Создается впечатление, что таким поведением бросают вызов всему окружению. Они подозрительны, порой агрессивны, находят общий язык с себе подобными, объединяются в группы «по интересам», где проводят время, упиваясь саморазрушающим поведением:

злоупотреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ. Такие люди не ценят ни свою, ни чужую жизнь, поэтому пополняют ряды криминального мира. Они не в состоянии поддерживать длительные близкие отношения, неосознанно провоцируют окружающих, чтобы те отвернулись от них. Обычно – это одинокие люди, которые не могут создать семью или подобные попытки оказываются неудачными. Жизнь напоминает медленное скатывание вниз по крутым склонам в темную яму. Поэтому зачастую они проводят долгие годы или заканчивают жизнь в тюрьмах, психиатрических больницах, интернатах, на вокзалах и улицах. Одеваются такие люди подчеркнуто неряшливо, порой безобразно, в темные тона, не следят за прической, пренебрегают элементарными правилами гигиены. Формы патологии, типичные для лиц с данной эмоциональной установкой: депрессии апатия, все виды саморазрушающего поведения: непомерное курение, злоупотребление алкоголем и его суррогатами, наркотическими и токсическими веществами. Причем они предпочтуют особо вредные и особо токсичные вещества. Характерны травмы тела, а также черепа и мозга и их последствия. Часто они болеют несколькими заболеваниями сразу.

Эмоциональная установка «Я - благополучен», «Вы - неблагополучны»

К этой группе относятся люди, в основном, с завышенной самооценкой. Однако эту самооценку трудно назвать адекватной, поскольку они неосознанно стремятся компенсировать дефицит самоуважения, собственной значимости путем порицания окружающих. С детских лет производят впечатление уверенных в себе людей, становятся лидерами в коллективах. Не сомневаются в своем выборе, оценках. Такие люди очень успешны в карьере, берутся за осуществление сложных проектов, способны максимально мобилизоваться, не боятся рисковать, достигают поставленной цели. Социальный статус – выше всяких похвал. Они живут с чувством явного превосходства над окружающими. Всегда лучше других осведомлены, имеют, безусловно, верную точку зрения, отлично знают, что необходимо другим, стремятся донести до них свое видение. При этом порой заходят далеко, давая советы относительно ключевых моментов в жизни, вопросов выбора, не задумываясь об ответственности. Поскольку они, как правило, окружены людьми с эмоциональной установкой «-», «+», последние легко подчиняются, оказываются не в силах противостоять, страдая от унижения. В окружении преобладают восторженные слушатели, немые исполнители или явные враги. Последних к середине жизни накапливается немало. Сталкиваясь с какими-либо проблемами, такие люди с легкостью обвиняют во всех бедах окружающих, не скучаясь на весьма нелестные оценки, оскорблении. Создается

впечатление, что большую часть жизни они конфликтуют с кем-то. Часть этих людей напоминает унылых скептиков, с позицией вечного недовольства и презрения. Другая часть проводит жизнь в поисках справедливости. Даже достигнув вершин успеха они не чувствуют себя счастливыми людьми, испытывают неудовлетворенность, глубокое разочарование, о чём в минуты откровенности делятся с немногими близким, оставшимися рядом. Неудивительно, так как трудно жить в гармонии с миром, который презираешь и ненавидишь.

Одеваются такие люди ярко, претенциозно.

Типичные для данной эмоциональной установки формы патологии: гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, инфаркт миокарда, геморрагический инсульт, истерия во всем многообразии её клинических проявлений.

*Эмоциональная установка «Я - благополучен»,
«Вы - благополучны»*

Люди с такой жизненной позицией самые гармоничные. Это единственная эмоциональная установка, которая осознается человеком. С детства они любимы и поэтому способные любить. Устанавливают ровные, теплые отношения с окружающими. Легко сходятся с людьми, вливаются в любой коллектив. Имеют много друзей, знакомых. Счастливы в семейной жизни, потому что подбирают партнера с соответствующей эмоциональной установкой и умеют

договариваться. Воспитывают своих детей, передавая им такое же жизнеутверждающее отношение к себе и к миру. Успешны в профессиональной сфере, достигают значительных результатов, спокойно проявляются к своей цели. Они устойчивы к разочарованиям, потерям, серьезным изменениям в жизни, потому что обладают колossalными ресурсами, быстро восстанавливаются и в любой сложной ситуации находят свои внутренние источники радости, счастья.

Они выглядят спокойными, доброжелательными, держатся независимо, одеваются со вкусом, разнообразно, стильно.

Обычно это соматически здоровые люди или страдают заболеваниями, не обнаруживающими психологического генеза.

Обычно в человеке сочетаются несколько эмоциональных установок с преобладанием одной. Возможны переходы из одной эмоциональной установки в другую под влиянием определенных событий, людей, воспоминаний. Анализ собственных эмоциональных установок, в особенности преобладающих, условий их переключения позволяет достичь серьезных внутренних изменений, найти пути более полной реализации, пересмотреть свое окружение и взаимодействие с ним и сделать свою жизнь максимально счастливой и продуктивной, утверждаясь в жизненной позиции «Я благополучен», «Вы - благополучны».

ПСИХИАТРИЯ

К ОРГАНИЗАЦИОННОМУ СТАНДАРТУ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Г.Х.Айбасова

Организация служб психического здоровья, эффективная форма их деятельности привлекают все более пристальное внимание специалистов в области психического здоровья по следующим обстоятельствам. Во-первых, тенденции к распространению психических заболеваний и масштабы экономических потерь, несомых обществом в данной связи, непрерывно возрастают. Во-вторых, опыт современной организации служб психического здоровья показывает, что социальные и экономические потери в данной сфере могут быть существенно минимизированы. В-третьих, психические заболевания далеко не исчерпывают полный перечень проблем в сфере психического здоровья, с которыми сталкивается человечество в начале XXI века. Все более или менее значительные социальные эпидемии: бедность, терроризм, религиозный экстремизм, наркомании с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, так или иначе, связаны с низким уровнем психического здоровья населения, или, правильнее сказать, с кризисом его психологической составляющей. Таким образом, цена эффективной организации деятельности служб психического здоровья, направленной на полный спектр психического здоровья, включая и его качественную сторону, неизмеримо возрастает.

В связи со всем сказанным, проблема разработки и внедрения организационного стандарта, обеспечивающего повышение эффективности деятельности служб психического здоровья, представляется весьма актуальной.

Ниже приводятся предварительные ориентиры и положения организационного стандарта в сфере психического здоровья, являющиеся основой для его полномасштабной разработки.

1. Определение целевых групп

Целевыми группами, охватываемыми рассматриваемым стандартом являются:

- лица, получающие специализированную помощь в службах психического здоровья;
- родные и близкие больных, охваченных непосредственной активностью данного сектора;
- опосредованно охватываются группы населения, имеющие отношение к распределению социальных средств.

2. Цели и задачи организационного стандарта

Основной целью организационного стандарта в сфере психического здоровья населения является:

- обеспечение соответствия объема, ассортимента и качества услуг, реализуемых службами психического здоровья, реальным потребностям населения;

- опосредованное повышение уровня психического здоровья населения;

- существенное повышение эффективности деятельности служб психического здоровья за счет внедрения научно-обоснованных организационных нормативов.

Основными задачами, решаемыми организационным стандартом, являются:

- оптимизация структуры служб психического здоровья, приведение их в соответствие с реальными потребностями в конкретных видах помощи;

- оптимизация и ресурсное обеспечение технологического процесса в профильных учреждениях (информационные, собственно организационные, профилактические, диагностические, лечебные, реабилитационные, ресоциализационные технологии и т.д.);

- обеспечивание кадровыми (штатными) ресурсами процесса производства услуг;

- стимуляция процессов формирования адекватных приоритетов в отношении психического здоровья в обществе;

- стимуляция более адекватного ресурсного перераспределения социальных средств в пользу решения проблем психического здоровья.

3. Базисные элементы и содержание основных разделов организационного стандарта

Нами выделяются следующие основные спецификации организационного стандарта в сфере психического здоровья населения:

- структура служб психического здоровья (макроструктура взаимодействия соответствующих служб; структура построения каждой службы (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической); структура конкретных учреждений);

- технологии служб психического здоровья (информационные, организационные, профилактические, диагностические, лечебные, реабилитационные, ресоциализационные, научно-исследовательские, образовательные);

- спецификация кадровой (штатной) обеспеченности;

- спецификация материально-технической и ресурсной обеспеченности.

4. Планируемые результаты

Основные результаты, планируемые за счет внедрения организационного стандарта, соответствуют профилю решаемых задач и спектру функциональной активности рассматриваемого стандарта:

- достижение соответствия объема, ассортимента, качества производимых в секторе психического здоровья услуг, реальным потребностям населения;

- достижение высоких уровней психического здоровья населения, улучшение качества жизни больных, их родных и близких;
- достижение высоких уровней эффективности в деятельности служб психического здоровья.

5. Инструменты и критерии оценки организационного стандарта

Основным инструментом оценки организационного стандарта является программа многоуровневого мониторинга состояния психического здоровья населения и служб психического здоровья.

Основными критериями оценки являются экспериментальные заключения о динамики соответствующих фрагментов (индикаторов) программы мониторинга, оценивающих деятельность служб психического здоровья.

Следующими этапами в разработке организационного стандарта являются:

- анализ существующей структуры, технологий, штатной и материально-технической обеспеченности;

- разработка соответствующих нормативных документов, регламентирующих данные позиции в деятельности служб психического здоровья населения.

Таким образом, формирование полного, комплексного организационного стандарта будет связано со значительным объемом исследовательской и аналитической работой составляющего содержание начального этапа реформирования служб психического здоровья населения.

К СТАНДАРТУ МОНИТОРИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Г.Х.Айбасова

Осуществление регулярного научного мониторинга является неотъемлемым атрибутом современных служб психического здоровья (ВОЗ, 2001). Положение о необходимости мониторинга состояния психического здоровья населения и служб психического здоровья входит во все программные документы Всемирной Психиатрической Ассоциации, принятые в последнее десятилетие (Резолюция Всемирного Конгресса ВПА, Йокогама, 2002). Выполнение данных требований – первый, и очень важный шаг в конструктивном влиянии на ситуацию в сфере психического здоровья населения (Доклад ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», ВОЗ, 2001).

Регулярный мониторинг состояния психического здоровья населения, уровня эффективности служб психического здоровья, в частности психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической, наркологической, рассматривается нами как обязательное условие нормативного планирования процессов развития и деятельности этих важнейших отраслей здравоохранения.

В данной связи нами был разработан проект стандарта мониторинга психического здоровья населения для служб психического здоровья, включающий следующие позиции:

1. Определение целевых групп

Основными целевыми группами, охватываемыми функциональной активностью стандарта мониторинга являются:

- население Республики Казахстан;
- лица, имеющие проблемы (заболевания, дискомфорт) в области психического здоровья и получающие в данный связи какую-либо помощь;

- родные и близкие пациентов, получающих помощь в службах психического здоровья;

- профессионалы, действующие в службах психического здоровья;

- организации и учреждения (в качестве юридических лиц), действующие в сфере психического здоровья;

- любые источники информации в сфере психического здоровья населения.

2. Цели и задачи стандарта мониторинга

Основная цель стандарта мониторинга – эффективное регулирование процесса планирования услуг в сфере психического здоровья населения, стимуляция социальной активности в направлении ресурсной обеспеченности сферы психического здоровья населения.

Основные задачи стандарта мониторинга:

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

- многоаспектная оценка деятельности служб психического здоровья (учитывается как спецификация данных служб: психиатрическая, психотерапевтическая, медико-психологическая, наркологическая, так и спецификация услуг по секторам первичной, вторичной, третичной профилактики, экспертных услуг и т.д.);

- многоплановая оценка результата активности служб психического здоровья (оцениваются экономические, социальные, клинические показатели, а также целевые группы населения по степени удовлетворенности деятельностью данного сектора);

- первичный анализ потребностей населения в специализированных услугах служб психического здоровья;
 - доведение необходимого объема информации до соответствующих социальных и профессиональных структур.
3. Базисные элементы (параметры) и содержание основных разделов (профилей) стандарта

мониторинга в сфере психического здоровья населения.

Наши исследования в области конструктивных моделей-эталонов мониторинга в сфере психического здоровья населения, а также наши собственные разработки, позволили сформулировать следующую схему базисных элементов и содержания многоуровневого мониторинга (схема 1).

Схема 1

Базисные элементы и содержание многоуровневого мониторинга психического здоровья

Номер индикатора	Профиль, параметры и обозначение индикаторов мониторинга психического здоровья	Населенный пункт	регион	Республика
1	Профиль государственной активности в сфере психического здоровья населения			
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 (стандарт 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>			

Номер индикатора	Профиль, параметры и обозначение индикаторов мониторинга психического здоровья	Населенный пункт	регион	Республика
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			
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	Профиль масштаба проблемы психического здоровья и уровня распространения психических расстройств			
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			

Номер индикатора	Профиль, параметры и обозначение индикаторов мониторинга психического здоровья	Населенный пункт	регион	Республика
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	Профиль основных характеристик процесса деятельности служб психического здоровья			
3.1	<i>Параметр кадровой обеспеченности</i>			
3.1.1	Обеспеченность системы психиатрической помощи врачами психиатрами			
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)			

Номер индикатора	Профиль, параметры и обозначение индикаторов мониторинга психического здоровья	Населенный пункт	регион	Республика
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)			
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 психического 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, пользовавшихся в течение года в психотерапевтических стационарах			
3.4.4	Количество пациентов, пользовавшихся в течение года в психотерапевтических диспансерах, центрах, кабинетах			
3.4.5	Количество пациентов, пользовавшихся 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	Профиль основных характеристик результата деятельности служб психического здоровья			
4.1	<i>Параметр оценки результатов деятельности в секторе первичной профилактики (конечные индикаторы)</i>			

Номер индикатора	Профиль, параметры и обозначение индикаторов мониторинга психического здоровья	Населенный пункт	регион	Республика
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			
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 помочь 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 помочь 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 помочь по профилю третичной профилактики в сфере психического здоровья, проводимая по специальной методике			

4. Планируемые результаты использования стандарта мониторинга:

- активизация и соответствующее информационное обеспечение процесса системного планирования

услуг (ассортимент, объем, качество) в сфере психического здоровья населения;

- активизация процесса обеспеченности потребности населения в специализированных услугах за

счет перераспределения социальных ресурсов и адекватного системного планирования.

5. Инструменты и критерии оценки результатов внедрения стандарта мониторинга

Основным инструментом, содержащим соответствующие оценочные критерии, является самодостаточный стандарт мониторинга, который включает механизмы обратной связи в виде прилагаемых стандартов услуг и профессиональной спецификации.

Таким образом, адекватное изменение данных составляющих, а также других индикаторов, оценивающих степень удовлетворенности населения службами психического здоровья, будет свидетельствовать о достижении планируемых результатов.

Таким образом, реализация (широкомасштабное внедрение) данного стандарта позволит существенно повысить эффективность служб психического здоровья, действующих в Республике Казахстан.

К СТАНДАРТУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИФИКАЦИИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Г.Х.Айбасова

Перечень профессий, имеющих прямое или косвенное отношение к проблемам в сфере психического здоровья населения, постоянно расширяется. Последнее десятилетие характеризуется тенденциями к внедрению бригадного подхода в деятельность психиатрической, наркологической, психотерапевтической служб, прослеживающимися в тех странах, где вопросам психического здоровья уделяется серьезное внимание. В среде специалистов, традиционно действующих в данной сфере – психиатров, наркологов, психотерапевтов – нарастает понимание того, что область психического здоровья является по своему определению мультисекторальной, многоаспектной и требующей пристального внимания всего гуманитарного сектора, а не только системы здравоохранения. Таким образом, основные профессиональные направления, представляющие службы психического здоровья, становятся все менее «врачебными», и все более «психологово-социальными». Как показывают многочисленные обзоры, анализирующие эффективность различных форм организации и деятельности служб психического здоровья по всему миру, от такого рода тенденций пациенты только выигрывают. Объективно отмечается повышение качества жизни пациентов, имеющих проблемы в сфере психического здоровья, которые получали мультисекторальную помощь от разных специалистов. К тому же родные и близкие этих пациентов также могли получить соответствующие виды консультативной, психологической и социальной помощи (доклад ВОЗ «Психическое здоровье, новое понимание, новые надежды», 2001).

Таким образом, существует настоятельная необходимость в разработке стандарта профессиональной спецификации в сфере психического здоровья населения, учитывающего весь перечень профессий, имеющих непосредственное отношение к реализации специализированных услуг в сфере

психического здоровья населения. Ниже приводятся основные положения настоящего стандарта.

Стандарт профессиональной спецификации

1. Определение целевых групп

Основными целевыми группами, охватываемыми функциональной активностью профессионального (квалификационного) стандарта являются:

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

- косвенно, данным стандартом охватывается группа пациентов, получающих услуги в службах психического здоровья.

2. Цели и задачи стандарта профессиональной спецификации

Основной целью стандарта профессиональной спецификации является:

- повышение уровня психического и психологического здоровья населения;

- повышение качества услуг, оказываемых населению службами психического здоровья.

Основными задачами стандарта профессиональной спецификации в сфере психического здоровья населения являются следующие:

- стимулирование развития сектора специализированных услуг, реализуемых службами психического здоровья;

- стимулирование роста профессионального мастерства персонала;

- обеспечение качественного воспроизведения полного ассортимента и объема специализированных услуг, требуемых населением;

- выполнение функции обратной связи в стандарте мониторинга;

- стимулирование развития образовательного стандарта.

3. Базисные элементы (секторы) и содержание основных разделов (профилей) стандарта профессиональной спецификации – структурной

составляющей общего профессионального (квалификационного) стандарта.

В данном разделе приводится перечень профессий, имеющих непосредственное отношение к оказанию специализированных услуг в сфере психического здоровья. Настоящий стандарт является лишь составной частью (первым разделом) общего профессионального (квалификационного) стандарта. Стандарт профессиональной спецификации не учитывает профессии, связанные с оказанием неспецифических (неспециализированных) услуг в данной сфере (например, терапевтов, невропатологов, стоматологов, административных сотрудников и др.). В то же время, данный стандарт, в соответствие с мировым

опытом развития бригадных форм деятельности в сфере психического здоровья, включает психологов, педагогов, юристов, социальных работников, специалистов в области трудового обучения. Таким образом, значительно расширяется сектор социально-реабилитационных и консультативных услуг.

Как показано на схеме 1, профессиональная спецификация, учитываемая настоящим стандартом, распределяется по секторам первичной, вторичной и третичной профилактики, что предполагает наличие различных специальных квалификационных требований к представителям одних и тех же профессий в части актуальных профессиональных знаний - умений – навыков.

Схема 1

*Базовые элементы и содержание стандарта профессиональной спецификации
в сфере психического здоровья населения*

Номер индикатора	Сектор, профиль и название профессии
1	Сектор первичной профилактики в сфере психического здоровья
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 области клинической психологии и коррекции
1.2	<i>Психотерапевтический профиль</i>
1.2.1	Психотерапевт с психологическим базовым образованием
1.2.2	Психотерапевт с медицинским базовым образованием
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
2	Сектор вторичной профилактики в сфере психического здоровья
2.1	<i>Врачебно-психиатрический профиль</i>
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
2.2	<i>Психотерапевтический профиль</i>
2.2.1	Психотерапевт с медицинским базовым образованием
2.2.2	Психотерапевт с психологическим базовым образованием
2.3	<i>Психологический профиль</i>
2.3.1	Психолог клинический
2.3.2	Психолог консультирующий
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
2.5	<i>Профиль среднего медицинского персонала</i>
2.5.1	Средний медицинский персонал диспансерного отделения (кабинета)
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)
2.6	<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	Педагог со специализацией в области логопедии
3	Сектор третичной профилактики
3.1	<i>Врачебно-психиатрический профиль</i>
3.1.1	Врач-психиатр с реабилитационными функциями
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

Номер индикатора	Сектор, профиль и название профессии
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

4. Планируемый результат реализации стандарта профессиональной спецификации

За счет широкомасштабного внедрения данного стандарта планируется достижение следующих результатов:

- расширение 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.

5. Инструменты и критерии оценки результатов использования стандарта профессиональной спецификации

Основным инструментом оценки результатов использования данного стандарта является

многоуровневый мониторинг (стандарт мониторинга) состояния и уровня психического здоровья населения, включающий соответствующие разделы, оценивающие объем и качество профессиональной помощи. Кроме того, предусматривается использование специальных анкет, оценивающих степень профессионализма исполнителей услуг в сфере психического здоровья.

Критерии общей оценки результатов складываются из показателей динамики индикаторов качества оказываемой специализированной помощи, и учитываются в соответствующих экспертных оценках.

Таким образом, внедрение настоящего стандарта будет способствовать существенному повышению эффективность в деятельности служб психического здоровья, повышению уровня психического здоровья населения и качества жизни пациентов, их родных и близких.

К СТАНДАРТУ УСЛУГ СЕКТОРА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Г.Х.Айбасова

Сфера услуг, реализуемых в области психического здоровья населения, их ассортимент, объем и качество, являются определяющими характеристиками общей эффективности служб психического здоровья (ВОЗ, 2001).

Наши предварительные исследования (анкетирование пациентов, получавших лечение в психиатрических, психотерапевтических и соматических учреждениях) показывают низкую степень удовлетворенности данной группы населения реализуемым спектром специализированных услуг.

Одним из принятых способов активного совершенствования сектора услуг в сфере психического здоровья населения является разработка и внедрение соответствующих стандартов, устанавливающих нормативные характеристики ассортимента, объема и качества реализуемых услуг.

Все вышесказанное в значительной степени относится к сектору первично-профилактических услуг в сфере психического здоровья населения.

В данной связи нами разработан стандарт услуг сектора первичной профилактики в сфере психического здоровья населения, основные позиции которого, излагаются ниже.

1. Определение целевых групп

Основной целевой группой, охватываемой активностью стандарта услуг в сфере первичной профилактики, являются:

- население Республики Казахстан;

2. Цели и задачи стандарта услуг в сфере первичной профилактики

Основной целью разработки и реализации стандарта является:

- повышение уровня психического и психологического здоровья населения за счет широкомасштабных и эффективных мероприятий, реализуемых службами психического здоровья по профилю первичной профилактики;

- удовлетворение скрытых и открытых потребностей населения в специализированной помощи.

<p>Основные задачи, решаемые настоящим стандартом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обеспечивать необходимый (требуемый) ассортимент услуг в сфере первичной профилактики, реализуемый службами психического здоровья; - обеспечивать качество соответствующих услуг; 	<ul style="list-style-type: none"> - выполнять функцию механизма обратной связи в стандарте мониторинга; - стимулировать развитие адекватных квалификационных и образовательных стандартов. <p>3. Базисные элементы (классы) и содержание основных разделов (секторов и профилей) стандарта услуг в сфере первичной профилактики отражены в схеме 1.</p>
---	--

Схема 1

*Базовые элементы и содержание стандарта услуг в сфере психического здоровья населения
(сектор первичной профилактики)*

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
1	Неспецифические технологии первичной профилактики в сфере психического здоровья
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
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)
1.2.2	Программы обучения учащихся детей, подростков, молодежи (адекватное образование)
1.2.3	Программы обучения педагогов, психологов, социальных педагогов, педагогов-валеологов, действующих в образовательных и воспитательных учреждениях
1.3	<i>Класс административных технологий</i>
1.3.1	Программы обучения руководителей конструктивному стилю общения и управления персоналом
1.3.2	Системная работа с персоналом учреждений, предприятий, организаций по формированию позитивного психологического «климата» в коллективе
1.3.3	Введение института психологического консультирования на производствах, предприятиях, организациях
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	Специфические диагностические технологии
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
2.1.2	Социально-психологические методы диагностики (диагностики уровня психического здоровья в малых группах)
2.1.3	Психологические методы диагностики (в частности – патопсихологические)
2.2.	<i>Класс диагностических технологий, определяющих уровень психологического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп)</i>
2.2.1	Специализированные методы социологической диагностики
2.2.2	Специализированные методы социально-психологической диагностики
2.2.3	Специализированные методы психологического тестирования
2.3	<i>Класс диагностических технологий формирования групп риска по определенному профилю проблем психического здоровья</i>

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
2.3.1	МоноФакторная диагностика определения групп риска
2.3.2	Многофакторная диагностики определения групп риска
3	Специализированные превентивные технологии в сфере психического здоровья
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
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
3.1.3.3	Предупреждение женщин, что употребление алкоголя во время, близкое к зачатию, увеличивает риск для ребенка
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>
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
3.2.7	Обеспечение генетическим консультированием
3.3	<i>Класс технологий превенции суицидов (самоубийств)</i>
3.3.1	Выявление и лечение людей, страдающих депрессией
3.3.2	Ограничение доступа к огнестрельному оружию
3.3.3	Детоксикация бытового газа и автомобильных выхлопных газов
3.3.4	Контроль доступа к токсическим веществам и лекарствам
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 помощь другим людям
3.4.2	Обеспечение равномерного распределения удовлетворяющих заданий между сотрудниками
3.4.3	Обучение сотрудников распределению времени и техникам релаксации
3.4.4	Модификация работ, вызывающих слишком большой стресс
3.4.5	Поощрение формирования группы поддержки
3.4.6	Наличие возможности работы на часть ставки
3.4.7	Поощрение сотрудников к участию в принятии решений, влияющих на условие работы
4	Специализированные технологии развития психологического здоровья
4.1	<i>Класс специальных психотерапевтических технологий</i>
4.1.1	Технологии социальной психотерапии
4.1.2	Технологии групповой психотерапии
4.1.3	Технологии индивидуальной психотерапии
4.2	<i>Класс специальных технологий психологического консультирования</i>
4.2.1	Технологии психологического консультирования экзистенциально-гуманистического направления

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
4.2.2	Технологии психологического консультирования психодинамического направления
4.2.3	Технологии психологического консультирования когнитивно-бихевиорального направления
4.2.4	Технологии психологического консультирования интегративного направления
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
4.3.2	Технологии социально-психологических тренингов, направленные на адекватную интеграцию и доступ к психологическим ресурсам индивида группы

4. Планируемые результаты реализации стандарта услуг:

- постоянное совершенствование стандарта мониторинга;
- опосредованное конструктивное влияние на ресурсное обеспечение всего спектра активности служб психического здоровья;
- совершенствование квалификационного стандарта за счет постоянной стимуляции к овладению новыми знаниями – умениями – навыками в сфере обеспечения психического здоровья населения;
- опосредованное конструктивное влияние на образовательные и организационные стандарты;
- существенное расширение ассортимента первично-профилактических услуг, реализуемых в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению;
- существенное повышение качества услуг, реализуемых в данном секторе;
- повышение уровня психического здоровья населения, повышение качества жизни категории психически больных.

5. Инструменты и критерии оценки результатов использования стандарта первично-профилактических услуг

Основными инструментами и критериями оценки результатов разработки и внедрения стандартов

услуг, соответственно, являются разделы мониторинга, определяющие степень конструктивных изменений состояния психического здоровья населения и его отдельных групп (клинико-психопатологические, социальные, экономические параметры и параметры качества жизни); специальные анкеты, оценивающие степень удовлетворенности населения и профессионалов, ассортиментом, объемом и качеством услуг, оказываемых в рассматриваемом секторе. Кроме того, в качестве оценочного инструмента должен быть и квалификационный стандарт специалистов, действующих в данном секторе психического здоровья населения, четко показывающий объем и оперативность выполнения нисходящей функции стандарта услуг.

Позитивная экспертная оценка рассматриваемого стандарта, выносимая с учетом всех вышеперечисленных аспектов, может быть дана только в случае положительной динамики соответствующих индикаторов, составляющих содержание оценочных параметров.

Таким образом, реализация и широкомасштабное внедрение стандарта первично-профилактических услуг позволит обеспечивать повышение уровня психического здоровья населения и обеспечивать высокое качество жизни для значительного числа граждан Республики Казахстан.

К СТАНДАРТУ УСЛУГ СЕКТОРА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.Х.Айбасова

Лечебно-диагностические услуги в сфере психического здоровья населения являются ядром «потребительского» открытого спроса и центром активности соответствующих служб (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической и других). В отличие от первично-профилактического

сектора услуг, традиционно остаются в «тени» потребительского спроса и услуг сектора третичной профилактики, связываемых со сферой социального обеспечения.

Таким образом, динамика удовлетворения «потребительского» спроса на ассортимент, объем и

качество лечебно-диагностических и реабилитационных услуг, в настоящее время, определяет общую эффективность служб психического здоровья в гла-зах населения.

Однако не только данные обстоятельства заставляют обращать повышенное внимание на сектор услуг вторичной профилактики. Его интенсивное развитие является естественно-научной базой для соответствующей динамики, как для сектора первичной профилактики, так и для третично-профилактического сектора услуг.

В связи со всем сказанным нами разработан стандарт лечебно-диагностических услуг сектора вторичной профилактики, основные положения которого приводятся ниже.

1. Определение целевых групп

Основными целевыми группами, охватываемыми активностью стандарта услуг, являются:

- группа лиц, находящихся в предболезненном и болезненном состоянии по профилю психического здоровья населения;

- родственники и близкие пациентов, получающие помочь в службах психического здоровья.

2. Цели и задачи стандарта услуг

Основной целью разработки и реализации стандарта услуг в сфере психического здоровья населения является:

- удовлетворение скрытых и открытых потребителей населения в специализированной помощи.

Основные задачи, решаемые данным стандартом услуг, следующие:

- обеспечивать необходимый (требуемый) ассортимент услуг, реализуемый службами психического здоровья;

- обеспечивать качество специализированных услуг;

- выполнять функцию механизма обратной связи в стандарте мониторинга;

- стимулировать развитие адекватных квалификационных и образовательных стандартов.

3. Базисные элементы (классы) и содержание основных разделов (секторов и профилей) рассматриваемого стандарта услуг в сфере психического здоровья населения представлены в схеме 1.

Схема 1

Базисные элементы и содержание стандарта услуг в сфере психического здоровья населения (сектор вторичной профилактики)

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
1	Профиль информационных услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения
1.1	<i>Класс информационных услуг, предоставляемых пациенту, его родственникам, близким, законным представителям (опекунам) в связи с фактом заболевания</i>
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
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)
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
1.1.4	Дистанционное (заочное) информирование и консультирование пациентов, их родственников и представителей по вопросам диагностики, лечения и обеспечения прав психически больных
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
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
1.2.2	Возможность телефонных и иных дистанционных контактов (связь через Интернет) с кем-либо из окружения пациента
1.2.3	Возможность почтовой или электронной переписки
1.2.4	Возможность знакомства с программами СМИ, просмотра телепередач, прослушивания радиопередач
1.2.5	Возможность пользоваться библиотекой, приобретать нужные газеты, журналы
2	Профиль диагностических услуг сектора вторичной профилактики

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
2.1	<i>Класс функциональной диагностики</i>
2.1.1	Электрокардиография (ЭКГ)
2.1.2	Фонокардиография
2.1.3	Ультразвуковая диагностика состояния внутренних органов (УЗИ)
2.2.	<i>Класс нейрофизиологической диагностики</i>
2.2.1	Электроэнцефалография (ЭЭГ)
2.2.2	Электроэнцефалография с модификациями и компьютерным анализом данных
2.2.3	Реоэнцефалография сосудов мозга с компьютерным анализом данных
2.2.4	Допплерография сосудов мозга с компьютерным анализом данных
2.2.5	Эхо-энцефалоскопия мозга
2.2.6	Исследование глазного дна
2.3	<i>Класс клинической диагностики</i>
2.3.1	Клиническая лабораторная диагностика
2.3.2	Биохимическая лабораторная диагностика
2.3.3	Бактериологическая лабораторная диагностика
2.3.4	Серологическая лабораторная диагностика
2.3.5	Цитологическая лабораторная диагностика
2.3.6	Консультирование и клиническая диагностика по терапевтическому профилю
2.3.7	Консультирование и клиническая диагностика по неврологическому профилю
2.3.8	Консультирование и клиническая диагностика по хирургическому профилю
2.3.9	Консультирование и клиническая диагностика по стоматологическому профилю
2.3.10	Консультирование и клиническая диагностика по гинекологическому профилю
2.3.11	Консультирование и клиническая диагностика по инфекционному профилю
2.3.12	Консультирование и клиническая диагностика по фтизиатрическому профилю
2.3.13	Консультирование и клиническая диагностика по офтальмологическому профилю
2.3.14	Консультирование и клиническая диагностика по отоларингологическому профилю
2.3.15	Консультирование и клиническая диагностика по педиатрическому профилю
2.4	<i>Класс рентгенологической диагностики</i>
2.4.1	Рентгеноскопия черепа и внутренних органов
2.4.2	Рентгенография черепа и внутренних органов
2.4.3	Рентгенография черепа и внутренних органов с использование контрастных веществ
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 критериев МКБ-10
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
2.6.2	Диагностика сохранных «островов» психики и особенностей реакции личности на болезнь
3	Профиль специфических лечебных технологий
3.1	<i>Класс биологической терапии</i>
3.1.1	Психофармакотерапия
3.1.1.1	Технологии лечения нейролептиками
3.1.1.2	Технологии лечения транквилизаторами
3.1.1.3	Технологии лечения антидепрессантами
3.1.1.4	Технологии лечения психостимуляторами
3.1.1.5	Технологии лечения антиконвульсантами
3.1.1.6	Технологии лечения нейрометаболитическими церебропротекторами
3.1.1.7	Технологии лечения нормотимиками
3.1.1.8	Технологии лечения корректорами экстрапирамидных побочных эффектов
3.1.2	Инсулинотерапия
3.1.3	Атропино-коматозная терапия
3.1.4	Электросудорожная терапия
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
3.1.5.5	Плазмосорбция
3.1.5.6	Гемофильтрация

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
3.1.5.7	Гемоксигенация
3.1.6	Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)
3.1.7	Физиотерапия и другие нелекарственные методы терапии
3.1.7.1	Оксигенобаротерапия
3.1.7.2	Рефлексотерапия
3.1.7.3	Лазеротерапия
3.1.7.4	Магнитотерапия
3.1.7.5	Фототерапия
3.1.7.6	Депривация сна
3.1.7.7	Разгрузочно-диетическая терапия
3.1.7.8	Специальный массаж
3.1.7.9	ЛФК (лечебная физкультура)
3.1.8	Технологии интенсивной психоформакотерапии
3.1.8.1	С одномоментным обрывом
3.1.8.2	С одномоментным обрывом и форсированным диурезом
3.1.8.3	Титрационным введением базисного психоформакологического средства
3.1.9	Технологии форсированной инсулинопомозной терапии
3.1.10	Технологии модифицированной электросудорожной терапии
3.1.10.1	Унилатеральная ЭСТ
3.1.10.2	ЭСТ с премедикацией
3.2.	<i>Класс психотерапии</i>
3.2.1	Технологии основных направлений психотерапии
3.2.1.1	Методы психотерапии психодинамического направления
3.2.1.2	Методы психотерапии когнитивно-бихевиорального направления
3.2.1.3	Методы психотерапии экзистенциально-гуманистического направления
3.2.1.4	Методы психотерапии семейного направления
3.2.1.5	Методы психотерапии суггестивного направления
3.2.1.6	Методы психотерапии эклектического и интегративного направления
3.2.2	Технологии основных моделей психотерапии
3.2.2.1	Методы медицинской модели психотерапии
3.2.2.2	Методы педагогической модели психотерапии
3.2.2.3	Методы психологической модели психотерапии
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)
3.2.3.2	Методы индивидуальной психотерапии
3.2.3.3	Методы психотерапии в малых и средних группах
3.2.3.4	Методы психотерапии в больших группах
3.2.4	Интенсивные психотерапевтические технологии
3.2.4.1	Методы среднесрочной психотерапии
3.2.4.2	Методы краткосрочной психотерапии
3.2.4.3	Методы экспресс-психотерапии
3.2.4.4	Методы стресс-шоковой психотерапии
3.3	<i>Класс социально-психологической терапии</i>
3.3.1	Социально-психологические методы коррекции, восстановления и развития нарушенных психических функций
3.3.1.1	Социально-психологический тренинг сенситивных функций
3.3.1.2	Социально-психологический тренинг коммуникативных функций
3.3.1.3	Социально-психологический тренинг адаптивных функций (навыков по самообслуживанию, самопомощи, взаимопомощи)
3.3.1.4	Социально-психологический тренинг креативных функций
3.3.1.5	Социально-психологический тренинг интегративных функций (трудовых, социальных и т.д.)
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)
3.4.2	Групповые реабилитационные программы без учета нозологической специфики (основной акцент делается на организацию терапевтического сообщества по модели М.Джонса)
3.4.3	Групповые реабилитационные программы с учетом нозологической специфики
4	Профиль неспецифических лечебных технологий
4.1	<i>Медикаментозная терапия по различным непсихиатрическим нозологическим профилям (терапевтическому, неврологическому, инфекционному и т.д.)</i>
4.2	<i>Немедикаментозная терапия по различным непсихиатрическим нозологическим профилям, адекватная состоянию пациента (включая относительно простые хирургические стоматологические операции и т.д.)</i>
4.3	<i>Физиотерапевтические методы лечения по показаниям</i>
5	Профиль формы оказания специализированных лечебно-диагностических услуг

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
5.1	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в режиме скорой и неотложной помощи</i>
5.2	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в режиме стационарной помощи</i>
5.3	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в условиях дневного стационара</i>
5.4	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в условиях ночного стационара</i>
5.5	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в амбулаторном режиме (диспансерное отделение или кабинет)</i>
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>
6.	Профиль возрастной специализации лечебно-диагностических услуг
6.1	<i>Лечебно-диагностические услуги, специализированные для детского возраста</i>
6.2	<i>Лечебно-диагностические услуги, специализированные для подросткового возраста</i>
6.3	<i>Лечебно-диагностические услуги педиатрического профиля</i>
7	Профиль позологической специализации лечебно-диагностических услуг
7.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по профилю общих психозов</i>
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>
7.3	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по психосоматическому профилю</i>
7.4	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по somato-психиатрическому профилю</i>
7.5	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по фтизиатрическому профилю</i>
7.6	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по инфекционному профилю</i>
7.7	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по наркологическому (алкоголизму) профилю</i>
7.8	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по наркологическому (наркомании) профилю</i>
7.9	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по профилю органических расстройств и эпилепсии</i>
8	Профиль экспертизной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг
8.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением военной экспертизы</i>
8.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением трудовой экспертизы</i>
8.3	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением судебной экспертизы</i>
8.4	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с прохождением курсов принудительного лечения</i>
9.	Профиль специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности
9.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в отделениях интенсивной терапии психозов</i>
9.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в реабилитационных и ресоциализационных отделениях</i>
10.	Профиль услуг, направленных на обеспечение собственной безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц
10.0.1	<i>Принудительная госпитализация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с действующими правовыми нормами и неотложными показаниями</i>
10.0.2	<i>Фиксация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с утвержденным правовым оформлением подобных действий и неотложными показаниями</i>
10.0.3	<i>Надзор, осуществляемый в палатах интенсивного наблюдения</i>
10.0.4	<i>Надзор, осуществляемый в отделениях острых психозов</i>
10.0.5	<i>Наблюдение, осуществляющееся в общепсихиатрических отделениях</i>
11	Профиль правовых и социальных услуг
11.1	<i>Класс юридических услуг</i>
11.1.1	<i>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</i>
11.1.2	<i>Юридическое консультирование по вопросам гражданских прав пациента (например, в области жилищного законодательства и т.д.)</i>
11.1.3	<i>Зашита прав пациента в суде</i>
11.2	<i>Класс организационно-правовых услуг</i>
11.2.1	<i>Обеспечение конфиденциальности относительно контактов пациента с психиатрической службой</i>
11.2.2	<i>Проведение процедуры психиатрического освидетельствования в соответствие с действующим законодательством в сфере психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании</i>
11.2.3	<i>Оформление временной нетрудоспособности</i>
11.2.4	<i>Направление на ВКК в связи с необходимостью продления лечения</i>
11.2.5	<i>Оформление прав на пособия и льготы, возникающие в связи с фактом психического заболевания</i>
11.2.6	<i>Направление на трудовую экспертизу в связи с необходимостью пересмотра условий и возможности труда</i>
11.2.7	<i>Направление на ВКК в связи с необходимостью изменения условий обучения или временного прекращения обучения</i>

Номер индикатора	Профиль, класс и название услуг
11.3	<i>Класс технологий социальной поддержки</i>
11.3.1	Выплата пособий по временной нетрудоспособности
11.3.2	Бесплатный отпуск лекарств
11.3.3	Льготный проезд в транспорте
11.3.4	Выплата пособий родственникам пациентов, в связи с необходимостью ухода за ними

4 Планируемые результаты реализации стандарта услуг:

- постоянное совершенствование стандарта мониторинга;
- опосредованное конструктивное влияние на ресурсное обеспечение всего спектра активности служб психического здоровья;
- совершенствование квалификационного стандарта за счет постоянной стимуляции к овладеванию новыми знаниями – умениями – навыками в сфере обеспечения психического здоровья населения;
- опосредованное конструктивное влияние на образовательные и организационные стандарты;
- существенное расширение ассортимента лечебно-диагностических услуг, реализуемых в данном секторе;
- опосредованное повышение уровня психического здоровья населения, повышение качества жизни категории психически больных.

5 Инструменты и критерии оценки результатов использования стандарта услуг

Основными инструментами и критериями оценки результатов разработки и внедрения стандартов

услуг, соответственно, являются разделы мониторинга, определяющие степень конструктивных изменений состояния психического здоровья населения и его отдельных групп (клинико-психопатологические, социальные, экономические параметры и параметры качества жизни); специальные анкеты, оценивающие степень удовлетворенности населения, пациентов, их родственников и профессионалов, ассортиментом, объемом и качеством услуг, оказываемых в рассматриваемом секторе. Кроме того, в качестве оценочного инструмента должен быть и квалификационный стандарт специалистов, действующих в сфере психического здоровья населения, четко показывающий объем и оперативность выполнения исходящей функции стандарта услуг.

Позитивная экспертная оценка рассматриваемого стандарта, выносимая с учетом всех вышеперечисленных аспектов, может быть дана только в случае положительной динамики соответствующих индикаторов, составляющих содержание оценочных параметров.

Таким образом, внедрение настоящего стандарта будет способствовать повышению эффективности в деятельности служб психического здоровья в Республике Казахстан.

АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТАНДАРТА В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.Х.Айбасова

В соответствие с разработанной нами концепцией, действующим организационным стандартом в системе психиатрической помощи РК является утвержденный нормативный документ - приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 269 от 13 мая 1998 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи», в котором получают развитие принципы, установленные Законом РК «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», приводятся характеристики, правила,

описывается содержание различных аспектов деятельности психиатрической службы.

1. Макроструктура документа.

Анализируемый приказ содержит 6 разделов, из которых первый, в основном, посвящен структурному и технологическому компоненту организационного стандарта (Положения 1.1. - 1.7, 1.13); Правила и инструкции (1.8 - 1.12), а также компоненты кадровой спецификации и штатной обеспеченности (1.13, 1.14). Второй раздел приказа устанавливает систему приоритетов в деятельности служб

г. Алматы

психического здоровья (позиции 2.1 - 2.4) с акцентом на определенные классы предпочтительных технологий и организационных форм их реализации. Третий раздел приказа устанавливает приоритеты в направлении научных исследований (позиции 3.1. - 3.4.). Раздел 4, 5 и 7 (позиции 4-4.1, 5-5.1, 7) устанавливает принципы координации, должностной ответственности и контроля за реализацией настоящего стандарта организации деятельности системы психиатрической помощи. Раздел 6 отменяет все предыдущие приказы и инструкции, формировавшие предыдущий организационный стандарт в рассматриваемой сфере. Таким образом, в настоящем документе, в основном, проработаны все базисные элементы, формирующие содержание организационного стандарта: структурные, технологические, кадровые и, отчасти, материально-технические (ресурсные). Вместе с тем, при анализе макроструктуры данного организационного стандарта следует учитывать и наличие других компонентов, формирующих профессиональное поле психиатрии. В данной связи, вышеуказанную структуру организационного стандарта следует считать достаточный лишь в том случае, когда разработаны и утверждены следующие группы профессиональных стандартов: стандарт мониторинга, стандарт услуг, стандарт кадровой специификации и квалификации, образовательный стандарт, стандарт национальных приоритетов. В нашем случае данное условие выполняется лишь частично (не утверждены стандарты мониторинга, услуг, квалификации), что предполагает необходимость дополнения настоящего приказа соответствующими разделами или приложениями. В связи со всем сказанным следует вывод о *неполном соответствии макроструктуры анализируемого документа эталонным требованиям*.

2. Анализ нормативно-устанавливаемой структуры специализированной психиатрической помощи.

Структура психиатрической помощи регламентируется следующими положениями настоящего приказа:

- положение о психиатрической больнице (приложение № 1 приказа);
- положение о психоневрологическом диспансере (приложение № 2 приказа);
- положение о психиатрическом отделении для больных с психосоматическими расстройствами (приложение № 4 приказа);
- положение о дневном стационаре (отделении, палате) для психически больных (приложение № 5 приказа);
- положение о ночном стационаре (отделении, палате) для психически больных (приложение № 6 приказа);
- положение о психиатрической врачебной бригаде скорой медицинской помощи (приложение № 7 приказа);

- положение об общественном консультативно-экспертном совете по психиатрии (приложение № 13 приказа);
- правила устройства и эксплуатации психиатрических организаций (приложение № 7 приказа).

Рекомендуемая структура психиатрической помощи является, в основном, узкоспециализированной, предусматривающей обособленное функционирование системы психиатрической помощи в системе здравоохранения. Интеграция в общесоматическую сеть осуществляется за счет положения о психиатрическом отделении для больных с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией (приложение № 3 п. 1), предусматривающего развертывание таких подразделений в составе крупной многопрофильной больницы. А также за счет положения об отделении для больных с психосоматическими расстройствами (приложение № 4 п.1), где допускается организация подобных подразделений в составе многопрофильной больницы. Кроме того, сельские психиатрические участки (кабинеты) являются структурными подразделениями многопрофильных районных больниц. Данные структуры имеют двойное подчинение: административное (непосредственно администрации учреждения по месту расположения соответствующего структурного психиатрического подразделения), и организационно-методическое (головное психиатрическое учреждение региона). С учетом современных требований, предусматривающих более тесную интеграцию системы психиатрической помощи с общесоматической сетью, с одной стороны, и социально-гуманитарными организациями немедицинского профиля - с другой, обозначенный в анализируемом документе уровень интеграции системы психиатрической помощи с общемедицинскими структурами, представляется недостаточным. Фактически же, в Республике Казахстан в общесоматическую сеть интегрированы лишь психиатрические кабинеты в сельских районных больницах и незначительное число психиатрических кабинетов в городских многопрофильных поликлиниках.

Дифференцированная микроструктура психиатрических больниц и диспансеров - основных функциональных единиц сложившейся в РК системы психиатрической помощи - обозначается в анализируемом документе следующим образом (приложение № 8 приказа «Правила устройства и эксплуатации психиатрических организаций»):

Основные блоки:

- приемное отделение
- лечебные отделения
- лечебно-диагностические отделения
- диспансерное отделение
- лечебно-производственные (трудовые) мастерские с дневным стационаром
- административный блок

-
- вспомогательные отделения и службы
 - хозяйственные помещения
 - садово-парковые и спортивные сооружения малых форм, теплицы и парники.

Последние 4 блока имеют непосредственное отношение к услугам второго уровня (административно-хозяйственному обеспечению производства лечебно-диагностических услуг первого уровня) и поэтому в данном разделе более детально не анализируются.

Первые 5 блоков анализируются более детально, поскольку их микроструктура имеет непосредственное отношение к определению базисных технологий системы психиатрической помощи в РК.

В рассматриваемом приказе проводится следующая микроструктура блока лечебных отделений:

- общепсихиатрические территориальные;
- психотерапевтическое;
- психосоматическое;
- соматопсихиатрическое;
- соматогериатрическое;
- наркологическое отделение (для лиц, страдающих алкоголизмом);
- экспертное отделение (палаты) для лиц, проходящих трудовую или военную экспертизу;
- судебно-психиатрическое отделение;
- туберкулезное отделение;
- детское отделение;
- подростковое отделение;
- изолятор для инфекционных больных;
- наркологическое отделение (палаты) для лиц, страдающих наркоманиями;
- отделение специализированного типа для принудительного лечения психически больных по определению суда.

Таким образом, предусматривается структурирование лечебной помощи по 4 профилям и следующим уровням дифференциации:

- возрастная спецификация (детское, подростковое, гериатрическое);
- нозологическая спецификация (общепсихиатрические, соматопсихиатрическое, психосоматическое, туберкулезное, наркологические);
- спецификация по функциональному признаку (экспертные, специализированные для принудительного лечения, изолятор, психиатрическое).

В то же время спецификации по реабилитационным задачам (отделения или блоки интенсивной терапии психозов, и реабилитационные отделения) настоящим приказом не предусматривается.

Далее, приводится следующая микроструктура блока лечебно-диагностических отделений:

- отделение функциональной диагностики;
- физиотерапевтическое отделение с кабинетом лечебной физкультуры;
- рентгенологическое отделение;
- патологоанатомическое отделение с цитологической лабораторией;

- специализированные кабинеты (стоматологический, хирургический, гинекологический, офтальмологический, отоларингологический);
- лаборатории (патопсихологическая, электрофизиологическая, биохимическая, клиническая, бактериологическая, серологическая).

Данным перечнем (дополняемым штатным расписанием рассматриваемых психиатрических учреждений, где предусмотрено, в частности, оказание неврологической, терапевтической и других видов помощи) достаточно полно охватывается спектр диагностических потребностей современных психиатрических учреждений. В тоже время следует отметить возможность существенного расширения и приближения к пациенту ассортимента диагностических услуг, не вошедших в данный перечень, в случае, если специализированная психиатрическая помощь оказывается в многопрофильном лечебном учреждении.

Микроструктура диспансерного отделения включает дифференциацию специализированной помощи по возрастному признаку (взрослые, подростковые и детские участки и кабинеты, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь); по нозологическому признаку (психотерапевтический кабинет) и функциональному признаку (кабинет судебно-психиатрической экспертизы). Следует отметить, что пациентам, получающим психиатрическую помощь в амбулаторном режиме, предоставляется возможность использования всего комплекса диагностических услуг, поименованных в предыдущем подразделе.

Предполагается, что общий объем (мощность) названных структурных подразделений зависит от численности обслуживаемого населения и оговаривается специальными положениями рассматриваемого документа.

Таким образом, при достаточно дифференцированной макро и микроструктуре системы психиатрической помощи, относящейся, в основном, к сектору вторичной профилактики (реализующей лечебно-диагностические услуги), дефицитарным представляется сектор первичной и третичной профилактики. Кроме того, система психиатрической помощи недостаточно интегрирована, с одной стороны, в общесоматическую сеть, с другой - в социально-гуманитарный сектор. Последнее замечание особенно справедливо для секторов первичной и третичной профилактики в системе психиатрической помощи населению.

Общая оценка структуры организационного стандарта системы психиатрической помощи населению, с учетом всего сказанного, показывает средний уровень соответствия современным требованиям (эталонам).

3. Анализ нормативно-предписываемых базисных технологий, реализуемых в системе психиатрической помощи.

- В данном разделе анализируются следующие технологии деятельности психиатрических учреждений:
- профилактические;
 - диагностические;
 - лечебные;
 - реабилитационные;
 - ресоциализационные (социальные);
 - информационные (профилактика, организация, мониторинг);
 - административно-организационные;
 - образовательные;
 - научно-исследовательские.

В анализируемом приказе отсутствует специальный раздел, или выделенные блоки соответствующих разделов, рассматривающие технологические аспекты деятельности системы психиатрической помощи населению. Отсутствуют также общий технологический стандарт или серия данных стандартов, утверждаемых в отдельных приложениях приказа.

Что касается административно-организационных технологий, то таковыми следует считать собственно текст анализируемого приказа, где более или менее подробно описывается административное устройство системы психиатрической помощи, общий алгоритм и характер взаимодействия ее структурных подразделений (приложения 1.1-1.7). Между тем, в настоящем приказе отсутствует утвержденный перечень должностных обязанностей персонала психиатрических учреждений. Цели, задачи и конечные результаты деятельности конкретных подразделений четко не выделяются.

Необходимость реализации профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и социальных технологий, без какой либо их дифференциации, регламентируется подразделами «Основные задачи и функции» приложений 1-7 приказа. Характерно, что данные положения рассматриваемого приказа, по сути, не являются более полными и структурированными в сравнении с соответствующими статьями Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Информационные технологии упоминаются в п. 3.3 основного текста приказа, где предписывается «активизировать проведение клинико-эпидемиологических исследований для получения статистических данных о распространении различных форм психических расстройств». Однако, данное упоминание следует квалифицировать как ссылку, не раскрывающую весь объем задач, проблемное поле в сфере психического здоровья, которое решается с использованием соответствующих информационных технологий. Соответственно, отсутствует описание (стандарт) такого рода технологий, в том числе и стандарт мониторинга психического здоровья населения.

Каких-либо ссылок на образовательные технологии, тем более, описания и утверждения

образовательных стандартов для специалистов, действующих в службах психического здоровья, в данном приказе нет.

Научно-исследовательские технологии, без какой-либо дифференциации и систематизации, представлены п.п. 3.1, 3.2, 3.4 основного текста приказа, где, в основном, выставляются задачи, а не уточняются средства и возможности их технологического достижения:

- проведение научных исследований по изучению причин и механизма возникновения психических заболеваний, методов их профилактики и лечения (п. 3.1 приказа);
- расширение и углубление комплексных социально-психологических, клинико-психопатологических и клинико-генетических исследований психических заболеваний (п. 3.2 приказа);
- завершение разработки клинических описаний и диагностических указаний МКБ-10 по разделу «Психические и поведенческие расстройства» для дальнейшего использования в клинических и образовательных целях (п. 3.4 приказа).

С учетом сказанного, общая оценка технологического блока организационного стандарта системы психиатрической помощи населению показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

4. Анализ нормативно-предписываемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности в системе психиатрической помощи.

Анализ приказа МЗ Казахстана № 269 от 13 мая 1998 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию организаций психиатрической помощи» показывает наличие следующей, нормативно утвержденной кадровой спецификации и штатной обеспеченности персоналом, имеющим непосредственное отношение к производству услуг первого уровня (лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических).

На схеме 1 приведена спецификация и штатные нормативы врачебного персонала амбулаторного (диспансерного), стационарного блоков психиатрической службы, дневных стационаров и ЛТМ, предписываемых приказом МЗ РК № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи». Штаты врачей судебно-психиатрической экспертизы, в целях удобства презентации и анализа общей врачебной обеспеченности, цитируются по приказу МЗ РК № 407 от 18.08.1997 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию судебно-психиатрической экспертизы» (как это и делается в анализируемом приказе № 269).

Штаты и спецификация врачей психотерапевтов, наркологов, действующих в системе психиатрической помощи населению, в данном сообщении нами не анализируются (сведения приводятся в следующих сообщениях).

Кадровая спецификация и штатная обеспеченность системы психиатрической помощи МЗ РК (врачебный персонал)

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
1	Врачебный персонал		
1.1	Врачебный персонал психоневрологических диспансеров отделений, кабинетов	Участковый врач-психиатр	1 должность на 25 тысяч взрослого (18 лет и старше) городского населения
		Участковый подростковый врач-психиатр	1 должность на 15 тысяч подростков от 15 до 17 лет включительно
		Участковый детский врач-психиатр	1 должность на 15 тысяч детей до 14 лет включительно
		Участковый врач-психиатр для оказания амбулаторной психиатрической помощи населению сельских районов и населенных пунктов, подчиненных администрации городов	1 должность на 50 тысяч населения (взрослых, подростков, детей); не менее 1 должности на районы
		Детский (подростковый) врач-психиатр для оказания помощи учащимся школ-интернатов для детей с задержкой психического развития, уменно отсталых детей, «спецшкол» и других учреждений, требующих особых условий воспитания	1 должность на каждое учреждение
		Врач-психиатр для обеспечения консультативной и организационно-методической работы по психиатрии	0,2 должности на 100 тыс. взрослого населения административных территорий; 0,3 должности на 100 тыс. подросткового населения административной территории; 0,5 должности на 150 тысяч детского населения административной территории
		Заведующий организационно-методическим консультативным отделом	1 должность на диспансер (областной, республиканский, г.г. Астана и Алматы)
		Врач судебно-психиатрический эксперт для проведения амбулаторной экспертизы (приказ МЗ РК от 18.08.1997 г.)	1 должность на 300 экспертиз в год (для экспертизы несовершеннолетних – 1 должность на 250 экспертиз)
		Председатель амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии (приказ МЗ РК № 407 от 18.08.1997 г.)	1 должность от 1000 экспертиз в год (для экспертизы несовершеннолетних – 1 должность от 750 экспертиз в год)
		Заместитель главного врача по медицинской части	1 должность на 30 врачебных должностях, включая должность главного врача
1.2	Врачебный персонал психоневрологических диспансерных отделений (кабинетов) в составе городских поликлиник и больниц (многопрофильных)	Врач-психиатр психоневрологического диспансерного отделения (кабинета)	Должности устанавливаются в соответствие с позициями, отраженными в п. 1.1 настоящей схемы
		Заведующий психоневрологического диспансерного отделения	1 должность вместо 1 должности врача-психиатра при наличии от 2-х до 3,5 врачебных должностей; 1 должность вместо 0,5 должности врача-психиатра при наличии свыше 3,5 врачебных должностей
		Заведующий организационно-методическим консультативным кабинетом	1 должность на психоневрологическое диспансерное отделение области, республики

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
1.3	Врачебный персонал психиатрических больниц, отделений, палат, в том числе детских	Врач-психиатр отделения выполняющего функции психоприемника с длительностью пребывания больного на койке до 20 дней	1 должность на 15 коек
		Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для взрослых	1 должность на 30 коек при среднем пребывании на койке от 20 до 70 дней; 1 должность на 40 коек при среднем пребывании на койке от 71 до 100 дней; 1 должность на 45 коек при среднем пребывании больного на койке свыше 100 дней
		Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для подростков	1 должность на 20 коек при среднем пребывании больного на койке от 20 до 70 дней; 1 должность на 35 коек при среднем пребывании больного на койке от 71 до 100 дней и выше
		Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для детей	1 должность на 20 коек при среднем пребывании больного на койке от 20 до 70 дней; 1 должность на 30 коек при среднем пребывании больного на койке от 71 до 100 дней; 1 должность на 35 коек при среднем пребывании больного на койке свыше 100 дней
		Врач – судебно-психиатрический эксперт стационарного отделения (приказ МЗ РК № 407 от 18.08.1997 г.)	1 должность на 10 коек (для экспертизы несовершеннолетних – 1 должность на 8 коек)
		Заведующий отделением стационарной судебно-психиатрической экспертизы	1 должность на 20 коек вместо 0,5 должности врача
		Врач-физиатр	1 должность на 30 коек в психотуберкулезных отделениях (палатах)
		Врач-терапевт	1 должность на 500 коек для взрослых (но не менее 1 должности на учреждение)
		Врач-педиатр	1 должность на 400 коек для госпитализации детей до 14 лет включительно
		Врач – акушер-гинеколог	1 должность на 500 коек, используемых для госпитализации женщин
		Врач-невропатолог	1 должность на 500 коек (но не менее 1 должности на учреждение)
		Врач-физиотерапевт	1 должность на 800 коек
		Врач функциональной диагностики	1 должность на 800 коек
		Врач-стоматолог	1 должность на 800 коек
		Врач-отоларинголог	1 должность на 800 коек
		Врач-офтальмолог	1 должность на 800 коек
		Врач-лаборант	1 должность на 400-600 коек (но не менее 1 должности в больницах на 200 и более коек)
		Врач-рентгенолог (приказ МЗ РК № 298 от 25.06.1996 г.)	1 должность на ... коек
		Врач-хирург	1 должность на 40 коек сомато-психиатрического отделения
		Врач-патологоанатом	1 должность на 500 и более коек
		Врач-статистик	1 должность на 1500 коек

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
		Заведующий стационарным психиатрическим отделением для взрослых (включая отделение военно-врачебной экспертизы)	При среднем пребывании больного на койке до 180 дней: - вместо 0,5 должности врача на 50-60 коек - 1 должность на отделение от 60 коек. При среднем пребывании больного на койке свыше 180 дней: - вместо 1 должности врача на 50 и 90 коек; - вместо 0,5 должности врача на 90 и более коек.
		Заведующий стационарным психотуберкулезным отделением	Вместо 0,5 должности врача на отделение от 40 до 60 коек; 1 должность на отделение от 60 коек
		Заведующий стационарным психиатрическим отделением для детей	Вместо 0,5 должности врача на отделение от 40 до 60 коек; 1 должность на отделение от 60 коек
		Заведующий лабораторией, рентгеновским кабинетом (отделением), физиотерапевтическим кабинетом, патологоанатомическим отделением	1 должность вместо одной должности врача-лаборанта, врача-рентгенолога, врача-физиотерапевта, врача-патологоанатома
		Заместитель главного врача по медицинской части	1 должность на 40 врачебных должностей, имеющихся в больнице, включая главного врача
1.4	Врачебный персонал дневных стационаров	Врач-психиатр – заведующий дневным стационаром	1 должность на дневной стационар мощностью до 100 мест
		Врач-психиатр дневного стационара	0,5 должности на каждые 50 мест, свыше должности заведующего дневным стационаром
1.5	Врачебный персонал лечебно-производственных (трудовых) мастерских	Врач-психиатр	0,5 должности на каждые 50 больных

В отношении спецификации врачебного персонала, нормативно-предписываемой психиатрическим учреждениям, следует отметить достаточную дифференциацию врачебно-психиатрического звена по возрастному профилю (детский, подростковый, взрослый); административно-методическому профилю (уровень организационно-методического консультативного кабинета (отдела), заведующего отделением (лабораторией), заместителя главного врача); а также по специфике лечебно-диагностических задач (амбулаторные, стационарные звенья, школы интернаты, спецшколы и другие специальные образовательные учреждения, судебно-психиатрическая экспертиза). В тоже время отсутствует достаточно важная спецификация по профилю реабилитационных задач (отделение интенсивной терапии психозов, реабилитационное отделение), задач по проведению военной экспертизы.

Следует, так же, отметить достаточную дифференциацию общесоматического врачебного звена, охватывающего 14 врачебных профилей, включая

лабораторный и патологоанатомический. В данном перечне отсутствуют врач-инфекционист и специалист по ЛФК, деятельность которых необходима в психиатрическом стационаре для полноценной диагностики и наблюдения за пациентами с подозрением на инфекцию, полноценной реабилитации пациентов, особенно детского возраста.

Штатные нормативы врачебно-психиатрического звена явно не соответствуют эталонным требованиям высококачественной и дифференцированной психиатрической помощи, исключают возможность использования дифференцированных, психопрофилактических, психотерапевтических и реабилитационных подходов в деятельности врачей-психиатров. Кроме того, низкая штатная обеспеченность отрицательно оказывается на возможности раннего выявления пациентов с различной психотической патологией. Настоящее штатное расписание, предусматривающее лишь по 1 должности врача психиатра, взрослого, подросткового, детского, соответственно на 25 тысяч взрослого, 15

тысяч подросткового и 15 тысяч детского населения; по 1 должности на 30 коек по стационарному отделению для взрослых, на 20 коек по стационарному отделению для подростков и детей (при средней длительности пребывания больного на койке от 20 до 80 дней), сориентировано, в основном, на пассивную выявляемость, стандартное использование медикаментозных средств, низкую терапевтическую динамику и, следовательно, на выполнение функции социальной изоляции больных в стационарных отделениях. В условиях, когда первичная и общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами непрерывно растет, коечная мощность стационарных блоков, за счет резкого повышения эффективности лечения, должна быть существенно сокращена, а возможности эффективной амбулаторной терапии существенно расширены, штатная численность врачей психиатров

как стационарного, так и амбулаторного звена подлежит неизбежному пересмотру в сторону увеличения (уменьшения населения и количества коек на 1 штатную единицу на 50%).

Штатные нормативы общесоматического врачебного звена, так же нельзя считать удовлетворительными в силу двух оснований: объективно отмечаемого роста коморбидной патологии среди психически больных, а также в связи с неизбежным сокращением коечной сети стационарного блока. Таким образом, данные штатные нормативы также должны быть пересмотрены в сторону увеличения не менее, чем на 50%.

Все вышесказанное касается и административно-методического звена, где все должности заведующих отделений, лабораторий, заместителей главных врачей должны быть сориентированы на вдвое меньшие объемы штатов рядовых врачей.

Схема 2

Кадровая спецификация и штатная обеспеченность системы психиатрической помощи МЗ РК

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
2	Средний медицинский персонал		
2.1	Средний медицинский персонал психоневрологических диспансеров	Участковая медицинская сестра	1 должность на соответствующую должность участковых врачей психиатров (взрослых, подростковых, детских)
		Медицинская сестра психиатрического кабинета	1 должность на соответствующую должность врача психиатра для оказания амбулаторной психиатрической помощи населению сельских районов и жителям населенных пунктов подчиненных администрации городов
		Медицинская сестра кабинета консультативной и организационно-методической работы по психиатрии	1 должность на соответствующую должность врача-психиатра
		Медицинская сестра социальной помощи	2 должности на 5 должностей участковых врачей-психиатров (взрослых, подростковых, детских)
		Медицинская сестра процедурного кабинета для оказания амбулаторной помощи	1 должность в смену
		Медицинская сестра по физиотерапии	1 должность на 15 тыс. условных физиотерапевтических единиц в год
		Медицинский статистик	1 должность на 12 врачебных должностей в штате диспансера; 1 должность на организационно-методический консультативный отдел дополнительно

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
		Медицинский регистратор	1 должность на 8 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, кроме должностей врачей судебно-психиатрических экспертов (не менее 1 должности на диспансер)
		Медицинский регистратор с выполнением машинописных работ	1 должность на 250 экспертиз в год
		Старшая медицинская сестра физиотерапевтического кабинета	1 должность вместо должности медицинской сестры (при наличии 4 должностей)
		Главная медицинская сестра диспансера	1 должность на диспансер при наличии не менее 40 должностей медицинского персонала
		Старшая медицинская сестра диспансера	1 должность на диспансер при наличии менее 40 должностей медицинского персонала
2.2	Средний медицинский персонал психоневрологических диспансерных отделений (кабинетов) в составе городских поликлиник или больниц в городах	Медицинская сестра социальной помощи	1 должность на должность участковых врачей психиатров (взрослых, подростковых, детских)
		Медицинская сестра процедурного кабинета	1 должность на 3 должности врачей, ведущих амбулаторный прием (но не более 1 должности в смену)
		Медицинский статистик	1 должность на организационно-методический консультативный кабинет диспансерного отделения
		Старшая медицинская сестра психоневрологического отделения	1 должность на отделение с числом должностей врачей психиатров всех наименований для обеспечения амбулаторного приема не менее 5
2.3	Средний медицинский персонал психиатрических больниц, отделений, палат	Палатная медицинская сестра психиатрического отделения	1 круглосуточный дежурный пост на количество коек: - 40 для взрослых - 30 для подростков - 30 для детей При среднем пребывании больного на койке до 100 дней включительно: - 45 для взрослых - 30 для подростков - 30 для детей При среднем пребывании больного на койке от 100 до 340 дней: - 70 для взрослых - 60 для подростков - 60 для детей При среднем пребывании больного на койке свыше 340 дней
		Палатная медицинская сестра отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы	1 круглосуточный пост на 15 коек (приказ МЗ РК № 407 от 18.08.1997 г.)
		Процедурная медицинская сестра	1 должность на каждое отделение
		Медицинская сестра приемного покоя	1 круглосуточный пост на 800 и более коек
		Лаборант	1 должность на 100-200 коек
		Рентген-лаборант	1 должность соответственно должностям врачей-рентгенологов, включая должность заведующих рентгеновским кабинетом (отделением)

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
		Медицинская сестра физиотерапевтического кабинета	1 должность на 15 тысяч процедурных единиц в год
		Медицинская сестра кабинета функциональной диагностики	1 должность на больницу с числом коек для взрослых свыше 500
		Инструктор по лечебной физкультуре	1 должность на 600 коек, но не менее 1 должности на 400 и более коек
		Инструктор по трудовой терапии	1 должность на: - 50 коек при среднем пребывании больного на койке до 100 дней; - 30 коек при среднем пребывании больного на койке выше 100 дней; - 30 коек в отделениях для принудительного лечения психически больных
		Медицинская сестра для оказания социальной помощи	1 должность на 300 коек
		Диетсестра	1 должность на 400 коек (не больше 3-х должностей по больнице)
		Средний медицинский персонал прозекторских	Соответственно действующим штатным нормативам
		Дезинфекторы	1 должность на 600 коек
		Медицинский статистик	1 должность на 400 коек (но не более 3-х должностей)
		Медицинский регистратор	1 должность на 500 коек
2.4	Средний медицинский персонал дневных стационаров	Старшая медицинская сестра	1 должность соответственно должности заведующего отделением
		Главная медицинская сестра больницы	1 должность в каждом учреждении
2.5	Средний медицинский персонал лечебно-производственных (трудовых) мастерских	Медицинская сестра дневного стационара	1 должность на каждые 50 больных
		Инструктор по трудовой терапии	1 должность на каждые 25 больных

На схеме 2 приведена спецификация и штатные нормативы врачебного персонала амбулаторного (диспансерного), стационарного блоков психиатрической службы, дневных стационаров и ЛТМ (лечебно-трудовых мастерских), предписываемых приказом МЗ РК № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи». Штаты среднего медицинского персонала амбулаторной СПЭК и стационарного судебно-психиатрического отделения цитируются по приказу МЗ РК № 407 от 18.08.1997 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию судебно-психиатрической экспертизы» (по образцу анализируемого приказа № 269).

Следует отметить, в целом, достаточную дифференциацию среднего медицинского персонала психиатрической службы по основным направлениям деятельности (амбулаторное звено, стационар, лабораторное направление, социальная помощь, административно-методическое направление и статистика, трудовой и лечебно-физкультурный

инструктаж). В то же время спецификация среднего персонала стационарного блока, за исключением возрастной, проработана недостаточно. В частности, не выделяются звенья среднего персонала интенсивной терапии психозов и реабилитационных отделений.

Штатные нормативы среднего медицинского персонала, с учетом уже оговоренных тенденций к увеличению общей и первичной заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств, сокращению коечной сети психиатрических учреждений с переносом акцентов на активную выявляемость, амбулаторную и полустанционарную помощь, представляются явно заниженными.

В данной связи, с учетом параллельного изменения штатного расписания врачебных должностей, штатные нормативы для среднего медицинского персонала должны быть пересмотрены в сторону их увеличения не менее, чем на 50%.

Кадровая спецификация и штатная обеспеченность младшего медицинского персонала, персонала

аптек, прочего персонала, за исключением педагогического и психологического в системе психиатрической помощи МЗ РК, в настоящей работе нами

не рассматривается, так как данная категория персонала не имеет прямого отношения к сектору услуг первого ряда.

Схема 3

*Кадровая спецификация и штатная обеспеченность системы психиатрической помощи МЗ РК
(педагогический и психологический персонал)*

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
3.1	Педагогический персонал психоневрологических диспансеров	Логопед психоневрологического диспансера для оказания амбулаторной помощи взрослым, подросткам и детям	Должности устанавливаются в зависимости от объема работы с учетом обеспечения этой помощью прикрепленного контингента населения
3.2.	Педагогический персонал психоневрологических диспансерных отделений	Логопед психоневрологического диспансерного отделения для оказания амбулаторной помощи взрослым, подросткам и детям	Должности устанавливаются в зависимости от объема работы с учетом обеспечения этой помощью прикрепленного контингента населения
3.3.	Педагогический персонал психиатрических больниц	Воспитатель стационарного детского отделения	1 должность на 15 обучающихся детей
		Логопед стационарного детского отделения	1 должность на 30 детей
3.4.	Психологический персонал психоневрологических диспансеров	Психолог психоневрологического диспансера	1 должность на 5,0 должностей участковых психиатров (приказ МЗ РК от 2 июля 1992 г. № 321)
3.5.	Психологический персонал психиатрических больниц	Психолог стационарного общепсихиатрического отделения	1 должность на 60 коек
		Психолог судебно-психиатрического отделения	1 должность на 30 коек
		Психолог отделений военной и трудовой экспертизы	1 должность на 30 коек
		Психолог детского психиатрического стационарного отделения	1 должность на 30 коек
		Психолог подросткового психиатрического стационарного отделения	1 должность на 30 коек
		Психолог реабилитационного психиатрического стационарного отделения	1 должность на 30 коек
		Психолог психосоматического стационарного отделения	1 должность на 30 коек
		Психолог стационарного отделения пограничной патологии	1 должность на 30 коек

На схеме 3 приведена спецификация и штатные нормативы педагогического и психологического персонала амбулаторного (диспансерного) и стационарного блоков психиатрической службы, предписываемого приказом МЗ РК № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи».

Следует отметить, во-первых, наиболее серьезный дефицит данного сектора: отсутствует, как минимум, одно существенное звено в кадровой спецификации данного направления обозначаемого как «прочий персонал» - специалист в области социальной работы (высшее профильное образование) или социальный работник (среднее профильное образование). Средний медицинский персонал с

одноименными функциями (медицинская сестра социальной помощи) не компенсирует данный дефицит. Далее, следует отметить низкую дифференциацию педагогического персонала и отсутствие штатной обеспеченности по данному профилю подростковых стационарных отделений.

В отношении психологического персонала следует отметить достаточную дифференциацию по профилям стационарных отделений (общепсихиатрическое, судебно-психиатрическое, экспертное, детское, подростковое, реабилитационное, психосоматическое, пограничное). Однако, в целом, штаты психологов ориентированы на диагностическую деятельность. Психокоррекционная работа, психологическое консультирование и проведение

социально-психологических тренингов при данной нагрузке по диагностической деятельности является проблематичным.

Таким образом, раздел «прочего персонала» необходимо дополнить спецификацией специалистов по социальной работе и социальными работниками, а штатные нормативы педагогического и психологического персонала увеличить, как минимум, на 50%.

С учетом всего сказанного, общая оценка блока кадровой спецификации и штатной обеспеченности в системе психиатрической помощи населению показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*. Данная оценка в меньшей степени касается раздела кадровой спецификации персонала (особенно врачебного звена, которое, на фоне других показателей выглядит удовлетворительно). И в большей степени – штатной обеспеченности системы психиатрической помощи. С учетом тенденций к распространению психической патологии среди населения, повышению интенсивности психиатрической помощи на всех этапах, организации более компактных стационарных звеньев, необходим пересмотр спецификации действующего персонала и пересмотр штатного расписания (персонал, занятый в секторе услуг первого порядка) в сторону увеличения не менее чем на 50%.

5. Анализ нормативно-предписываемой ресурсной (материально-технической и финансовой) обеспеченности деятельности системы психиатрической помощи.

Анализ приказа МЗРК № 269 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи» показывает, что сведения, имеющие отношение к данному разделу в части материально-технической обеспеченности деятельности системы психиатрической помощи, частично изложены в разделе 1.8. рассматриваемого документа (правила устройства и эксплуатации психиатрических учреждений). Данные сведения неконкретны, создают лишь общее представление о производственных фондах психиатрических учреждений. В приказе отсутствуют нормативы финансовой обеспеченности деятельности учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Также отсутствует раздел, утверждающий медико-экономические стандарты оказания специализированной помощи. Не прописан стандарт материально-технической обеспеченности каждого звена, особенно

диагностических и лечебных подразделений. Между тем, слабая техническая обеспеченность диагностического процесса (отсутствие современной диагностической аппаратуры), дефицит средств, выделяемых на приобретение лекарственных препаратов, отсутствие возможностей современной обработки информации и доступа во всемирную информационную сеть (компьютерное оборудование рабочих мест специалистов с доступом в ИНТЕРНЕТ) – являются слагаемыми низкой эффективности психиатрической помощи.

Общая оценка нормативно-предписываемой ресурсной (материально-технической и финансовой) обеспеченности деятельности системы психиатрической помощи, с учетом сказанного, показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

Интегративная экспертная оценка организационного стандарта в сфере деятельности психиатрической службы учитывает:

- оценку макроструктуры базисного приказа (неполное соответствие с эталонными требованиями);
- оценку стандарта структуры психиатрической помощи в РК (средний уровень соответствия современным требованиям);
- оценку стандарта технологий, предписываемых системе психиатрической помощи (низкий уровень соответствия современным требованиям);
- оценку стандарта кадровой спецификации и штатной обеспеченности, действующего в системе психиатрической помощи (низкий уровень соответствия современным требованиям);
- оценку стандарта материально-технической и финансовой обеспеченности психиатрической службы РК (низкий уровень соответствия современным требованиям).

Из пяти поименованных позиций лишь стандарт структуры психиатрической помощи оценивается средним уровнем соответствия современным требованиям, следовательно, интегративная экспертная оценка организационного стандарта психиатрической службы обозначается как *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

Таким образом, в настоящее время существует необходимость пересмотра организационного стандарта в системе психиатрической помощи населению в соответствии с современными требованиями.

Литература:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 269 от 13 мая 1998 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи»

ВОПРОСЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА

В.Н.Дюсембеков, Н.Н.Фонарёва, Т.П.Жук, Ю.А.Иванцов

г. Караганда

Клинико-организационные аспекты принудительного лечения психически больных по-прежнему остаются в центре внимания психиатров.

Как, известно, одной из основных целей принудительного лечения является предупреждение новых общественно-опасных действий больных, однажды уже совершивших подобное деяние.

В своей работе мы руководствуемся Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 16.04.97 г.; совместным приказом Агентства РК по делам здравоохранения и Министерства внутренних дел РК «О мерах по предупреждению общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», № 343/350 от 18.04.2000 г.; приказом Комитета здравоохранения МОКиЗ Республики Казахстан «О совершенствовании порядка применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении социально-опасных больных» № 93 от 23.02.98 г.; а также главой 54 ст. 505-520 УПК РК.

В настоящем сообщении нами проанализировано состояние принудительного лечения за 1999-2001 годы. Как правило, в объединении строго выдерживаются сроки очередных освидетельствований больных, находящихся на принудительном лечении. В каждом освидетельствовании врачебная комиссия уделяет внимание организационно-клиническим и социальным условиям пребывания.

Согласно определению судов за 1999-2001 г.г. на принудительное лечение поступило 33 больных, из них мужчин - 29, женщин - 4.

По нозологическим формам эти больные распределились следующим образом: органическое поражение головного мозга - 13, шизофрения - 10, олигофрения - 5, эпилепсия - 1, психопатия - 1, реактивная депрессия - 1, алкогольный психоз - 1.

По тяжести совершенные противоправные действия распределились следующим образом: убийства - 6, кражи личного и государственного имущества - 15, тяжкие телесные повреждения - 5, хулиганские действия - 3, изнасилование - 1, хранение наркотических веществ - 1.

По длительности пребывания в стационаре больные, находящиеся на принудительном лечении, распределились следующим образом: до 6 месяцев - 10, от 6 месяцев до 1 года - 22, от 1 года до 2 лет - 1.

Среднее пребывание на койке составило 209 к/дней.

Таким образом, основная масса больных, находящихся на принудительном лечении, выписывается из больницы в период от 6 месяцев до года.

Это стало возможным благодаря широкому применению психотропных средств, а также

психотерапевтическому и психосоциальному воздействию на больных и их родственников.

В соответствии с ч. 1 ст. 90 Уголовного Кодекса Республики Казахстан в качестве принудительных мер медицинского характера могут применяться:

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специального типа;

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Ведущим синдромом у больных совершивших правонарушение были: аффективно-бредовый - 11; психопатоподобный - 10; и в 21 случае из 33 правонарушения были совершены в состоянии алкогольного опьянения: у мужчин - 20, у женщин - 1.

Принудительное лечение осуществляется комплексно. Проводится поэтапная медико-социально-психологическая реабилитация больных. Проводится психологическое обследование больных при поступлении и в ходе лечения.

Применение психофармакотерапии способствует быстрой редукции психопатологических синдромов (бредовых, галлюцинаторных, аффективных и т.д.), и создаёт предпосылки для осуществления психологического и социального аспектов реабилитации психически больных.

Проводится активная психокоррекционная работа с больными, их родственниками для налаживания внутрисемейных отношений, решения бытовых проблем (наличие жилплощади, документов, работы, социального окружения).

В процессе лечения меняется не только психическое состояние, но и социальная опасность. Основным критерием при отмене принудительного лечения является не длительность пребывания больного в стационаре, а стойкое изменение психического состояния и отсутствие социальной опасности.

Из 33 больных, которым было отменено принудительное лечение через суд, повторных правонарушений никто не совершил.

Таким образом, правонарушения психически больными совершаются в большинстве случаев в состоянии алкогольного опьянения, в основном, мужчинами. Применение активной психофармакотерапии в комплексном сочетании с психотерапевтическими и психосоциальными мероприятиями позволяет снизить совершение повторных правонарушений больных.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

В.Н.Дюсембеков, Ю.А.Иванцов, Н.Н.Фонарёва,
В.Ю.Иванцов, Р.В.Дюсембеков

г. Караганда

Приоритетное развитие внебольничных форм помощи психически больным предусматривает существенное сокращение стационарного лечения. В дневном стационаре проводится медико-социально-психологическая реабилитация. В отделении пролечено за последние три года 1671 больной: 1999 г. - 509, 2000 г. - 518, 2001 г. - 644. Количество больных, направленных на долечивание из круглосуточных стационаров, составило 640 больных: 1999 г. - 137, 2000 г. - 196, 2001 г. - 307. Увеличение интенсивности работы потребовало повышения уровня квалификации врачей, психолога, психотерапевта и медицинских сестёр.

Современная психиатрия для проведения полноценной реабилитационной программы применяет комплексный подход, для этого составляются индивидуальные планы поэтапного ведения пациента. В ходе лечения учитываются социальные проблемы, психологические факторы, которые существенно влияют на динамику, течение и прогноз заболевания. Важную роль играет правильно подобранное медикаментозное лечение с учётом синдромальной и нозологической принадлежности. Психологическое исследование позволяет выявить наиболее значимые личностные особенности, для успешной работы психотерапевта.

Прицельное применение психофармакологических средств даёт возможность более быстро купировать психотические приступы, добиваться устойчивой ремиссии, что позволяет в ранние сроки проводить психокоррекционную работу.

Несмотря на активное воздействие на пациента, с ухудшением психического состояния было переведено в круглосуточный стационар 46 больных. Анализ показал, что большинство больных прекратило приём поддерживающей терапии дома из-за ухудшения взаимоотношений в семье, имели место неблагоприятные экзогенные вредности.

Представляют интерес больные с пограничными психическими расстройствами. Так, количество больных с неврозами и психосоматическими заболеваниями увеличивается: 1999 г. - 18, 2000 г. - 21, 2001 г. - 25 (всего 64 больных).

Интенсивное использование психотерапии с последующей психологической коррекцией позволило избежать круглосуточного стационарного лечения. Опыт реабилитационного подхода убеждает в том, что оказание разностороннего воздействия на личность и опора на комплексную систему клинической, психосоциальной помощи, может оказаться достаточным для поддержания стабильного психического состояния пациентов. Расширяя формы работы отделения в этом плане, мы создали инициативную группу родственников, где рассматриваются такие вопросы и проблемы, как решение конфликтных ситуаций в семье, на работе, взаимоотношения с соседями, их материально-бытовые условия.

Организовали группу самопомощи больных, куда входят 5 человек. Сейчас работает 6 таких групп, охватывающих одновременно 30 больных. В этих группах проводятся беседы о проводимом лечении, о взаимном доверии, партнёрстве и сотрудничестве пациента и врача в процессе реабилитации.

Проводятся 2-х недельные групповые занятия:

- социально-психологический тренинг,
- тренировка навыков гигиены, общения, самообслуживания,
- тренинг социально-приемлемого поведения,
- тренинг ведения домашнего хозяйства,
- элементы аутотренинга и снятие стресса,
- что делать при ухудшении психического состояния.

Всего через эти группы самопомощи прошло за три года 374 больных: 1999 г. - 95, 2000 г. - 123, 2001 г. - 156. За этот период ни один больной с обострением не лечился в стационарном отделении, хотя более 90% из этих больных ранее ежегодно госпитализировались. Вовлечённость больных в жизнь общества и работу способствует стабилизации психического состояния и служит профилактикой повторных поступлений.

Таким образом, комплексный подход в реабилитации психически больных способствует длительное время удерживать больных во внебольничных условиях, не допуская повторных обострений.

О НЕРАЗРЕШЕННЫХ АСПЕКТАХ ВОПРОСА ОБ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИМИ ВМЕНЯЕМОСТЬ

Р.Г.Илешева, Л.Е.Базарбаева, А.Т.Бабыкпаева

г. Алматы

Опыт судебно-психиатрической практики свидетельствует о наличии лиц с психическими расстройствами, преимущественно пограничными, в отношении которых бывает крайне сложно убедительно обосновать наличие психологического (медицинского) критерия невменяемости. Между тем, будучи признаны вменяемыми эти лица, страдающие психическими расстройствами, оказываясь в местах лишения свободы, нередко бывают лишены необходимой психиатрической помощи.

Вопрос о возможности применения к этим лицам категории ограниченной (уменьшенной) вменяемости остается, в частности в Казахстане, неразработанным. В советском уголовном законодательстве понятие уменьшенной вменяемости отсутствовало. Понятие об уменьшенной вменяемости содержится в уголовных кодексах ряда европейских стран. В статье 22 Уголовного кодекса Российской Федерации в части 2 пишется: «Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера» (3). Обращает внимание тот факт, что в содержании этой статьи нет понятий «ограниченной» или «уменьшенной» вменяемости, формулировки – «учитывается» и «может» - не являются достаточно определенными. Между тем, ссылаясь на ст. 22 УК РФ, понятие об ограниченной вменяемости используется российскими судебными психиатрами как в практической деятельности, так в научных исследованиях. По некоторым данным в работе экспертных комиссий отдельных территорий Российской Федерации частота применения «ограниченной» вменяемости отмечена в каждом четвертом случае невменяемости (4).

В Уголовном кодексе Республики Казахстан статья 17 предусматривает уголовную ответственность лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости. В части 2 этой статьи говорится: «Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания как смягчающее обстоятельство и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, предусмотренных настоящим Кодексом» (2).

В отличие от статьи 22 УК Российской Федерации в статье 17 УК Республики Казахстан в части 2 психические расстройства, не исключающие

вменяемость, рассматриваются как смягчающее обстоятельство, то есть эта формулировка является более определенной, чем российская. Тем не менее, практика применения «ограниченной» (уменьшенной) вменяемости в Казахстане значительно отличается от таковой в Российской Федерации.

Обращает на себя внимание и тот факт, что в части 2 статьи 17 УК Республики Казахстан говорится о том, что в отношении лиц с наличием психических расстройств, не исключающими вменяемость, принудительное лечение не должно, а может быть назначено. Не оговаривается в УК Республики Казахстан и место проведения этого лечения, хотя понятно, что оно должно быть по месту отбывания наказания.

Обсуждение вопроса обоснованности введения в уголовное законодательство промежуточной между вменяемостью и невменяемостью категории – ограниченной, или уменьшенной вменяемости имеет более чем вековую давность. В пользу ее признания говорили признанные психиатры XX века Э.Крепелин, В.М.Бехтерев (1).

Одним из веских аргументов приводилась необходимость гуманного подхода к людям, хотя и вменяемым, но страдающим психическими расстройствами. Этот аргумент созвучен с демократическими преобразованиями, которые проводятся в пенитенциарной системе Казахстана в последние годы.

Следует предположить, что удельный вес подэкспертных, к которым может быть, применена статья 17 УК Республики Казахстан, окажется высоким. Об этом свидетельствуют наши предварительные данные. Они касаются лиц, страдающих пограничными формами психических расстройств (патологические развития, психопатии, резидуально-органические церебральные расстройства, легкие формы умственной отсталости и др.).

В Казахстане в 1996 году вменяемыми, но страдающими той или иной психической патологией, признано 41,7% лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в качестве обвиняемых (1).

Приведенные данные говорят о том, что в местах лишения свободы происходит накопление лиц с психическими расстройствами, признанных вменяемыми и не получающих регламентированную законом психиатрическую помощь. Сказанное требует неотложной разработки медицинского и юридического аспектов данной проблемы.

Литература:

1. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И. *Судебная психиатрия*, Алматы, 1999, 207 с.
2. Уголовный кодекс Республики Казахстан, Алматы, 1999, 395 с
3. Уголовный кодекс Российской Федерации, Москва, 1997, 430 с.
4. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическими расстройствами, не исключающими вменяемость (ст. 22 УК РФ), (Пособие для врачей), Москва, 2001, 52 с.

НАРКОЛОГИЯ

К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИОННОГО СТАНДАРТА ВРАЧЕЙ НАРКОЛОГОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

С.А.Алтынбеков

г. Павлодар

В настоящее время ситуация в области распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан предъявляет повышенные требования к уровню знаний – умений – навыков специалистов, действующих в системе наркологической помощи. Речь, в первую очередь, идет о врачах наркологах, являющихся основными действующими агентами в общем фронте антитабаческих усилий сектора здравоохранения.

В Республиканском научно-практическом Центре в настоящее время завершается подготовка квалификационных стандартов специалистов, действующих в системе наркологической помощи Республики Казахстан. Ниже представлен стандарт спецификации специалистов данного профиля, а также квалификационные характеристики врача нарколога.

КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ СТАНДАРТ СПЕЦИАЛИСТОВ, ИМЕЮЩИХ НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ В ЛПУ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

1. Определение целевых групп

Основными целевыми группами, охватываемыми функциональной активности квалификационного стандарта в системе наркологической помощи являются:

- персонал ЛПУ наркологического профиля;
- пациенты ЛПУ наркологического профиля (косвенно);
- целевые группы, вовлекаемые в лечебно-профилактическую деятельность по данному направлению (косвенно).

2. Цели и задачи квалификационного стандарта

Основной целью квалификационного стандарта является повышение эффективности профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и ресоциализационных услуг;

Основными задачами, решаемыми за счет внедрения квалификационного стандарта, являются следующие:

- стимулирование развития сектора специализированных услуг, реализуемых в системе наркологической помощи населению;
- стимулирование профессионального роста персонала;
- обеспечение качественного воспроизведения специализированных услуг в наркологическом секторе здравоохранения;
- стимулирование развития образовательного стандарта.

3. Базовые элементы и содержание основных разделов квалификационного стандарта

Данный раздел содержит два вида стандартов:

- стандарт профессиональной спецификации в системе наркологической помощи;
- собственно-квалификационный стандарт.

Содержание стандарта профессиональной спецификации приведено в схеме 1.

Содержание собственно квалификационного стандарта соответствует каждой специальности, имеющей отношение к сектору наркологических услуг, поименованной в схеме 1, приводится ниже.

Квалификационная характеристика

Специальность: врач нарколог

Квалификационные требования:

- Дипломное образование – врач-лечебник;
- Последипломная подготовка – интернатура по наркологии, курс тематического усовершенствования объемом не менее 200 часов по вопросам психотерапии в наркологии;

Должен знать:

- Законодательные и иные нормативные акты Республики Казахстан, регламентирующие работу наркологической службы и правовую защиту больных наркоманией (Закон РК «О системе здравоохранения», Закон РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Указ Президента РК «О Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на

Базовые элементы и содержание стандарта профессиональной спецификации в системе наркологической помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан

номер индикатора	Сектор, профиль и обозначение профессии
1	Сектор первичной профилактики
1.1	<i>Профиль социальной работы</i>
1.1.1	Специалист по социальной работе с высшим специальным образованием
1.1.2	Социальный работник со средним специальным образованием
1.2	<i>Психологический профиль</i>
1.2.1	Психолог со специализацией в области психологического консультирования и психологической коррекции
1.2.2	Психолог со специализацией в области психологической диагностики (диагностика степени риска вовлечения в наркологическую зависимость) и клинической психологии
1.3	<i>Психотерапевтический профиль</i>
1.3.1	Врач-психотерапевт, действующий в системе наркологической помощи, в чьи обязанности входит проведение первично-профилактических мероприятий
1.4	<i>Врачебно-наркологический профиль</i>
1.4.1	Врач-нарколог кабинета антиалкогольной и антинаркотической пропаганды
1.4.2	Врач-нарколог (подростковый)
1.4.3	Врач-нарколог общего или специального профиля, в чьи должностные обязанности входит проведение первично-профилактических мероприятий
2.	Сектор вторичной профилактики
2.1	<i>Врачебно-наркологический профиль</i>
2.1.1	Врач-нарколог с клиническими функциями
2.1.2	Врач-нарколог (подростковый)
2.1.3	Врач-нарколог с административными функциями (руководитель лечебно-реабилитационной бригады, заведующий подразделением службы)
2.2	<i>Психотерапевтический профиль</i>
2.2.1	Психотерапевт с базовым медицинским образованием, действующий на I-II этапе программ МСР
2.2.2	Психотерапевт с базовым психологическим образованием, действующий на II-III этапе программ МСР
2.3	<i>Психологический профиль</i>
2.3.1	Психолог со специализацией в области психологической диагностики
2.3.2	Психолог со специализацией в области психологической коррекции и психологического консультирования
2.4	<i>Профиль социальной работы</i>
2.4.1	Специалист по социальной работе с высшим образованием
2.4.2	Социальный работник со средним специальным образованием
2.5	<i>Профиль среднего медицинского персонала</i>
2.5.1	Средний медицинский персонал со специализацией деятельности в амбулаторных подразделениях (наркологические кабинеты, включая кабинет анонимного лечения и первичной наркологической помощи (пункты доверия))
2.5.2	Средний медицинский персонал со спецификацией деятельности в стационарных подразделениях (включая дневные,очные полустационары)
2.5.3	Средний медицинский персонал со спецификацией деятельности в реабилитационных отделениях (отделения социальной реабилитации, отделения психотерапии и реабилитации)
2.6	<i>Профиль младшего медицинского персонала</i>
2.6.1	Санитары по надзору и наблюдению в отделениях медикаментозной коррекции
2.7	<i>Профиль консультирования по зависимостям</i>
2.7.1	Консультант по зависимостям со спецификацией работы по определенной программе социальной реабилитации
2.8	<i>Профиль трудового обучения и занятости</i>
2.8.1	Специалист в области трудового обучения со специальным профессиональным и педагогическим образованием
2.8.2	Инструктор по трудотерапии
2.9	<i>Профиль лечебной физкультуры и спорта</i>
2.9.1	Специалист ЛФК с высшим медицинским образованием
2.9.2	Инструктор по спорту
2.10	<i>Педагогический профиль</i>

номер индикатора	Сектор, профиль и обозначение профессии
2.10.1	Социальный педагог для работы с детьми младшего школьного возраста
2.10.2	Социальный педагог для работы с детьми старшего школьного возраста
3.	Сектор третичной профилактики
3.1	<i>Врачебно-наркологический профиль</i>
3.1.1	Врач-нарколог (консультант) пункта доверия
3.2	<i>Психотерапевтический профиль</i>
3.2.1	Психотерапевт-консультант пункта доверия
3.3	<i>Психологический профиль</i>
3.3.1	Психолог-консультант пункта доверия
3.4	<i>Профиль социальной работы</i>
3.4.1	Специалист по социальной работе с высшим образованием
3.4.2	Социальный работник со средним образованием
3.5	<i>Профиль консультирования по зависимостям</i>
3.5.1	Консультант по зависимостям пункта доверия (первичной наркологической помощи)
3.6	<i>Профиль среднего медицинского персонала</i>
3.6.1	Медицинская сестра пункта доверия (первичной наркологической помощи)
3.7	<i>Юридический профиль</i>
3.7.1	Специалист с высшим юридическим образованием

2001-2005 годы», Закон РК «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией»);

- Приказы МЗ РК (приказ МЗ РК от 22.03.1997 г. № 250 «О мерах по дальнейшему совершенствованию наркологической помощи населению Республики Казахстан», приказ МЗ РК от 2.03.2001 г. № 203 «Об утверждении положения о Центрах медико-социальной реабилитации больных наркоманией») и методические материалы по общим вопросам здравоохранения, вопросам наркологии, медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ;

- Вопросы диагностики наркологических заболеваний, клинику основных форм психических и поведенческих нарушений, вызванных зависимостью от психоактивных веществ и алкоголя у больных наркоманией, токсикоманией и алкоголизмом, клинику сопутствующих заболеваний и осложнений;

- Клинику неотложных патологических состояний в наркологии (отравление, передозировка, психотическое возбуждение);

- Медикаментозные (детоксикация, дезинтоксикация) и не медикаментозные способы коррекции основных клинических проявлений зависимости от ПАВ и алкоголя;

- Психотерапевтические формы работы с больными с зависимостью от ПАВ;

- Основные реабилитационные программы для пациентов с зависимостью от ПАВ;

- Противорецидивную терапию и способы углубления качества ремиссии наркологических больных;

- Основные понятия о профилактике наркозависимости (первой, второй и третьей);

- Цели и задачи диспансеризации, порядок диспансерного и профилактического наблюдения за наркозависимыми;

- Вопросы судебно-психиатрической, военной и трудовой экспертизы зависимых от ПАВ и алкоголя;
- Правила хранения, учёта и выписки рецептов ядовитых и сильнодействующих лекарств;
- Порядок ведения и оформления документов, составления установленной отчетности;
- Основы организации наркологической помощи в РК, медицинской статистики в наркологии.

Должен уметь:

- Диагностировать особенности психического и соматического состояния зависимых от ПАВ и алкоголя больных;
- Квалифицированно проводить основные лечебные мероприятия в отношении больных с зависимостью от ПАВ;
- Владеть навыками оказания экстренной помощи при неотложных общих состояниях и неотложных патологических состояниях в наркологии (отравление, передозировка, психотическое возбуждение);
- Проводить основные формы индивидуальной и групповой психотерапии с зависимыми;
- Руководить деятельностью терапевтического сообщества;
- Разрабатывать и реализовывать профилактические программы для зависимых и созависимых;
- Руководить деятельностью реабилитационной бригады специалистов;
- Проводить семейное психопрофилактическое консультирование;
- Проводить врачебную наркологическую и трудовую экспертизу;
- Планировать и проводить мероприятия пропаганды ЗОЖ среди населения по месту жительства и работы;

- Руководить деятельностью среднего и младшего медицинского персонала;
- Грамотно и своевременно заполнять медицинскую и отчетную документацию;
- Анализировать и оценивать эффективность собственной деятельности.

Требования по смежным дисциплинам

Психотерапия

Должен знать:

- Сфера компетенции специалиста-психотерапевта в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации;
- Основные психотерапевтические методы, используемые для лечения наркозависимых;
- Показания и противопоказания к проведению психотерапии с зависимыми от ПАВ и алкоголя.

Должен уметь:

- Проводить рациональную психотерапию с зависимыми от ПАВ и алкоголя;
- Проводить групповую психотерапию с зависимыми от ПАВ и алкоголя;
- Проводить семейную психотерапию с зависимыми от ПАВ и алкоголя и созависимыми;
- Анализировать эффективность используемых психотерапевтических методов

Психологическое консультирование

Должен знать:

- Сферу компетенции психолога-консультанта в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации;
- Современные методы диагностики, используемые в клинической психологии;
- Основные принципы психологического консультирования;

Должен уметь:

- Использовать результаты психологического обследования в работе с конкретным пациентом (зависимым от ПАВ и алкоголя);
- Проводить психопрофилактическое и семейное консультирование с зависимыми от ПАВ и алкоголя, созависимыми.

Социальная работа

Должен знать:

- Сферу компетенции социального работника в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации;
- Современные методы социальной работы в бригадах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ и алкоголя;

- Методы социальной работы в секторе третичной профилактики зависимости от ПАВ и алкоголя.

Должен уметь:

- Определить необходимый объем социальных мероприятий для конкретного больного;
- Составить план социально-психологических тренингов для конкретного больного;
- Оценить эффективность проведенных социальных мероприятий (социально-психологических тренингов, социальной помощи и т.д.) с зависимыми от ПАВ

Консультирование по зависимостям

Должен знать:

- Структуру и виды терапевтических сообществ;
- Сферу компетенции консультанта по зависимостям в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации;
- Основные направления деятельности консультанта по зависимостям.

Должен уметь:

- Сформулировать для консультанта по зависимостям свои рекомендации по конкретным больным и основным направлениям его работы.

Психиатрия

Должен знать:

- Основные симптомы и синдромы психических расстройств (психотического и пограничного уровня), в том числе не относящихся к наркологическому профилю;
- Диагностику психозов эндогенного и экзогенного характера;
- Показания к госпитализации или переводу для дальнейшего лечения в условиях психиатрического отделения;
- Псилофармакотерапию психотических состояний различной этиологии;
- Способы купирования возбуждения.

Должен уметь:

- Диагностировать психические расстройства, а том числе, не относящиеся к наркологическому профилю;
- Назначать и проводить терапию психических расстройств, не относящихся к наркологическому профилю, отслеживать результаты лечения;
- Определять показания к переводу зависимых от ПАВ и алкоголя в связи с сопутствующими (или основными) психическими нарушениями, в общепсихиатрические отделения (учреждения).

Специальность: подростковый врач нарколог

Квалификационные требования:

- Додипломное образование – врач-лечебник, врач-педиатр;
- Последипломная подготовка – интернатура по наркологии, курс тематического усовершенствования объемом не менее 200 часов по вопросам психотерапии подросткового возраста в наркологии;

Должен знать:

- Законодательные и иные нормативные акты Республики Казахстан, регламентирующие правовую защиту несовершеннолетних (Закон РК «О системе здравоохранения», Закон РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Указ Президента РК «О Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001-2005 годы», закон РК «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией»);
- Приказы МЗ РК (приказ МЗ РК от 22.03.1997 г. № 250 «О мерах по дальнейшему совершенствованию наркологической помощи населению Республики Казахстан», приказ МЗ РК от 2.03.2001 г. № 203 «Об утверждении положения о Центрах медико-социальной реабилитации больных наркоманией») и методические материалы по общим вопросам здравоохранения, вопросам наркологии, медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ;
- Вопросы диагностики наркологических заболеваний, клинику основных форм психических и поведенческих нарушений, вызванных зависимостью от психоактивных веществ и алкоголя у подростков, клинику сопутствующих заболеваний и осложнений;
- Клинику неотложных патологических состояний в наркологии (отравление, передозировка, психотическое возбуждение);
- Медикаментозные (детоксикация, дезинтоксикация) и не медикаментозные способы коррекции основных клинических проявлений зависимости от ПАВ и алкоголя;
- Психотерапевтические формы работы с подростками с зависимостью от ПАВ;
- Основные реабилитационные программы пациентов подросткового возраста с зависимостью от ПАВ;
- Противорецидивную терапию и способы углубления качества ремиссии наркологических больных;
- Основные понятия о профилактике наркозависимости (первичной, вторичной и третичной);
- Цели и задачи диспансеризации, порядок диспансерного и профилактического наблюдения за наркозависимыми подростками;
- Вопросы судебно-психиатрической, военной и трудовой экспертизы зависимых от ПАВ и алкоголя;
- Правила хранения, учёта и выписки рецептов ядовитых и сильнодействующих лекарств;
- Порядок ведения и оформления документов, составления установленной отчетности;

- Основы организации наркологической помощи в РК, медицинской статистики в наркологии.

Должен уметь:

- Диагностировать особенности психического и соматического состояния зависимых от ПАВ и алкоголя подростков;
- Квалифицированно проводить основные лечебные мероприятия в отношении подростков с зависимостью от ПАВ;
- Владеть навыками оказания экстренной помощи при неотложных общих состояниях и неотложных патологических состояниях в наркологии (отравление, передозировка, психотическое возбуждение);
- Проводить индивидуальную и групповую психотерапию с зависимыми;
- Руководить деятельностью терапевтического сообщества;
- Разрабатывать и реализовывать профилактические программы для зависимых и созависимых;
- Руководить деятельностью реабилитационной бригады специалистов;
- Проводить семейное психопрофилактическое консультирование;
- Проводить врачебную наркологическую и трудовую экспертизу подростков;
- Планировать и проводить мероприятия пропаганды ЗОЖ среди подростков по месту жительства и учебы;
- Руководить деятельностью среднего и младшего медицинского персонала;
- Грамотно и своевременно заполнять медицинскую и отчетную документацию;
- Анализировать и оценивать эффективность собственной деятельности.

Требования по смежным дисциплинам

Психотерапия

Должен знать:

- Сферу компетенции специалиста-психотерапевта в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации и подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя;
- Основные психотерапевтические методы, используемые для лечения подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя;
- Показания и противопоказания к проведению психотерапии с подростками, зависимыми от ПАВ и алкоголя.

Должен уметь:

- Проводить рациональную психотерапию с подростками, зависимыми от ПАВ и алкоголя;
- Проводить групповую психотерапию с подростками, зависимыми от ПАВ и алкоголя;

- Проводить семейную психотерапию с подростками, зависимыми от ПАВ и алкоголя и созависимыми;
- Анализировать эффективность используемых психотерапевтических методов

Психологическое консультирование

Должен знать:

- Сферу компетенции психолога-консультанта в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя;
- Современные методы диагностики, специализированные для подросткового возраста, используемые в клинической психологии;
- Основные принципы психологического консультирования подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя, членов их семей и значимых других лиц.

Должен уметь:

- Использовать результаты психологического обследования в работе с конкретным пациентом (подростком, зависимым от ПАВ и алкоголя);
- Проводить психопрофилактическое и семейное консультирование с подростками, зависимыми от ПАВ и алкоголя, созависимыми.

Социальная работа

Должен знать:

- Сферу компетенции социального работника в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя;
- Современные методы социальной работы в бригадах медико-социальной реабилитации подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя;
- Методы социальной работы в секторе третичной профилактики подростковой наркозависимости.

Должен уметь:

- Определить необходимый объем социальных мероприятий для подростков, зависимых от ПАВ;
- Составить план социально-психологических тренингов для конкретного больного;
- Оценить эффективность проведенных социальных мероприятий (социально-психологических тренингов, социальной помощи и т.д.) с подростками, зависимыми от ПАВ

Консультирование по зависимостям

Должен знать:

- Структуру и виды терапевтических сообществ;
- Сферу компетенции консультанта по зависимостям в системе наркологической помощи, в том числе, действующего в бригаде медико-социальной реабилитации подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя;

- Основные направления деятельности консультанта по зависимостям, специализирующегося на работе с подростками.

Должен уметь:

- Сформулировать для консультанта по зависимостям свои рекомендации по конкретным больным и основным направлениям его работы.

Психиатрия

Должен знать:

- Основные симптомы и синдромы психических расстройств подросткового возраста (психотического и пограничного уровня), в том числе не относящихся к наркологическому профилю;
- Диагностику психозов эндогенного и экзогенного характера подросткового возраста;
- Показания к госпитализации или переводу для дальнейшего лечения в условиях подросткового психиатрического отделения;
- Псилофармакотерапия психотических состояний различной этиологии у подростков;
- Способы купирования возбуждения.

Должен уметь:

- Диагностировать психические и поведенческие расстройства подросткового возраста, в том числе, не относящиеся к наркологическому профилю;
- Назначать и проводить терапию психических расстройств подросткового возраста, не относящихся к наркологическому профилю, отслеживать результаты лечения;
- Определять показания к переводу подростков, зависимых от ПАВ и алкоголя в связи с сопутствующими (или основными) психическими нарушениями, в общепсихиатрические подростковые отделения (учреждения).

4. Планируемый результат квалификационного стандарта

За счет внедрения квалификационного стандарта планируется достижение следующих результатов:

- расширение ассортимента и повышение качества наркологических услуг;
 - повышение профессионального уровня персонала, действующего в системе наркологической помощи населения;
 - повышение качества образовательных программ;
 - опосредованное повышение эффективности антинаркотических усилий, предпринимаемых в различных секторах социальной активности.

5. Инструменты и критерии оценки результатов использования квалификационного стандарта

Основным инструментом оценки результатов использования данного стандарта является

многоуровневый мониторинг наркологической ситуации и эффективности антинаркотических усилий, оценивающий, в том числе, объем и качество профессиональной помощи. Кроме того, возможно использование специальных анкет, оценивающих степень профессионализма исполнителей и услуг в системе наркологической помощи населения.

Таким образом, внедрение данного квалификационного будет способствовать повышению профессионального уровня врачей наркологов, действующих в системе наркологической помощи населению Республики Казахстан. А также опосредованно способствовать более эффективному блокированию распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике.

К СТАНДАРТУ МОНИТОРИНГА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РК И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИНАРКОТИЧЕСКИХ УСИЛИЙ

С.А.Алтынбеков

г. Павлодар

Проблема установления контроля над распространением зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан является первоочередной задачей системы наркологической помощи и социального сектора в целом. Уровни данного контроля могут быть различными. Однако, вне всякого сомнения, первичный уровень контроля связан с детальным изучением ситуации в сфере распространения зависимости от ПАВ, определением истинного масштаба проблемы,

динамикой ее развития, а также способов ее измерения. В данной связи вопрос разработки стандарта многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в РК является более чем актуальным.

В настоящее время Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании ведется работа по подготовке данного стандарта, основные положения которого приводятся ниже.

СТАНДАРТ МОНИТОРИНГА ПО ПРОБЛЕМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

1. Требования, предъявляемые к системе мониторинга:

- информация должна отвечать потребностям лиц, определяющих политику в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ;
- информация должна быть своевременной и полной;
- система мониторинга должна быть легко реализуемой и экономически целесообразной;
- для повышения сравнимости и качества данных необходимо использовать ограниченное число единых приоритетных показателей;
- для повышения качества анализа необходимо сочетание основных статистических данных с исследованиями и с информацией относительно контекста, в котором имеет место употребление ПАВ;
- наиболее эффективным для сбора и анализа данных об употреблении ПАВ и связанных с этим последствиях является применение многометодных и многоисточниковых подходов;
- сбор данных должен осуществляться в соответствии с правильными методологическими принципами;

• сбор и представление данных должны осуществляться в соответствии с признанными стандартами исследовательской этики.

2. Цель мониторинга: всестороннее и регулярное изучение наркологической ситуации в РК, эффективное регулирование процесса планирования услуг в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ (и, в частности, наркомании), а так же оценка адекватности и эффективности предпринимаемых мер.

3. Задачи системы мониторинга:

- разработка системы индикаторов, позволяющих достоверно оценивать динамику состояния наркоситуации, а так же основных показателей здоровья населения (психического, психологического, социального);
- многоаспектная оценка деятельности служб, противодействующих распространению зависимости от ПАВ;
- многоуровневая оценка состояния психического и психологического здоровья населения и его

целевых групп (возрастных, профессиональных, гендерных, национальных и т.д.);

- первичный анализ потребностей населения в специализированных услугах (в секторах первичной, вторичной и третичной профилактики);

- первичный анализ масштабов и моделей злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, а также темпов и тенденций их распространения;

- обеспечение системного планирования содержания и результатов деятельности соответствующих служб, инициирующего конструктивную динамику состояния наркоситуации, а также основных показателей здоровья населения (психического, психологического, социального);

- многоплановая оценка результата активности служб психического здоровья (оцениваются экономические, социальные, клинические показатели, а также целевые группы населения по степени удовлетворенности деятельностью данного сектора);

- доведение необходимого объема информации до соответствующих организаций и ведомств.

4. Целевые группы:

- население Республики Казахстан;
- лица, имеющие проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ;
- родные и близкие пациентов, зависимых от наркотиков и других ПАВ;
- профессионалы, действующие в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ;
- организации и учреждения (в качестве юридических лиц), действующие в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ;
- любые источники информации в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ.

5. Базисные элементы (параметры) и содержание основных разделов стандарта мониторинга наркологической ситуации в РК

Решить вышеуказанные задачи в полном объеме, удовлетворяя при этом все современные требования, позволит создание трёхуровневой системы мониторинга, обеспечивающей с одной стороны широкий охват больших слоёв населения, с другой – достаточную глубину исследований:

- первый уровень (уровень обобщённой информации по проблеме распространения зависимости от ПАВ, получаемой из официальных источников) – определяется необходимостью получения статистической информации для её анализа и дальнейшего сравнения с данными, полученными в результате исследований;

- второй уровень (уровень персональной информации о лицах, допускающих немедицинское потребление ПАВ, получаемой из официальных источников) – определяется необходимостью

оперативного отслеживания изменений масштабов и тенденции распространения зависимости от наркотиков и других ПАВ, а так же динамики моделей злоупотребления ПАВ без значительных финансовых затрат;

- третий уровень (уровень углубленных тематических эпидемиологических исследований) – определяется необходимостью глубокого целенаправленного изучения новых моделей злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, выявленных посредствам анализа информации, полученной на первом и втором уровнях, оценки эффективности усилий, прилагаемых для противодействия распространения зависимости от ПАВ, а так же динамики ранее определённых феноменов (феномен антинаркотической устойчивости, феномен психического, психологического, социального здоровья и т.д.).

5.1 Спецификация 1: «Система сбора обобщённой официальной информации по наркологической ситуации в РК»

Оценка современного состояния. В Республике Казахстан информация по наркологической ситуации и связанными с распространением зависимости от ПАВ проблемами собирается несколькими организациями, относящимися к различным Министерствам и ведомствам, и использующими самостоятельные учётные формы. При этом используются различные индикаторы, что делает практически невозможным сопоставление между собой полученных данных, и информация носит больше статистический, нежели аналитический характер.

5.1.1 Основной задачей первого уровня мониторинга является сбор максимально полной и сопоставимой официальной информации по наркологической ситуации на областном (региональном) и республиканском (государственном) уровнях для последующего её анализа и косвенной оценки масштабов проблемы злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, а так же сопоставления с данными, полученными на втором и третьем уровнях системы мониторинга.

5.1.2 В качестве источников официальной информации предлагается использовать следующие ведомства:

- Комитет по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры (показатели деятельности правоохранительных органов, показатели изъятия наркотических средств внутри страны);

- Агентство таможенного контроля РК (показатели изъятия наркотических средств на границах);

- Комитет уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции (показатели пенитенциарной системы);

- Комитет специального управления образованием Министерства науки и образования (показатели первичной профилактики);
 - Департамент лечебно-профилактической работы Министерства Здравоохранения (показатели инвестиционной активности в сфере противодействия распространению наркомании);
 - Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и Комитет государственного санэпиднадзора (показатели заболеваемости инфекциями, «ассоциированными» с наркоманией);
 - Центр судебной медицины (показатели смертности от употребления наркотиков и других ПАВ);
 - Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании (показатели активности государственной политики в сфере противодействия распространению зависимости от наркотиков и других ПАВ);
 - Агентство по статистике (социально-демографические показатели).
- 5.1.3 Промежуточные индикаторы первого уровня системы мониторинга** (уровень обобщённой информации по наркологической ситуации, полученной из официальных источников):

	обозначение индикаторов	уровень		кратность
		страна	регион	
1	<u>Показатели активности государственной политики в сфере борьбы с наркотиками и наркобизнесом</u>			
1.1	Законодательная база в сфере снижения спроса на наркотики			
1.1.1	Наличие структурированной и развивающейся законодательной базы в сфере психического здоровья	+	-	12 мес.
1.1.2	Наличие адекватной государственной программы активного формирования психического здоровья населения и совершенствования психологической помощи	+	-	12 мес.
1.1.3	Наличие адекватной государственной программы совершенствования наркологической помощи	+	-	12 мес.
1.1.4	Наличие адекватной государственной программы совершенствования психотерапевтической помощи	+	-	12 мес.
1.1.5	Наличие адекватного ведомственного (базисного) приказа, определяющего структуру и регламент деятельности (организационный стандарт); технологии (стандарт услуг); штаты, основной профиль и кратность специального обучения, объем профессиональных требований по каждой специальности (профессиональный и образовательный стандарты) в системе наркологической помощи населению	+	-	12 мес.
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	+	-	12 мес.
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, объем профессиональных требований по каждой специальности (профессиональный и образовательный стандарты) в системе психологической помощи населению	+	-	12 мес.
1.2	Законодательная база в сфере предупреждения незаконного оборота наркотиков			
1.2.1	Наличие структурированной и развивающейся законодательной базы в сфере предупреждения незаконного оборота наркотических веществ и прекурсоров	+	-	12 мес.
2	<u>Показатели инвестиционной активности в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ</u>			
2.1	Параметр спецификации бюджетных инвестиций по профилям профилактики (государственные программы)			
2.1.1	Затраты бюджетных средств на программы первичной профилактики в расчете на 1 жителя	+	+	12 мес.
2.1.2	Затраты бюджетных средств на программы вторичной профилактики в расчете на 1 учтенного наркопотребителя	+	+	12 мес.
2.1.3	Затраты бюджетных средств на программы третичной профилактики в расчете на 1 учтенного наркопотребителя	+	+	12 мес.

	обозначение индикаторов	уровень		кратность
		страна	регион	
2.2	Параметр спецификации внебюджетных инвестиций по профилям профилактики (негосударственные программы)			
2.2.1	Затраты внебюджетных средств на программы первичной профилактики в расчете на 1 жителя	+	+	12 мес.
2.2.2	Затраты внебюджетных средств на программы вторичной профилактики в расчете на 1 учтенного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.2.3	Затраты внебюджетных средств на программы третичной профилактики в расчете на 1 учтенного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.3	Параметр спецификации бюджетных инвестиций в систему лечебной помощи населению			
2.3.1	Затраты бюджетных средств на краткосрочные программы лечения (детоксикация) в расчете на 1 пролеченного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.3.2	Затраты бюджетных средств на среднесрочные программы лечения (медицинско-социальная реабилитация) в расчете на 1 пролеченного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.3.3	Затраты бюджетных средств на долгосрочные программы лечения (социальная реабилитация) в расчете на 1 пролеченного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.4	Параметр спецификации внебюджетных инвестиций в систему лечебной помощи населению			
2.4.1	Затраты внебюджетных средств на краткосрочные программы лечения (детоксикация) в расчете на 1 пролеченного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.4.2	Затраты внебюджетных средств на среднесрочные программы лечения (медицинско-социальная реабилитация) в расчете на 1 пролеченного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.4.3	Затраты внебюджетных средств на долгосрочные программы лечения (социальнная реабилитация) в расчете на 1 пролеченного наркотропотребителя	+	+	12 мес.
2.5	Параметр спецификации государственных инвестиций по основным статьям расходов, несомых в связи с обеспечением населения наркологической помощью			
2.5.1	Расходы, связанные с организацией рабочих мест (материально-технические ресурсы)	+	+	12 мес.
2.5.2	Расходы, связанные с подготовкой и содержанием кадров (кадровые ресурсы)	+	+	12 мес.
2.5.3	Расходы, связанные с разработкой и внедрением новых технологий (информационно-технологические ресурсы)	+	+	12 мес.
2.5.4	Расходы, связанные с текущей деятельностью (оперативные ресурсы)	+	+	12 мес.
3	Профиль масштаба проблемы зависимости от ПАВ и уровня распространения наркологических расстройств			
3.1	Параметр распространенности наркологической патологии среди населения			
3.1.1	Количество пациентов, состоящих на учёте в наркологических учреждениях (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристиками)	+	+	3 мес.
3.1.2	Количество пациентов, впервые поставленных на учёт в наркологические учреждения (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристиками)	+	+	1 мес.
3.1.3	Количество случаев передозировки наркотическими и другими психоактивными веществами (с указанием вида употребляемого ПАВ и социально-демографическими характеристиками)	+	+	1 мес.
3.1.4	Количество смертельных случаев в результате передозировки наркотическими и другими психоактивными веществами (с указанием вида употребляемого ПАВ и социально-демографическими характеристиками)	+	+	1 мес.
3.1.5	Количество смертельных случаев в результате злоупотребления наркотическими и другими психоактивными веществами (исключая случаи передозировки) (с указанием вида употребляемого ПАВ и социально-демографическими характеристиками)	+	+	3 мес.
3.2	Параметр распространенности патологии, «ассоциированной» с наркоманией, среди населения			
3.2.1	Количество впервые выявленных носителей ВИЧ-инфекции (с указанием процента инъекционных наркотропотребителей и социально-демографическими характеристиками)	+	+	1 мес.
3.2.2	Количество впервые выявленных случаев заболевания СПИД (с указанием процента инъекционных наркотропотребителей с социально-демографическими характеристиками)	+	+	1 мес.
3.2.3	Количество впервые выявленных случаев заболевания вирусными гепатитами В и С (с указанием процента инъекционных наркотропотребителей и социально-демографическими характеристиками)	+	+	3 мес.

	обозначение индикаторов	уровень		кратность
		страна	регион	
4.	Профиль основных характеристик процесса деятельности наркологической службы			
4.1	Параметр кадровой обеспеченности			
4.1.1	Обеспеченность системы наркологической помощи врачами психиатрами	+	+	12 мес.
4.1.2	Обеспеченность системы наркологической помощи психотерапевтами	+	+	12 мес.
4.1.3	Обеспеченность системы наркологической помощи психологами	+	+	12 мес.
4.1.4	Обеспеченность системы наркологической помощи специалистами в области социальной работы	+	+	12 мес.
4.1.5	Обеспеченность системы наркологической помощи средним медицинским персоналом	+	+	12 мес.
4.1.6	Обеспеченность системы наркологической помощи младшим медицинским персоналом	+	+	12 мес.
4.2.	Параметр структурной обеспеченности			
4.2.1	Наркологические диспансеры	+	+	12 мес.
4.2.2	Специализированные лечебно-профилактические учреждения	+	+	12 мес.
4.2.3	Центры медико-социальной реабилитации	+	+	12 мес.
4.2.4	Частные наркологические стационары (детокс-клиники)	+	+	12 мес.
4.2.5	Частные наркологические амбулатории	+	+	12 мес.
4.2.6	Наркологические койки в составе других лечебных учреждений	+	+	12 мес.
4.3	Параметр обеспеченности услугами			
4.3.1	Показатели профилактической деятельности государственного сектора			
4.3.1.1	Ассортимент государственных программ первичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.1.2	Доступность (охват) государственных программ первичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.1.3	Ассортимент государственных программ вторичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.1.4	Доступность (охват) государственных программ вторичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.1.5	Ассортимент государственных программ третичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.1.6	Доступность (охват) государственных программ третичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.2	Показатели профилактической деятельности негосударственного сектора			
4.3.2.1	Ассортимент негосударственных программ первичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.2.2	Доступность (охват) негосударственных программ первичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.2.3	Ассортимент негосударственных программ вторичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.2.4	Доступность (охват) негосударственных программ вторичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.2.5	Ассортимент негосударственных программ третичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.3.2.6	Доступность (охват) негосударственных программ третичной профилактики (заполняется в соответствии со стандартом услуг)	+	+	12 мес.
4.4	Параметр дополнительных характеристик интенсивности и объема оказываемой населению наркологической помощи			
4.4.1	Показатель госпитализации лиц с наркологической патологией (общее количество пациентов, получивших профильное лечение в наркологическом стационаре; показатель госпитализации от общего числа наркологических больных, состоящих на учете) (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристикаами)	+	+	3 мес.
4.4.2	Количество пациентов – наркологических больных (абсолютное и по отношению к общему числу пациентов, состоящих на учете), получавших лечение в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационаров (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристикаами)	+	+	3 мес.
4.4.3	Количество пациентов, проходивших лечение в Центрах медико-социальной реабилитации (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристикаами)	+	+	3 мес.
4.4.4	Количество пациентов, проходивших лечение в частных наркологических стационарах (детокс-клиниках) (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристикаами)	+	+	3 мес.
4.4.5	Количество пациентов, проходивших лечение в частных наркологических амбулаториях (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристикаами)	+	+	3 мес.

	обозначение индикаторов	уровень		кратность
		страна	регион	
4.4.6	Количество пациентов, проходивших лечение по наркологическому профилю в других лечебных учреждениях (с указанием вида зависимости и социально-демографическими характеристиками)	+	+	3 мес.
4.4.7	Показатели занятости и оборота наркологической койки в наркологических, психиатрических и психотерапевтических стационарах	+	+	3 мес.
5	<i>Показатели государственной активности в сфере предупреждения незаконного оборота наркотиков</i>			
5.1	<i>Показатели деятельности, направленной на снижение поставок наркотических веществ</i>			
5.1.1	Количество случаев изъятия наркотических средств на границе*	+	+	3 мес.
5.1.2	Общий вес изъятых наркотических средств на границе*	+	+	3 мес.
5.1.3	Количество случаев изъятия наркотических средств внутри страны*	+	+	3 мес.
5.1.4	Общий вес изъятых наркотических средств внутри страны *	+	+	3 мес.
5.2	<i>Показатели деятельности правоохранительных органов</i>			
5.2.1	Общее количество зарегистрированных преступлений	+	+	3 мес.
5.2.2	Количество зарегистрированных преступлений, связанных с наркотиками**	+	+	3 мес.
5.2.3	Количество лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками (с социально-демографическими характеристиками)	+	+	6 мес.
5.2.4	Общее количество осужденных (с социально-демографическими характеристиками)	+	+	6 мес.
5.2.5	Количество осужденных за преступления, связанных с наркотиками (с социально-демографическими характеристиками)	+	+	6 мес.
5.3	<i>Показатели пенитенциарной системы</i>			
5.3.1	Общее количество заключённых в тюрьмах (с социально-демографическими характеристиками)	+	+	3 мес.
5.3.2	Количество заключённых, осужденных за преступления, связанных с наркотиками (с социально-демографическими характеристиками)	+	+	3 мес.
5.3.3	Общее количество заключённых, страдающих наркотической зависимостью (с социально-демографическими характеристиками)	+	+	3 мес.
5.4	<i>Другие показатели из правоохранительных органов</i>			
5.4.1	Цены на наркотики	+	+	1 мес.

Примечания:

* С указанием вида наркотического вещества

** С указанием вида совершенного преступления

5.1.4 Конечные индикаторы первого уровня:

- Характеристика информационной среды (контент-анализ), в плане антинаркотической активности (СМИ, образовательные программы, воспитательные программы);
- Динамика распространённости зависимости от психоактивных веществ среди населения – возрастные, социальные группы (официальная статистика);
- Динамика уровня заболеваемости среди наркотпотребителей инфекциями, «ассоциированными» с инъекционным потреблением наркотиков (ВИЧ, гепатиты В, С);
- Динамика уровня преступности, связанной с наркотиками (возрастные, социальные группы);

5.1.5 Ресурсы

Нормативно-правовые ресурсы:

- Наличие нормативно-правовой базы, способствующей эффективному функционированию системы мониторинга (в частности, обеспечение беспрепятственного обмена информацией по проблеме распространения зависимости от ПАВ между различными ведомствами).

Штатные ресурсы:

- Наличие единого аналитического Центра, имеющего в штате экспертов по социологии, эпидемиологии, наркологии, разработчика программного обеспечения, специалистов по компьютерной технике;
- Наличие обученных сотрудников в каждом из ведомств, занимающихся сбором официальной информации по проблеме распространения наркотиков и других ПАВ, владеющих методологией сбора и обработки информации.

Технологические ресурсы:

- Наличие операционных систем Window 98 и выше, антивирусных программ и другого лицензионного программного обеспечения;
- Наличие средств обеспечения защиты информации;
- Наличие средств управления базами данных;
- Наличие программного обеспечения, позволяющего проводить статистический и эпидемиологический анализ данных.

Материально-технические ресурсы:

- Наличие необходимой компьютерной техники (компьютер, модем) в каждом из ведомств, занимающихся сбором официальной информации по проблеме распространения наркотиков и других ПАВ;

- Соответствующее оснащение аналитического Центра (компьютеры, модем, принтер, сканер, факс);

- Подключение к Интернет (в объёме до 200 Мб/мес).

Финансовые ресурсы:

- Наличие регулярного бюджетного финансирования (заработной платы штатных сотрудников, приобретение оборудования и программного обеспечения, текущих расходов).

В настоящее время имеются несколько центров сбора и анализа информации, способных стать основой системы мониторинга.

Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК имеет в своём распоряжении штат обученных сотрудников и компьютерную технику, что позволяет обрабатывать информацию, поступающую на ежеквартальной основе из правоохранительных органов (управления внутренних дел, городские и областные отделы национальной безопасности, суды, прокуратуры, финансовая полиция, агентство таможенного контроля и пограничная служба). Кроме вышеуказанных источников информации, свои отчёты о состоянии наркологической службы направляет в Генеральную прокуратуру и Департамент лечебно-профилактической работы Министерства Здравоохранения.

Департамент лечебно-профилактической работы Министерства Здравоохранения получает информацию на ежеквартальной основе от таких медицинских организаций, как Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Центр судебной медицины, Комитет государственного санэпиднадзора, а так же из Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции (информация о наркозависимых, находящихся в заключении).

Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом получает информацию о количестве вновь зарегистрированных случаях инфицирования ВИЧ и заболевания СПИДом из 22 региональных отделений. В настоящее время создаётся единая база данных.

Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании начиная с 2004 г. собирает и обрабатывает информацию о пациентах, состоящих на учёте, впервые зарегистрированных, а так же прошедших лечение в текущем году. Техническое оснащение, как самого Центра, так и региональных подразделений, позволяет в перспективе создать единую базу данных персональной информации обо всех зарегистрированных пациентах.

5.1.6 Основными этапами в совершенствовании существующей системы сбора и анализа информации (официальных данных) по наркомании являются следующие:

- **Первый этап:** Создание единой информационной сети по сбору официальной информации по наркомании на территории РК путём изменения действующей нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность вышеозначенных организаций в части сотрудничества и обмена информацией между её основными участниками.

- **Второй этап:** Оснащение региональных подразделений компьютерной техникой и программным обеспечением, обучение персонала современным методам сбора и обработки данных.

- **Третий этап:** Стандартизация существующих в различных организациях индикаторов (а так же учётных и отчётных форм) с целью приведения их в соответствие с потребностями системы мониторинга, международными требованиями и возможностью сопоставления получаемых данных на региональном и международном уровнях.

5.2 Спецификация 2: «Система сбора персональной официальной информации о лицах, допускающих немедицинское употребление ПАВ»

Краткая характеристика. Данная система является промежуточной между системой сбора обобщённой информации и углубленными эпидемиологическими исследованиями и представляет собой своего рода постоянное скрининговое исследование. Для этого часть контингента низеуказанных учреждений планируется опрашивать с обязательным заполнением специальных опросных листов и последующим внесением информации в общую базу данных.

5.2.1 Основной задачей второго уровня системы мониторинга является организация регулярного сбора персональной неконфиденциальной информации о лицах, допускающих немедицинское употребление ПАВ, в тех ведомствах, где это возможно, с последующим углублённым анализом с целью раннего выявления новых моделей употребления наркотиков и других ПАВ и описания характеристик уже существующих, а так же возможностью целенаправленного планирования более глубоких эпидемиологических исследований.

5.2.2 Источники официальной персональной информации:

- Наркодиспансеры и другие лечебные учреждения, оказывающие наркозависимым лечебную помощь;
- Пункты доверия, Центры СПИД и т.д.;
- Центры судебной медицины;

- Отделы внутренних дел;
- Приёмники-распределители;
- Суды;
- Тюрьмы.

5.2.3 Промежуточные индикаторы второго уровня системы мониторинга (уровень персональной информации о лицах, зависимых от ПАВ):

Обозначение индикаторов	
1.	Социально-демографические данные
1.1	Возраст
1.2	Пол
1.3	Национальность
1.4	Гражданство
1.5	Место жительства (город, село)
1.6	Семейное положение
1.7	С кем проживает
1.8	Жилищные условия
1.9	Материальное положение
1.10	Социальное положение
1.11	Род занятий
1.12	Образование
2.	Анамнестические данные
2.1	Отягощённость наследственности
2.2	Родители (полная, неполная семья)
2.3	Судимости, характер преступлений
2.4	Возраст первой пробы наркотика
2.5	Вид впервые употреблённого наркотика
3.	Модели употребления наркотиков
3.1	Вид потребляемого ПАВ (основное, другое 1, другое 2)
3.2	Причины употребления
3.3	Способ употребления
3.4	Частота употребления
3.5	Стаж регулярного употребления ПАВ (основное, другое 1, другое 2)
3.6	Употребление новых видов наркотиков или других ПАВ (или их сочетаний), либо новых способов употребления
4.	Рискованное поведение
4.1	Наличие и частота инъекционного употребления ПАВ
4.2	Наличие и частота использования общего инструментария (шприц, игла, посуда и т.д.)
4.3	Наличие и частота случайных половых связей
5.	Данные о лечении
5.1	Сколько раз проходил наркологическое лечение
5.2	Дата последней выписки
5.3	Состоит ли на учёте в наркологическом диспансере
5.4	Наличие ВИЧ-инфекции, гепатитов В или С
5.5	Наличие сопутствующих соматических заболеваний (инвалидность)
5.6	Наличие сопутствующих психических заболеваний
6.	Дополнительные модули

5.2.4 Результатом анализа данных, собранных на втором уровне системы мониторинга, являются:

- Характеристики различных групп потребителей наркотиков и других ПАВ;
- Характеристики существующих моделей потребления наркотиков и других ПАВ;
- Описание динамики моделей потребления наркотиков и других ПАВ.

5.2.5 Ресурсы

Нормативно-правовые ресурсы:

- Наличие нормативно-правовой базы, способствующей эффективному функционированию

системы мониторинга (в частности, заполнение первичных форм по персональной информации о лицах, допускающих немедицинское употребление наркотических и других психоактивных веществ, наряду с существующими ведомственными формами).

Штатные ресурсы:

- Наличие единого аналитического Центра, имеющего в штате экспертов по социологии, эпидемиологии, наркологии, разработчика программного обеспечения, специалистов по компьютерной технике;
- Наличие обученных сотрудников (владеющих методологией сбора и компьютерной обработки

информации) в каждом из регионов, в функции которых входит сбор первичных форм из всех местных подразделений организаций, имеющих возможность сбора персональной информации, их кодировка (внесение в компьютер) и передача в аналитический Центр.

Технологические ресурсы:

- Наличие операционных систем Window 98 и выше, антивирусных программ и другого лицензионного программного обеспечения;
- Наличие средств обеспечения защиты информации;
- Наличие средств управления базами данных;
- Наличие программного обеспечения, позволяющего проводить статистический и эпидемиологический анализ данных.

Материально-технические ресурсы:

- Наличие необходимой компьютерной техники (компьютер, модем) в каждом регионе;
- Соответствующее оснащение аналитического Центра (компьютеры, модем, принтер, сканер, факс);
- Подключение к Интернет (в объёме до 500 Mb/мес).

Финансовые ресурсы:

- Наличие регулярного бюджетного финансирования (заработной платы штатных сотрудников, приобретение оборудования и программного обеспечения).

В настоящее время осуществляется сбор персональной информации о пациентах, впервые поставленных на учёт в наркологические учреждения (путём заполнения первичных форм, централизованного их сбора в организационно-методическом отделе РНПЦ МС ПН и внесения данных по каждому пациенту в единую информационную базу с последующей возможностью корреляционного анализа). В перспективе данный метод будет внедрён при обработке информации по пациентам, прошедшем лечение (статистические карты выбывшего из стационара).

5.2.6 Основными этапами в создании и совершенствовании системы сбора и анализа персональных данных являются следующие:

- Первый этап: Ревизия и анализ существующих в ведомствах форм и методов сбора персональной информации, разработка единых форм для сбора персональной информации.
- Второй этап: Обучение персонала.
- Третий этап: Создание единой базы данных.

5.3 Спецификация 3: «Углубленные эпидемиологические исследования»

5.3.1 Основные задачи:

- Определение отношение к проблеме наркомании общего населения;
- Выявление основных факторов, способствующих (препятствующих) вовлечению населения в сферу употребления ПАВ;
- Определение масштабов злоупотребления наркотическими и другими психоактивными веществами среди общего населения и отдельных социальных групп;
- Определение основных характеристик и нормы поведения в группах потребителей наркотиков и других ПАВ;
- Определение эффективности проводимых профилактических мероприятий.

5.3.2 Предлагаемые регулярные исследования:

- Эпидемиологические исследования с целью оценки уровня здоровья населения (психологического, психического, социального и т.д.), а также качеств, способствующих или препятствующих вовлечению населения в сферу потребления ПАВ;
- Проведение эпидемиологических исследований в целевой группе «наркопотребители», не состоящих на официальном учёте («скрытых наркотипербителей»), с целью изучения характеристик данной группы;
- Проведение эпидемиологических исследований в учебных учреждениях с целью раннего выявления потребления наркотиков и характеристик его моделей.

Примечание:

* необходимость проведения дополнительных исследований будет определяться проблемами, выявленными в результате анализа информации, собранной на первом и втором уровнях;

* финансирование дополнительных исследований осуществляется за счёт ведомства, в чьей круг задач включено решение проблемы, соответствующей тематике исследования.

5.3.3 Исходные индикаторы третьего уровня системы мониторинга (уровень эпидемиологических исследований) определяются задачами, стоящими перед конкретными исследованиями.

5.3.4 Конечные индикаторы третьего уровня:

- Характеристики социального (интегративного) здоровья населения, с акцентом на показатели психологического и психического здоровья;
- Показатель развития свойств антинаркотической устойчивости у различных групп населения (возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы);
- Показатель распространенности группы риска по профилю зависимости от психоактивных веществ среди населения (возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы);
- Показатели распространенности зависимости от психоактивных веществ среди населения

(возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы);

- Динамика характеристик различных групп потребителей наркотиков;
- Динамика характеристик существующих моделей потребления наркотиков;
- Показатель качества ремиссии у пациентов, прошедших программы медико-социальной реабилитации зависимости от психоактивных веществ (процент ремиссий в течение года у выписанных больных);
- Показатель эффективности проводимых профилактических мероприятий среди населения (возрастные, национальные, профессиональные, социальные группы).

5.3.5 Ресурсы

Штатные ресурсы:

- Наличие единого аналитического Центра, имеющего в штате экспертов по социологии, эпидемиологии, наркологии, разработчика программного обеспечения, специалистов по компьютерной технике;
- Наличие обученных сотрудников (владеющих методологией организации и проведения полевых работ, сбора и компьютерной обработки информации) в каждом из регионов, в функции которых входит супervизия интервьюеров, сбор, проверка опросников и кодировка (внесение в компьютер) данных, их передача в аналитический Центр.

Технологические ресурсы:

- Наличие операционных систем Window 98 и выше, антивирусных программ и другого лицензионного программного обеспечения;
- Наличие средств обеспечения защиты информации;
- Наличие средств управления базами данных;
- Наличие программного обеспечения, позволяющего проводить статистический и эпидемиологический анализ данных.

Материально-технические ресурсы:

- Соответствующее оснащение аналитического Центра (компьютеры, модем, принтер, сканер, факс).

Финансовые ресурсы:

- Наличие регулярного бюджетного финансирования (заработной платы штатных и внештатных сотрудников, приобретение оборудования и программного обеспечения, других расходов по проведению исследований)

В настоящее время в стране на регулярной основе проводится 2 эпидемиологических исследования: «Многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан» проводится 1 раз в 2 года с целью оценки уровня здоровья населения (психологического, психического, социального и т.д.), качеств, способствующих или препятствующих вовлечению населения в сферу наркотизма, степени распространённости наркомании среди всего населения и отношения к данной

проблеме различных социальных групп (база данных содержит информацию о более чем 8000 респондентов) и сбор данных по системе «Базисных исследовательских карт», разработанных в РНПЦ МС ПН, с целью определения социальных, демографических, психологических характеристик наркозависимых, прошедших лечение, и оценки эффективности этого лечения (путём катамнестического наблюдения пациентов) (база данных содержит информацию о 6000 пациентов). Кроме вышеназванных, на 2005-2007 гг. в бюджет заложено проведение исследований ситуации с употреблением наркотиков в учебных заведениях РК (ежегодно) и исследований «скрытой» группы наркопотребителей (1 раз в 2 года).

6. Предположительные результаты использования стандарта мониторинга:

- активизация и соответствующее информационное обеспечение процесса системного планирования услуг (ассортимент, объем, качество) в сфере противодействия распространения зависимости от ПАВ;
- активизация процесса обеспеченности потребности населения в специализированных наркологических услугах за счет перераспределения социальных ресурсов и адекватного системного планирования;
- Снижение темпов и, в перспективе, блокирование распространения зависимости от наркотиков и других ПАВ среди населения РК;
- Снижение темпов распространения ВИЧ/СПИДа и, в перспективе, локализация эпидемии;
- Снижение количества активных потребителей наркотиков и других ПАВ.

7. Инструменты и критерии оценки результатов внедрения стандарта мониторинга

Основным инструментом, содержащим соответствующие оценочные критерии, является самодостаточный настоящий стандарт мониторинга, который включает механизмы обратной связи в виде прилагаемых стандартов услуг и профессиональной спецификации. Таким образом, адекватное изменение данных составляющих, а также других индикаторов, будет свидетельствовать о достижении планируемых результатов.

Исследовательские схемы, рекомендуемые настоящим стандартом, раскрываются в дополнительных схемах – приложениях, утверждаемых соответствующим приказом МЗ Казахстана. Их число может со временем возрастать и варьироваться в зависимости от задач и специфики исследований, предпринимаемых в рамках постоянного многоуровневого мониторинга наркологической ситуации.

Таким образом, внедрение настоящего стандарта, будет являться первым действенным шагом к установлению реального контроля над проблемой распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

С.А.Алтынбеков

г. Павлодар

В настоящее время организация наркологической помощи в Республике Казахстан вызывают серьезные нарекания в связи с недостаточной эффективностью усилий, предпринимаемых по направлению первичной, вторичной, третичной профилактики. Однако для того, чтобы измерять эффективность услуг, оказываемых системой наркологической помощи РК необходима разработка действенного инструмента определения такого рода эффективности. Естественно, что основным инструментарием в данной сфере должен являться стандарт мониторинга наркологической ситуации в РК и эффективности противодействующих усилий. Вместе с тем, достаточно актуальным является вопрос

изучения эффективности в сфере диверсификации услуг наркологического профиля, не требующий использования столь масштабного и дорогостоящего инструмента. В данной связи Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании разработаны схемы, позволяющие без дополнительных затрат и усилий определить объем и качество услуг, внедряемых в систему наркологической помощи населению.

Ниже приводятся схемы и анкеты, заполняемые по мере необходимости (кратность зависит от длительности периода, в течение которого проводится исследование).

Схема определения эффективности реализации проекта F75 («Диверсификация услуг в сфере профилактики распространения наркомании и ВИЧ/СПИДа»)

№	Показатель	Исходный уровень	Результативный уровень	Разница в абсолютных цифрах	Разница в %
1	Расчетное количество наркозависимых в регионе	+	-	-	-
2	Расчетное количество наркозависимых рискованной группы ИПН	+	-	-	-
3	Данные эпиднадзора по ВИЧ/СПИД среди ИПН	+	+	+	+
4	Ассортимент услуг в области первичной, вторичной, третичной профилактики наркозависимости в системе наркологической помощи	+	+	+	+
5	Количество наркозависимых, охваченных программами третичной профилактики (снижения вреда)	+	+	+	+
6	Количество ИПН, охваченных программами третичной профилактики	+	+	+	+
7	Количество наркозависимых, охваченных программами вторичной профилактики	+	+	+	+
8	Количество ИПН, охваченных программами вторичной профилактики	+	+	+	+
9	Количество наркозависимых, перешедших из сектора третичной профилактики в сектор вторичной профилактики в рамках проекта F75	+	+	+	+
10	Оценка длительности глубины и качества ремиссии у пациентов, завершивших программы амбулаторной и стационарной реабилитации	-	+	-	-

Схема определения уровня контроля за ситуацией в области распространения наркомании и ВИЧ/СПИДа

I Уровень контроля за ситуацией в области распространения наркомании и ВИЧ/СПИДа:

1. Выявление реального уровня наркопотребителей в регионе
2. Выявление реального количества ПИН в регионе

3. Проведение базового эпиднадзора и выявление реального количества ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом среди данного контингента

II Уровень контроля за ситуацией в области распространения наркомании и ВИЧ/СПИДа:

1. Соответствие масштаба предпринимаемых антитабаковых усилий (сектор первичной, вторичной, третичной профилактики) масштабу распространения наркотической зависимости;

2. Максимально возможный (не ниже 60%) охват мероприятиями вторичной и третичной профилактики расчетного количества наркопотребителей в регионе;

3. Охват мероприятиями третичной профилактики не ниже 90% реального количества ИПН в

регионе, максимально возможный перевод (от 10% до 15% в год) в сектор вторичной профилактики

III Уровень контроля за ситуацией в области распространения наркомании и ВИЧ/СПИДа

1. Устойчивая тенденция снижения общего количества наркозависимых;

2. Устойчивая тенденция уменьшения ПИН;

3. Устойчивая тенденция снижения % инфицированных ВИЧ среди ПИН

Обязательное условие – реализация всех пунктов, предусмотренных II уровнем контроля.

Схема определения эффективности реализации проекта F75 («Диверсификация услуг в сфере профилактики распространения наркомании и ВИЧ/СПИДа») (сокращенная форма)

№	Диагностические услуги	охват	Первичная профилактика	охват	Вторичная профилактика	охват	Третичная профилактика	охват
	Внедрение в рамках проекта F75 услуги		Внедрение в рамках проекта F75 услуги		Внедрение в рамках проекта F75 услуги		Внедрение в рамках проекта F75 услуги	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

*Анкета
по оценке результатов деятельности системы наркологической помощи на уровне пациента*

1	Блок оценки доступности специализированных услуг	
1.1	Часто ли Вы получаете информацию по поводу различных аспектов зависимости от психоактивных веществ (характер заболевания, методы диагностики, лечения, последствия употребления психоактивных веществ и т.д.)?	
1.1.1	Да	
1.1.2	Скорее да	
1.1.3	Скорее нет	
1.1.4	Нет	
1.1.5	Затрудняюсь с ответом	
1.2	По Вашему мнению, достаточно ли внимания уделялось диагностике Вашего заболевания (лабораторной, психологической, нейрофизиологической и т.д.)?	
1.2.1	Да	
1.2.2	Скорее да	
1.2.3	Скорее нет	
1.2.4	Нет	
1.2.5	Затрудняюсь с ответом	
1.3	Укажите те методы лечения и реабилитации из перечисленных, которые Вы получали в течение последнего года	
1.3.1	Лекарственная терапия	
1.3.2	Психотерапия (индивидуальная работа с психотерапевтом и занятия в группе)	
1.3.3	Психологическое консультирование (индивидуальное, групповое)	
1.3.4	Социально-психологические тренинги (занятия)	
1.3.5	Помощь других специалистов (врачей, социальных работников)	
1.3.6	Участие в деятельности терапевтического сообщества	
1.3.7	Иные виды лечения (обозначить на пустых графах)	

1.4	Укажите те виды социальной помощи из перечисленных, которые Вы получали в течение последнего года	
1.4.1	Юридические услуги	
1.4.2	Оформление временной нетрудоспособности (выплаты по больничному листу)	
1.4.3	Оформление долговременной нетрудоспособности (инвалидность)	
1.4.4	Предоставление жилья	
1.4.5	Профессиональное переобучение	
1.4.6	Иное (указать)	
2	Блок оценки удовлетворительности специализированными услугами	
2.1	Здесь следует отметить те утверждения, которые соответствуют действительности в отношении объема и качества диагностических услуг, предоставляемых в течение последнего года	
2.1.1	Удовлетворен объемом и качеством диагностических услуг	
2.1.2	Скорее удовлетворен	
2.1.3	Скорее неудовлетворен	
2.1.4	Неудовлетворен	
2.1.5	Затрудняюсь с ответом	
2.2	Здесь следует отметить те утверждения, которые соответствуют действительности в отношении объема и качества лечебных услуг, предоставляемых в течение последнего года	
2.2.1	Удовлетворен объемом и качеством лечебных услуг	
2.2.2	Скорее удовлетворен	
2.2.3	Скорее неудовлетворен	
2.2.4	Неудовлетворен	
2.2.5	Затрудняюсь с ответом	
2.3	Здесь следует отметить те утверждения, которые соответствуют действительности в отношении объема и качества реабилитационных услуг, предоставляемых в течение последнего года	
2.3.1	Удовлетворен объемом и качеством реабилитационных услуг	
2.3.2	Скорее удовлетворен	
2.3.3	Скорее неудовлетворен	
2.3.4	Неудовлетворен	
2.3.5	Затрудняюсь с ответом	
2.4	Здесь следует отметить те утверждения, которые соответствуют действительности в отношении объема и качества услуг по социальной поддержке, предоставляемых в течение последнего года	
2.4.1	Удовлетворен объемом и качеством услуг по социальной поддержке	
2.4.2	Скорее удовлетворен	
2.4.3	Скорее неудовлетворен	
2.4.4	Неудовлетворен	
2.4.5	Затрудняюсь с ответом	
3	Блок оценки потребностей в услугах, предоставляемых в системе наркологической помощи	
3.1	С Вашей точки зрения, какие изменения необходимы в секторе информационных услуг?	
3.1.1	Расширение сектора общих информационных услуг (СМИ, Интернет, телефон, печатные издания и т.д.)	
3.1.2	Оставить данный сектор услуг без изменений	
3.1.3	Сократить данный сектор услуг	
3.1.4	Расширение сектора специальных информационных услуг, касающихся вопросов зависимости от ПАВ	
3.1.5	Оставить данный сектор услуг без изменений	
3.1.6	Сократить данный сектор услуг	
3.1.7	Затрудняюсь ответить	
3.2	Какие изменения, с Вашей точки зрения, необходимы в секторе лечебно-диагностических услуг	
3.2.1	Расширение сектора за счет диагностики	
3.2.2	Расширение сектора за счет лекарственной терапии	
3.2.3	Расширение сектора за счет психотерапии	
3.2.4	Расширение сектора за счет деятельности терапевтических сообществ за счет социально-психологических тренингов (занятий)	
3.2.5	Расширение сектора за счет амбулаторных реабилитационных программ	

3.2.6	Расширение сектора за счет полустационарных реабилитационных программ (дневной, ночной стационар)	
3.2.7	Расширение сектора за счет стационарных реабилитационных программ	
3.2.8	Расширение сектора за счет программ снижения вреда	
3.2.9	Расширение сектора за счет программ снижения вреда с использованием заместительной терапии	
3.2.10	Оставить как есть	
3.2.11	Сократить	
3.2.12	Затрудняюсь ответить	
3.3	<i>Какие изменения, с Вашей точки зрения, необходимы в секторе услуг по социальной поддержке?</i>	
3.3.1	Расширение объема социальной помощи (более значительный охват нуждающихся пациентов)	
3.3.2	Увеличение видов социальной помощи (обучение, клубы, специальные программы занятости и т.д.)	
3.3.3	Увеличение штата социальных работников	
3.3.4	Оставить без изменений	
3.3.5	Сократить	
3.3.6	Иное (указать)	

4	Блок оценки качества жизни	
4.1.	<i>Если бы качество Вашей жизни в течение последнего года оценивалось по 10-балльной шкале, во сколько баллов Вы бы его оценили?</i>	
4.1.1	10 баллов	
4.1.2	9 баллов	
4.1.3	8 баллов	
4.1.4	7 баллов	
4.1.5	6 баллов	
4.1.6	5 баллов	
4.1.7	4 балла	
4.1.8	3 балла	
4.1.9	2 балла	
4.1.10	1 балл	
4.1.11	0 баллов	
4.2	<i>Укажите, в какой из перечисленных сфер возникает наибольшее количество проблем, снижающих качество Вашей жизни?</i>	
4.2.1	Проблемы с семьей, родными, близкими	
4.2.2	Проблемы с работой и трудоустройством	
4.2.3	Проблемы с законом	
4.2.4	Проблемы с деньгами	
4.2.5	Проблемы с жильем	
4.2.6	Проблемы с алкоголем	
4.2.7	Проблемы с наркотиками	
4.2.8	Проблемы с приемом лекарственных препаратов	
4.2.9	Проблемы со здоровьем	
4.2.10	Иные проблемные сферы (указать)	

4.2.11	Не возникает проблем ни в одной из перечисленных сфер	
4.2.12	Затрудняюсь ответить	
4.3	<i>Какова общая тенденция изменения качества Вашей жизни в продолжение последних 3-х лет?</i>	
4.3.1	Постоянно повышается	
4.3.2	Скорее повышается	
4.3.3	По-разному	
4.3.4	Скорее понижается	
4.3.5	Понижается постоянно	
4.3.6	Затрудняюсь ответить	
5	Обще-информационный блок	
5.1	<i>Возраст (указать количество лет)</i>	
5.2	<i>Пол</i>	
5.3	<i>Стаж заболевания (указать количество лет)</i>	
5.4	<i>Группа инвалидности (указать группу, если она есть)</i>	

*Анкета
по оценке результатов деятельности системы наркологической помощи
на уровне родственников пациентов*

1	Блок оценки доступности специализированных услуг	
1.1	<i>Пожалуйста, оцените доступность информационных услуг, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) и Вам в продолжение последнего года в балах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.1.1	5 баллов	
1.1.2	4 балла	
1.1.3	3 балла	
1.1.4	2 балла	
1.1.5	1 балл	
1.1.6	0 баллов	
1.2	<i>Пожалуйста, оцените профиль диагностических услуг, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) в продолжение последнего года в балах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.2.1	5 баллов	
1.2.2	4 балла	
1.2.3	3 балла	
1.2.4	2 балла	
1.2.5	1 балл	
1.2.6	0 баллов	
1.3	<i>Пожалуйста, оцените профиль лечебных услуг, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) в продолжение последнего года в балах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.3.1	5 баллов	
1.3.2	4 балла	
1.3.3	3 балла	
1.3.4	2 балла	
1.3.5	1 балл	
1.3.6	0 баллов	
1.4	<i>Пожалуйста, оцените профиль реабилитационных услуг, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) в продолжение последнего года в балах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.4.1	5 баллов	
1.4.2	4 балла	
1.4.3	3 балла	
1.4.4	2 балла	
1.4.5	1 балл	
1.4.6	0 баллов	
1.5	<i>Пожалуйста, оцените профиль услуг по социальной поддержке, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) в продолжение последнего года в балах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.5.1	5 баллов	
1.5.2	4 балла	
1.5.3	3 балла	
1.5.4	2 балла	
1.5.5	1 балл	
1.5.6	0 баллов	
1.6	<i>Пожалуйста, оцените доступность услуг по профилю психотерапевтической и психологической помощи родственникам пациентов, предоставляемых в течение последнего года, по 5-балльной системе</i>	
1.6.1	5 баллов	
1.6.2	4 балла	
1.6.3	3 балла	
1.6.4	2 балла	
1.6.5	1 балл	
1.6.6	0 баллов	
2	Блок оценки потребности в специализированных услугах	
2.1	<i>Пожалуйста, оцените в балах необходимость развития каждого из перечисленных секторов специализированных услуг, предоставляемых родственниками пациентов (максимальная оценка 5 баллов)</i>	
2.1.1	Информационные услуги (включая юридическое консультирование)	
2.1.1.1	5 баллов	
2.1.1.2	4 балла	
2.1.1.3	3 балла	
2.1.1.4	2 балла	

2.1.1.5	1 балл	
2.1.1.6	0 баллов	
2.1.2	Психологическая и психотерапевтическая поддержка	
2.1.2.1	5 баллов	
2.1.2.2	4 балла	
2.1.2.3	3 балла	
2.1.2.4	2 балла	
2.1.2.5	1 балл	
2.1.2.6	0 баллов	
3	Блок оценки качества жизни	
3.1	<i>Изменилось ли качество Вашей жизни в связи с заболеванием Вашего родственника?</i>	
3.1.1	Не изменилось	
3.1.2	Скорее ухудшилось	
3.1.3	Ухудшилось	
3.1.4	Иное (указать)	
3.1.5	Затрудняюсь ответить	
3.2	<i>Во сколько баллов Вы бы оценили качество жизни у себя в течение последнего года (максимум 10 баллов)</i>	
3.2.1	10 баллов	
3.2.2	9 баллов	
3.2.3	8 баллов	
3.2.4	7 баллов	
3.2.5	6 баллов	
3.2.6	5 баллов	
3.2.7	4 балла	
3.2.8	3 балла	
3.2.9	2 балла	
3.2.10	1 балл	
3.2.11	0 баллов	
4	Обще-информационный блок	
4.1	<i>Возраст (указать количество лет)</i>	
4.2	<i>Пол</i>	
4.3	<i>Стаж заболевания у родственника</i>	

*Анкета
по оценке результатов деятельности системы наркологической помощи
на уровне всего населения*

1.	Блок оценки доступности специализированных услуг	
1.1.	<i>Считаете ли Вы свою осведомленность по вопросам зависимости от психоактивных веществ достаточной?</i>	
1.1.1.	Да	
1.1.2.	Скорее да	
1.1.3.	Скорее нет	
1.1.4.	Нет	
1.1.5.	Затрудняюсь с ответом	
1.2.	<i>Какие технологии профилактики формирования зависимости от психоактивных веществ, с Вашей точки зрения, необходимо развивать?</i>	
1.2.1.	Информационные технологии:	
1.2.2.	Адекватные программы в электронных СМИ	
1.2.3.	Информация в Интернете	
1.2.4.	Публикации в газетах, журналах	
1.2.5.	Образовательные программы в учебных заведениях	
1.2.6.	Диагностические технологии:	
1.2.7.	Анкетирование	
1.2.8.	Осмотр специалистами	
	Компьютерная психологическая диагностика	
	Иная диагностика (указать)	

	Развивающие и лечебные технологии:	
1.2.9.	Психологическая помощь и консультирование	
1.2.10.	Психотерапевтическая помощь и консультирование	
1.2.11.	Психиатрическая помощь и консультирование	
1.2.12.	Социальная поддержка и многопрофильное консультирование	
1.2.13.	Иные технологии (указать какие именно)	
1.2.14.	Не считаю, что нужно что-либо менять	
2.	Блок оценки качества специализированных услуг	
2.1.	<i>Оценка качества профилактических (предупреждающих развитие зависимости от психоактивных веществ) услуг по месту Вашего проживания по 5-балльной системе</i>	
2.1.1.	5 баллов	
2.1.2.	4 балла	
2.1.3.	3 балла	
2.1.4.	2 балла	
2.1.5.	1 балл	
2.1.6.	0 баллов	
2.2.	<i>Оценка качества наркологической помощи по месту Вашего проживания по 5-балльной системе</i>	
2.2.1.	5 баллов	
2.2.2.	4 балла	
2.2.3.	3 балла	
2.2.4.	2 балла	
2.2.5.	1 балл	
2.2.6.	0 баллов	
3.	Обще-информационный блок	
3.1.	<i>Возраст (указать количество лет)</i>	
3.2.	<i>Пол (указать ниже)</i>	
	мужской	
	женский	
3.3.	<i>Профессия (указать полное название)</i>	

*Анкета
по оценке результатов деятельности системы наркологической помощи
на уровне профессионалов*

1.	Блок оценки ассортимента и доступности специализированных услуг	
	<i>Пожалуйста, отметьте утверждения, с которыми Вы согласны</i>	
1.1.	Профиль услуг по направлению вашей основной деятельности нуждается:	
1.1.1.	в существенном расширении ассортимента	
1.1.2.	в существенном повышении качества	
1.1.3.	в существенном улучшении ассортимента и качества	
1.1.4.	в некотором секторальном улучшении ассортимента и качества (указать в каком именно)	
1.1.5.	в реорганизации не нуждается	
2.	Блок оценки необходимости бригадного подхода	
2.1.	<i>Пожалуйста, отметьте утверждения, с которыми Вы согласны</i>	
	Улучшение качества и расширение ассортимента услуг по основному направлению Вашей деятельности связано:	
2.1.1.	С увеличением числа штатных единиц по Вашей специальности	
2.1.2.	С увеличением числа штатных единиц по смежным и близким специальностям (указать каким)	
2.1.3.	С увеличением числа штатных единиц по другим специальностям (указать каким)	

2.1.4.	С увеличением оплаты труда	
2.1.5.	С усилением контроля качества	
3.	Блок оценки потребностей в обучении	
3.1.	<i>Пожалуйста, отметьте утверждения, с которыми Вы согласны</i>	
3.1.1.	Улучшение показателей моей профессиональной деятельности связано:	
3.1.2.	С возможностью постоянного доступа к новой профессиональной информации, распространяемой в профессиональных изданиях, Интернете	
3.1.3.	С возможностью постоянного обучения у лучших специалистов Республики	
3.1.4.	С возможностью постоянного обучения у лучших специалистов СНГ и дальнего зарубежья Иное (указать)	
3.2.	<i>В настоящее время я испытываю</i>	
3.2.1.	Острый дефицит в профессиональных знаниях, умениях, навыках	
3.2.2.	Острый дефицит в занятиях, умениях, навыках по смежным профессиям (указать каким)	
3.2.3.	Необходимость в повышении квалификации по профилю собственной профессии	
3.2.4.	Необходимость повышения квалификации по смежным или другим профессиональным профилям, имеющим отношение к проблемам психического здоровья населения (указать каким)	
4.	Обще-информационный блок	
4.1.	Возраст (указать количество лет)	
4.2.	Профессия (указать полное название)	
4.3.	Трудовой стаж по специальности (указать количество лет)	
4.4.	Квалификационная категория	
4.5.	Количество лет, прошедших с последней профессиональной учебы	

Схема определения эффективности реализации программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ (заполняется ежемесячно)

номер	Обозначение мишени	Отсутствие изменений (0)		
		Незначительные изменения (1)	Изменения средней степени (2)	Значительные изменения (3)
1	<i>Патологический соматический статус (включая неврологический)</i>			
2	<i>Патологическое влечение (включая патологический психический статус)</i>			
3	<i>Патологический личностный статус</i>			
4	<i>Неоабilitационный личностный статус (свойства антинаркотической устойчивости)</i>			
5	<i>Дефицитарный социальный статус (дефицит коммуникативных, асертивных навыков, субличностных статусов, деформированные отношения в микросоциуме)</i>			
6	<i>Уровень мотивации на освобождение от химической зависимости</i>			

Примечание: оценка «значительные изменения» дается только в том случае, когда достигается: а) полная редукция каких-либо проявлений

зависимости от психоактивных веществ, например, патологического влечения или патологического соматического состояния; б) максимально возможное

развитие свойств, предусмотренных программой медико-социальной реабилитации, например, антинаркотической устойчивости, статуса полной

социальной компетентности, высокого уровня мотивации на освобождение от зависимости, выражавшегося в глубинных терапевтических установках и т.д.

Анкета «Комплексные характеристики ремиссии»

Номер	Обозначение параметра	Индикатор
1.	Длительность ремиссии	
1.1	<i>Продолжается ли ремиссия?</i>	
1.1.1	Если да, то длительность ремиссии... месяцев (поставь цифру)	
1.1.2	Если нет, то, сколько длилась ремиссия ... месяцев (поставь цифру)	
1.2	<i>Охарактеризуйте устойчивость ремиссии</i>	
1.2.1	Устойчивая (не было употребления ПАВ)	
1.2.2	Неустойчивая (однократное употребление ПАВ с продолжающимся периодом воздержания)	
1.2.3	Рецидив (многократное употребление ПАВ) – данный ответдается в случае прекращения ремиссии	
2	Социальные характеристики ремиссии (высокий, средний, низкий уровень социальной динамики). Данными характеристиками оценивается как продолжающаяся ремиссия, так и любой, достаточно длительный период воздержания от ПАВ, закончившийся рецидивом.	
2.1	<i>Есть ли изменения в сфере образования (для учащихся)?</i>	
2.1.1	Положительная динамика (восстановился или поступил в учебное заведение; успешно закончил обучение);	
2.1.2	Отсутствие динамики (учился и в настоящее время продолжает учиться; не учился и в настоящее время не обучается)	
2.1.3	Отрицательная динамика (прекратил обучение в учебном заведении, не окончив курс обучения)	
2.2	<i>Есть ли изменения в семейном положении (родительская или собственная семья)?</i>	
2.2.1	Положительная динамика (создал или воссоединился с семьей)	
2.2.2	Отсутствие динамики (варианты приведены ниже)	
2.2.3	Семьи не было и нет	
2.2.4	Продолжает проживать в семье	
2.2.5	Отрицательная динамика (потеря семьи)	
2.3	<i>Есть ли изменения в профессии?</i>	
2.3.1	Положительная динамика (поступил или восстановился на работу);	
2.3.2	Отсутствие динамики (работал, продолжает работать; не работал и в настоящее время не работает);	
2.3.3	Отрицательная динамика (потеря места работы)	
Варианты оценки:		
<i>Высокий уровень</i> , в случае ответов по следующим позициям: три или две верхние позиции «+» (положительная динамика);		
<i>Низкий уровень</i> , в случае ответов по следующим позициям: три или две нижние позиции «-» (отрицательная динамика);		
<i>Средний уровень</i> – остальные варианты ответов		
3	Психологические характеристики ремиссии (высокий, средний, низкий уровень психологической динамики)	
3.1	<i>Преобладающее настроение?</i>	
3.1.1	Хорошее	
3.1.2	Ровный, фон, без особых колебаний	
3.1.3	Плохое	
3.2	<i>Довolen ли собой?</i>	
3.2.1	Да	
3.2.2	Затрудняюсь с ответом	
3.2.3	Нет	
3.3	<i>Довolen ли жизнью?</i>	
3.3.1	Да	
3.3.2	Затрудняюсь с ответом	
3.3.3	Нет	
3.4	<i>Появился ли интерес (перспективы, планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ?</i>	
3.4.1	Да	
3.4.2	Затрудняюсь с ответом	
3.4.3	Нет	
3.5	<i>Физическое самочувствие</i>	
3.5.1	Хорошее	
3.5.2	Удовлетворительное	
3.5.3	Плохое	
3.6	<i>Психическое самочувствие</i>	
3.6.1	Хорошее	
3.6.2	Удовлетворительное	
3.6.3	Плохое	
Варианты оценки:		
<i>Высокий уровень</i> , в случае ответов по следующим позициям: пять или шесть верхних позиций «+»;		
<i>Низкий уровень</i> , в случае ответов по следующим позициям: пять или шесть нижних позиций «-»;		
<i>Средний уровень</i> – все остальные варианты ответов		

Карта исследования субъективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (заполняется пациентом дважды: в начале и в завершении каждого психотерапевтического цикла (методики))

Номер	Обозначение параметра	Индикатор
1	Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в продолжение первого психотерапевтического сеанса?	
1.1	да	
1.2	нет	
1.3	затрудняюсь с ответом	
2	Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?	
2.1	да	
2.2	нет	
2.3	затрудняюсь с ответом	
3	Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?	
3.1	да	
3.2	нет	
3.3	затрудняюсь с ответом	
4	Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в последующей с ним работе?	
4.1	да	
4.2	нет	
4.3	затрудняюсь с ответом	
5	Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в продолжение первого психотерапевтического сеанса?	
5.1	да	
5.2	нет	
5.3	затрудняюсь с ответом	
6	Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в последующей работе с ним?	
6.1	да	
6.2	нет	
6.3	затрудняюсь с ответом	
7	Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в продолжение первого психотерапевтического сеанса?	
7.1	да	
7.2	нет	
7.3	затрудняюсь с ответом	
8	Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в последующей работе с психотерапевтом?	
8.1	да	
8.2	нет	
8.3	затрудняюсь с ответом	
9	Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия во время первого психотерапевтического сеанса?	
9.1	да	
9.2	нет	
9.3	затрудняюсь с ответом	
10	Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия в последующей работе с психотерапевтом?	
10.1	да	
10.2	нет	
10.3	затрудняюсь с ответом	
11	Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время первого психотерапевтического сеанса?	
11.1	да	
11.2	нет	
11.3	затрудняюсь с ответом	

Номер	Обозначение параметра	Индикатор
12	Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?	
12.1	да	
12.2	нет	
12.3	затрудняюсь с ответом	
13	Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время первого психотерапевтического сеанса?	
13.1	да	
13.2	нет	
13.3	затрудняюсь с ответом	
14	Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?	
14.1	да	
14.2	нет	
14.3	затрудняюсь с ответом	
15	Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) во время первого психотерапевтического сеанса?	
16	Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) в последующей работе с психотерапевтом?	
16.1	да	
16.2	нет	
16.3	затрудняюсь с ответом	
17	Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») во время первого психотерапевтического сеанса?	
17.1	да	
17.2	нет	
17.3	затрудняюсь с ответом	
18	Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») в последующей работе с психотерапевтом?	
18.1	да	
18.2	нет	
18.3	затрудняюсь с ответом	
19	Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?	
19.1	да	
19.2	нет	
19.3	затрудняюсь с ответом	
20	Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в последующей работе с психотерапевтом?	
20.1	да	
20.2	нет	
20.3	затрудняюсь с ответом	
21	Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?	
21.1	да	
21.2	нет	
21.3	затрудняюсь с ответом	
22	Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?	
22.1	да	
22.2	нет	
22.3	затрудняюсь с ответом	

**Карта исследования объективных признаков вовлечения глубинного
уровня психотерапевтической коммуникации**
(заполняется супервизором или психотерапевтом дважды: в начале и в завершении
каждого психотерапевтического цикла (методики))

Номер	Обозначение параметра	Индикатор
1	Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом	
1.1	отсутствуют	
1.2	слабая степень выраженности	
1.3	средняя степень выраженности	
1.4	значительная степень выраженности	
2	Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз)	
2.1	отсутствуют	
2.2	слабая степень выраженности	
2.3	средняя степень выраженности	
2.4	значительная степень выраженности	
3	Аналогии в мимических реакциях	
3.1	отсутствуют	
3.2	слабая степень выраженности	
3.3	средняя степень выраженности	
3.4	значительная степень выраженности	
4	Присоединение по тембру и интонациям речи	
4.1	отсутствуют	
4.2	слабая степень выраженности	
4.3	средняя степень выраженности	
4.4	значительная степень выраженности	
5	Синхронизация речевого темпо-ритма	
5.1	отсутствуют	
5.2	слабая степень выраженности	
5.3	средняя степень выраженности	
5.4	значительная степень выраженности	
6	Выраженность вегетативных реакций у пациента	
6.1	отсутствуют	
6.2	слабая степень выраженности	
6.3	средняя степень выраженности	
6.4	значительная степень выраженности	
7	Синхронизация дыхательного ритма	
7.1	отсутствуют	
7.2	слабая степень выраженности	
7.3	средняя степень выраженности	
7.4	значительная степень выраженности	
8	Выраженность мышечной релаксации у пациента	
8.1	отсутствуют	
8.2	слабая степень выраженности	
8.3	средняя степень выраженности	
8.4	значительная степень выраженности	

Примечание: положительные ответы пациентов по карте исследования субъективных признаков вхождения в психотерапевтическое пространство свидетельствует о достаточно выраженной пластичности пациента с одной стороны и эффективности психотерапевтических технологий с другой.

Степень выраженности объективных признаков вхождения в пространство психотерапии

свидетельствует о возможности достижения максимальных конструктивных изменений в ограниченные временные периоды.

Таким образом, степень выраженности субъективных и объективных признаков вхождения в пространство психотерапии является одним из главных промежуточных индикаторов, оценивающих эффективность программ медико-социальной реабилитации.

Данный индикатор является основным промежуточным индикатором, определяющим эффективность психотерапевтической составляющей программ медико-социальной реабилитации.

Конечным индикатором, оценивающим эффективность психотерапевтических технологий в программах MCP, является степень выраженности свойств антинаркотической устойчивости по завершению реабилитационного цикла.

Приведенный инструментарий (схемы, анкеты) был апробирован в ходе реализации международного проекта, выполняемого в сотрудничестве с УНП ООН «Диверсификация услуг в сфере профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа – F75», реализуемого в г. Павлодаре и других регионах Центральной Азии. Первые отзывы специалистов показывают высокую надежность результатов, получаемых при использовании данного инструментария определения эффективности антинаркотических усилий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАНДАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Г.Т.Бектаева, О.Н.Комарова

г. Астана

Алкоголизм - прогредиентное заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость) и развитием дисфункционального состояния или абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя. Алкоголизм всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества. Таким образом, алкоголизм как болезнь является составной частью более широкой социально-медицинской проблемы самых различных психических и соматических заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголя.

По наблюдениям нашего центра за последние 2 года среди городского населения растет количество страдающих алкоголизмом. Помимо того, отмечается омоложение заболевания и ранняя алкоголизация с 12-13 лет. Почти в 2 раза увеличилось количество женщин страдающих этим недугом.

Абстинентный синдром играет особую роль как диагностический критерий алкоголизма. По мнению большинства авторов, данному виду расстройств принадлежит место спецификатора второй стадии заболевания и служит основным признаком развернутого алкоголизма. Абстинентный синдром - это симптомокомплекс соматических, неврологических и психопатологических расстройств, возникающих при прекращении употребления алкоголя или снижения его дозы. Причем, прием алкоголя на некоторое время устраниет или смягчает указанные расстройства.

Астенические расстройства проявляются раздражительностью, слабостью и в отличие от невротических синдромов, носят характер соматической астении. Сопровождаются выраженной истощаемостью, неспособностью концентрировать внимание,

снижением работоспособности, обильными вегетативными симптомами. Аффективные расстройства, как правило, неглубоки, легко обратимы, имеют выраженный тревожный оттенок и могут сопровождаться фобиями с конкретно-житейским содержанием.

В последние 3 года в условиях нашего центра широко применяется препарат Грандаксин (тофизопам) для лечения алкогольной зависимости. Препарат получен в результате модификации молекулы диазепама. Подобно диазепаму и другим веществам бензодиазепинового ряда обладает транквилизирующей активностью, но отличается рядом свойств: не вызывает сонливости, не оказывает миорелаксирующего и противосудорожного действий. Грандаксин применяется преимущественно при следующих состояниях:

- небольшие психиатрические нарушения, сопровождающиеся тревогой, напряжением, отсутствием мотивации, инертность, апатия, чувство усталости;
- нарушения равновесия вегетативной нервной системы;
- с целью облегчения тревожного состояния, сопровождающего заболевания внутренних органов;
- в гинекологии: лечение вегетативных и невротических симптомов климакса;
- при лечении алкоголизма: облегчение вегетативных и психических нарушений при абстинентном синдроме;
- старческие тревожно-депрессивные заболевания.

Учитывая эти свойства Грандаксина, а также его умеренную психостимулирующую и антидепрессантную активность при отсутствии привыкания и развития лекарственной зависимости, в нашем центре он применяется для лечения синдрома алкогольной абстиненции. При этом, следует отметить, что в отличие от классических бензодиазепинов Грандаксин

не потенцирует действие алкоголя и других средств, угнетающих ЦНС, являясь безопасным лекарственным средством для лечения алкоголизма.

При клинической апробации препарата лечение было проведено 44 больным алкоголизмом в возрасте от 27 до 36 лет с длительностью заболевания 4-10 лет. У всех больных диагностированы II-III стадии алкоголизма со снижающейся, либо наиболее высокой толерантностью к алкоголю (суточные дозы потребляемых спиртных напитков составляли 0,5-1 литр водки).

Впервые лечились 30 больных, повторно - 14. Больные были разделены на 2 группы:

- первую группу составили больные (23 человека), которые лечились стационарно;

- вторую - амбулаторно (21 человек).

Грандаксин назначался в дозе от 50 мг до 200 мг в сутки в течение 10-14 дней. Препарат применяли с целью купирования абстинентного синдрома на фоне дезинтоксикационного и общеукрепляющего лечения.

При анализе динамики изменений вегетативных и психических нарушений было выявлено, что на 2-й день приема препарата у большинства больных исчезали чувство разбитости, головная боль, анорексия, слабость, трепор рук и век. На 3-е сутки исчезали беспокойство, тревога, улучшалась способность концентрировать внимание, повышалась работоспособность. Патологическое влечение к алкоголю у больных данной группы снижалась на 5-6 сутки приема препарата.

Симптомы (n=24)	День лечения						
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й
Головная боль	+	-	-	-	-	-	-
Жажда, сухость во рту	+	-	-	-	-	-	-
Анорексия	+	-	-	-	-	-	-
Общая слабость	+	+	-	-	-	-	-
Тревога, беспокойство	+	+	-	-	-	-	-
Тремор рук и век	+	-	-	-	-	-	-
Концентрация внимания	+	+	-	-	-	-	-
Влечение к алкоголю	+	+	+	+	+/-	-	-

В связи с приемом препарата не возникло потребности увеличения дозы. Побочные явления были отмечены у одного больного в виде зуда и высыпаний на коже. Препарат, в этом случае, был отменен. В остальных случаях Грандаксин хорошо переносился и не вызывал побочных эффектов. После купирования симптомов абстинентного синдрома больным было рекомендовано продолжение приема Грандаксина в течение 2-х недель в качестве поддерживающей терапии в индивидуально определенных дозах. Таким образом, Грандаксин, оказывая патогенетическое и симптоматическое

действие при алкоголизме, проявил высокую активность в лечении этого заболевания.

Выходы:

1. Грандаксин в суточной дозе 50-200 мг оказывает выраженный эффект при купировании абстинентного синдрома при алкоголизме.
2. Грандаксин является препаратом выбора при лечении депрессивно-астенических состояний на фоне алкоголизма.
3. Грандаксин в терапевтических дозах вызывает облегчение вегетативных нарушений в максимально короткие сроки (2-3 сутки).

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Е.В.Денисова

Культуральные факторы играют большую роль в постановке диагноза, изучении эпидемиологии, течения и лечении психических заболеваний (Б.Д.Карвасарский, 1985; Т.Е.Дмитриева, 1994;

В.Д.Менделевич, 1997; В.Т.Кондрашенко. Д.И.Донской, 1997; Б.С.Положий, 1997; А.А.Чуркин, 1997; J.E.Mezzich, 1996). Сам по себе диагноз уже является отражением культуральной оценки и

представляет собой интерпретацию врачом некой другой интерпретации, а именно восприятия пациента, основанного на его культурном сознании. Мы можем рассматривать заболевания только в контексте конкретной культуры и конкретного исторического периода, в которых они возникают (Б.С.Положий, 1997). Рамки, в которых происходит «терапевтическая встреча» между врачом и пациентом, изменились, и сегодня, в эпоху многонациональных обществ, именно с этих позиций ряд ученых заявляют об окончании эры монокультуральной психотерапии (Х.Пезешкиан, 1999).

Культуральная обусловленность психотерапии означает, что мы, учитывая общественные изменения, которые далеко еще не завершены, должны говорить о новой эре психотерапии и психиатрии в России (В.В.Макаров, 1998). Новая эра в России, как и во всей Восточной Европе, а также в развивающихся странах, характеризуется импортом западной психотерапии, который от психоубога приводит к психорынку - явлению, необозримому даже для специалиста. Психологические методы поставляются с Запада, прежде всего из США, которые провозглашаются «единственной психологической супервластью» (Moghaddam F.M., 1987), зачастую без учета и переосмысливания их пригодности и эффективности.

Например, использованная и исследованная позитивная психотерапия (ППТ) получила развитие из транскультуральных исследований N.Peseshkian (1974, 1977) в более чем 20 культурах и может применяться в многокультурных аспектах. Позитивная психотерапия является транскультуральным психотерапевтическим методом с гуманистическим видением человека, аналитически-динамической основой и практическим использованием техник и элементов поведенческой терапии. В России этот метод, ориентированный на ресурсы краткосрочной психотерапии, применяется с 1989 года и за это время стал одним из широко распространенных (Б.А.Бараш, 1993; М.Е.Бурно, 1995). Автор впервые применил ППТ в России и приспособил ее к работе с местными обстоятельствами (Х.Пезешкиан, 1993, 1996, 1997, 1999; N.Peseshkian, 1995, 1996, 1998).

В.Б.Миневич и А.А.Дымчиков (1995) в результате подробного анализа тибетских трактатов (Чжуд-ши и др.) сформулировали, с точки зрения психиатрии, ряд методологических принципов и выводов, ценных для изучения разделов Тибетской медицины. Авторы по мере сил в этой пионерной работе попытались разобраться в непростой теме и показать связь времен, единство этнических подходов во врачевании.

Однако существует другая позиция ученых: Тогда как западная психотерапия развивалась преимущественно на основе психоанализа и длительного психотерапевтического процесса с целым

комплексом сопутствующих ему установок и принципов работы [Setting], российская психотерапия имеет другую основу, на чем мы также хотели бы здесь остановиться. Психотерапия в России отлична от того, что на западе понимают под психотерапией (В.Д.Мендельевич, 1997, Х.Пезешкиан, 1993, 1995, 1997, 1998, Б.С.Положий, 1997). Транскультуральный аспект психотерапевтических отношений: в то время как на Западе психотерапевтический союз является деловым соглашением, в России на первый план выступают человеческие отношения (Трусов В.Б., Корнетов А.Н., Дорофеева Л.И., Козлова И.Л., Якущенко И.А., Галактионов О.К., Шмелёв А.А., Трегубова Г.Г., 1997, Х.Пезешкиан, 2000). Возможно это по-другому для многонационального Казахстана.

При исследовании этнофункциональной экспресс-психотерапии эмоциональных и поведенческих расстройств у детей удалось достаточно отчетливо разграничить независимый эффект этнофункциональной психотерапии (смягчение основной симптоматики) в детском возрасте и результаты фармакологического лечения аффективных и поведенческих расстройств смешанной этиологии (при наличии эндогенного, психогенного и органического радикалов) (А.В.Сухарев, 1997).

Вторичная и третичная или поздняя и терминальная профилактика (Э.К.Бабаян, 1988) своей целью имеет, в основном, лечение и предупреждение рецидивов; основные уровни воздействия - психический и социальный (Н.Н.Иванец, И.Г.Анохина, Ю.В.Валентик и др., 1991). Основная тенденция в соотношении видов лечения такова, что по мере удаления от момента купирования интоксикации и абстинентного синдрома возрастает роль психотерапевтических, а затем социотерапевтических методов, и уменьшается роль биологических факторов (Б.М.Гузиков, О.Ф.Ерышев, 1989). Этим целям служит процесс реабилитации.

По определению Б.М.Гузикова, О.Ф.Ерышева (1989) реабилитация - динамическая система деятельности, направленной на достижение цели полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. Реабилитация понимается и как процесс, и как конечная цель и как метод подхода к человеку.

Процесс лечения и реабилитации происходит в 3 этапа (Б.М.Гузиков, О.Ф.Ерышев, 1989):

1. детоксикация;
2. активное противонаркотическое лечение;
3. поддерживающая терапия.

Психотерапия проводится на всех этапах, но решающее значение приобретает на последнем.

Процесс реабилитации за рубежом, как правило, начинается в реабилитационных центрах и

преследует следующие цели (M.L.Wamer, A.J.Mooney, 1993): детоксикация; медицинское наблюдение; стабилизация острых эмоциональных переживаний; обучение идентификации препятствий на пути к выздоровлению; обучение поведению, направленному на поддержание трезвости; ориентация на посещение и участие в группах самопомощи.

Используются различные варианты психотерапевтического воздействия: психодинамическая психотерапия самостоятельно и в сочетании с когнитивно-бихевиоральной (R.G.Schneider, E.J.Khantzian, 1992, R.W.Swindle, K.A.Peterson, M.J.Paradise, R.H.Moos, 1995). Наиболее распространены за рубежом терапевтические программы, основанные на принципах 12 Шагов Анонимных Алкоголиков. Применение является очень эффективным в лечении зависимости от психоактивных веществ (E.J.Khantzian, J.T.Mack, 1994, B.S.McCrady, 1994, D.McGonagle, 1994, M.G.Snow, J.O.Prochaska, J.S.Rossi, 1994, J.S.Tonigan, E.Ashcroft, W.R.Miller, 1995, J.Morgenstern et. al., 1996, J.J.Noordsy, B.Schwab, L.Fox, R.E.Drake, 1996). Первый опыт использования этих принципов в лечебных учреждениях был получен в начале 40-х годов в США. Эта модель получила название миннесотской (H.D.Martin, 1997, Mc.Elrath, 1997, В.В.Батищев, 1996). Этот вид терапии получил чрезвычайно широкое распространение во всем мире (D.M.Novick et. al., 1987, T.G.Brown et. al., 1993, J.W.Tsuang et. al., 1994, J.K.Mc.Kay et. al., 1998). В России также работает несколько таких программ. Например, в Москве такая лечебная программа работает с 1990 года, и показала свою высокую эффективность (B.G.Levine, E.Nebelhopf, 1998), существует подобный центр и в Санкт-Петербурге (Т.Ю.Славина, 1999). Существуют другие формы реабилитационной работы, в частности, коммуны и терапевтические сообщества, реабилитационный процесс в которых организуют сами пациенты (W.S.Condelly, 1994, R.G.Smart, A.C.Ogborn, 1994, J.D.Wright, J.A.Devine, 1995).

Индивидуальная психотерапия и консультирование также используются в процессе реабилитации. В последние годы за рубежом, в основном, в США, получила широкое распространение методика мотивационного интервью (W.R.Miller, S.Rollnick, 1999). Суть этого метода сводится к тому, что психотерапевт не конфронтирует с пациентом, а целиком следует за его изменениями, предоставляя ему полную свободу и возлагая на него целиком ответственность. А.В.Пенюгин (1994) в своей работе отмечал выраженный положительный эффект в реабилитации больных наркоманией при применении личностно-ориентированной, индивидуальной психотерапии.

Процесс реабилитации происходит поэтапно:

1) Детоксикация;

2) Реабилитационные программы:

- 2.1. Амбулаторные (outpatient)
- 2.2. Стационарные (inpatient)
- 2.3. Послелечебная программа (aftercare)

2.4. Группы самопомощи (Анонимные Наркоманы)

По продолжительности:

- 3 месячные
- 6 месячные
- 28 дневные

- От 6 до 18 месяцев

по данным анализа литературы (Ф.Терей, 1987, Б.М.Гузиков, О.Ф.Ерышев, 1989, Е.С.Меньшикова, В.М.Зобнев, 1989, Ю.Пипергал, 1990, Б.Воронович, 1991, H.Sporn, 1992, G.Christo, C.Franey, 1995, M.A.Nealon-Woods, J.R.Ferrari, L.A.Jason, 1995, К.Никитина, Ю.Шабалкин, 1996, Е.Б.Иванова, 1997, K.Humphreys, 1997, В.В.Батищев, 1996, S.J.Lash, 1998, J.K.McKay, A.T.McLellan, A.I.Alterman et. al, 1998, D.M.Novick, R.T.Senic, M.J.Kreek, S.R.Yancovitz, 1987, C.S.H.Cook, 1988).

Некоторые этапы могут быть пропущены. На всех этапах в лечебный процесс вовлекается семья пациента, многие авторы считают это совершенно необходимым (Б.М.Гузиков, О.Ф.Ерышев, 1989, D.R.Gibson, J.L.Sorensen, L.Wermuth, G.Bernal, 1992, K.J.Miller., 1994, A.S.Friedman, A.Terras, C.Kreisher, 1995, D.K.Knight, D.D.Simpson, 1996, Л.И.Спижарская, Г.И.Саганенко, 1999).

Существуют специальные программы для лиц, страдающих наркоманиями, в сочетании с другими психическими расстройствами (R.W.Swindle, K.A.Peterson, M.J.Paradise, R.H.Moos, 1995, M.S.Sr.Fisher, K.L.Bentley, 1996, J.Fowler, A.White, 1996).

Реализующаяся программа медико-социальной реабилитации (MCP) в Республике Казахстан, в третьем этапе развития индивидуальной и микросоциальной антинаркотической устойчивости определяет формирование новых свойств личности, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма. А.Л.Катков назвал этот процесс не реабилитацией, а применил новый термин – необилитация. Приоритетные мишени III-го этапа MCP: Мишень № 2 (патологический личностный статус); Мишень № 3 (патологический социальный статус). Длительность III-го этапа MCP: 3-6 месяцев. Особенности активирующего режима: максимальная направленность развивающих практик на формирование личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма (С.А.Алтынбеков, А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2002).

Следует отметить, что для правильного начала лечебных мероприятий обязательным требованием является госпитализация в стационар для обследования и лечения всех без исключения больных с впервые выявленными наркоманиями. Период стационарного лечения для первичных больных,

а также при выраженных абstinентных явлениях у больных, повторно поступающих в текущем году, должен быть достаточно длительным (не менее 60 дней). Само собой понятно, что по медицинским показаниям сроки лечения врач может и продлить (Э.А.Бабаян, 1987).

В отечественной и зарубежной литературе широко освещен вопрос лечения опийной наркомании в период абстиненции и в процессе формирования ремиссии медикаментозными методами (Н.К.Боровская, Н.Г.Найденова, 1974; И.Н.Пятницкая, 1975). Эффективность немедикаментозных методов в отечественной литературе изучена недостаточно. Адаптации организма к изменению средовых условий и поддержание гомеостаза реализуются эрго- и трофотропными механизмами вегетативной нервной системы. Поэтому изучение вегетативных тестов при лечении опийной наркомании следует считать одним из надежных критериев эффективности терапии. Совокупность всех профилактических мероприятий откроет путь к локализации распространения наркомании (В.Н.Миртовская, В.И.Полтавец, Т.Н.Майкова, Л.В.Власенко, 1989).

Программа лечения наркомании в Польше представлена следующим образом. На принудительное лечение несовершеннолетний может быть направлен по ходатайству родителей, родственников и профессионально-воспитательной консультации. Лечение взрослых остается добровольным. На первом этапе лечения в условиях специализированного или психиатрического отделения проводится дезинтоксикационная терапия в течение 3-4 недель. Второй этап лечения осуществляется в специализированных центрах. Эти центры располагаются в сельской местности, благодаря чему создается возможность надзора за пациентами. Дневная программа предполагает трудовые мероприятия и психотерапевтические занятия. В центрах практикуется режим самообслуживания. Употребление одурманивающего средства влечет за собой выписку пациента. Допускается пребывание в центрах наркоманов, осужденных по уголовному делу, если исполнение приговора условно отсрочено. До сих пор еще не организованы отделения долгосрочной реабилитации больных наркоманией, предназначенные для трудоспособных пациентов, с длительной (в течение года) абстиненцией. Такие отделения нужны для лиц, потерявших связь со своей семьей

и не имеющих места жительства. По данным Психоневрологического института в 1984 году в Польше в психиатрических и реабилитационных отделениях находилось 3905 пациентов с состояниями, обозначенными шифром 304 и 305 по международной классификации болезней; из них 1488 пребывали на стационарном лечении впервые. Результаты лечебно-реабилитационных мероприятий нельзя считать удовлетворительными, поскольку их эффективность достигается лишь у 10-20% лиц, воздерживающихся от употребления одурманивающих средств в течение года после поступления в детоксикационные отделения. Тем не менее, эти результаты не хуже получаемых в других странах мира (А.Пиотровски, В.Мочульски, 1987).

Потребность в профилактических и лечебных программах отметили ключевые респонденты и наркозависимые стран Центральной Азии.

В Казахстане, по их мнению, необходимо обеспечить качественное, доступное и анонимное лечение; проводимые в стране мероприятия большинством опрошенных оцениваются как недостаточно эффективные; необходимость разработки и принятия государственной программы борьбы с наркоманией, а также программ для привлечения молодёжи к полезной деятельности и организации досуга подростков. Респонденты тех же групп в Таджикистане отметили, что система оказания помощи наркоманам, в том числе, лечебные услуги в стране недостаточны; лечебные услуги для наркоманов не бесплатны, а потому недоступны многим; ключевые респонденты видят решение проблемы в проведении просветительской работы и профилактики наркомании.

В Узбекистане, по мнению ключевых респондентов опрошенных наркозависимых, проводимые мероприятия являются недостаточно эффективными; как ключевые респонденты, так и опрошенные наркозависимые подчеркивали необходимость обеспечения доступности и анонимности лечения, разработки избирательных профилактических программ, особенно для молодежи.

Подводя итог приведенных литературных данных, мы видим, что на сегодняшний день актуальность новых методов лечения, реабилитации, нео-билитации и медико-социальной адаптации наркозависимых с учетом этнокультуральных особенностей возрастает.

Литература:

1. Brown T.O., Seraganian P., Tremblay J. *Alcohol and cocaine abusers 6 month after traditional treatment: do they fare as well as problem drinkers?* // *J. Of Substance Abuse Treatment.* - 1993. - Vol.10. - № 6. - p. 545-552
2. Christo G., Franey C. *Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and 6-month outcomes* // *Drug and Alcohol Dependence*, 1995. - Vol. 38. - № 1.- p. 51-56
3. Condelly W.S. *Domains of variables for understanding and improving retention in therapeutic communities* // *International J. of the Addiction*, 1994. - Vol. 29. - № 5. - p. 593-607
4. Cook C.H. *The Minnesota Model in the Management of Dmg and Alcohol Dependency: Miracle, Method or Myth? Part 1. The Philosophy and the Programmer.* // *British J. of Addiction*, 1988. - Vol. 83. - p. 625-634

-
-
5. Fisher M.S.Sr., Bentley K.L. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorders // *Psychiatric Services*, 1996. – Vol. 47, N 11. – P. 1244-1250
6. Fowler J., White A. What is the psychiatrist's role in drugs and alcohol // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1996. - Vol.30/ - № 4. -P. 540-548
7. Friedman A.S., Terras A., Kreisher C. Family and client characteristics as predictors of outpatient treatment outcome for adolescent dmg abusers // *J. of Substance Abuse*, 1995. - Vol.7. - № 3. - P. 345-356
8. Gibson D.R., Sorensen J.L., Wermuth L., Bernal G. Family are helped by drug treatment // *International J. of the Addictions*, 1992. - Vol. 27. - № 8. - P. 961-978
9. Humphreys K. Clinicians' referral and matching of substance abuse patients to self-help groups after treatment // *Psychiatric Services*, 1997. - Vol. 48. - № 11. - P. 1445-1449
10. Knight D.K., Simpson D.D. Influences of family and friend on client progress during drug abuse treatment // *J. of Substance Abuse*, 1996. – Vol. 8. - N 4. – P. 417-429
11. Lash S.J. Increasing participation in substance abuse aftercare treatment // *Amer. J. of Drug and Alcohol Abuse*. - 1998. - Vol.24. - № 1. - P. 31-36
12. Levine B.G., Nebelkopf E.A. Russian-American Approach to the treatment of alcoholism in Russia: preliminary results // *J. of Psychoactive Drugs*, 1998.- Vol. 30/ - № 1. - p. 25-32
13. Martin H.D. Social Model of Recovery: Origin, Early Features, Changes and Future // *J. of Psychoactive Drugs*, N.-Y, 1997. - P. 133-139
14. McCrady B.S. Alcoholics Anonymous and behavior therapy: can habits be treated as disease? Can disease be treated as habits? // *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1994. - Vol. 62. - № 6. - p. 159-1166
15. McElrath D. The Minnesota Model // *J. of Psychoactive Drugs*, N.-Y, 1977. -P. 141-144
16. McGonagle D. Methadone anonymous: a 12-step program. Reducing the stigma of methadone // *J. of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1994. - Vol. 32. - № 10. - P. 5-12
17. McKay J.K., McLellan A.T., Alterman A.I. et al. Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse // *J. of Studies on Alcohol*, 1998. -Vol. 59. - № 2. - p. 152-162
18. Mezzich J.E. (ed.) *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective*. Washington: American Psychiatric Press, 1996
19. Miller K.J. The co-dependency concept: does it offer a solution for the spouses of alcoholics? // *J. of Substance Abuse Treatment*, 1994. - Vol.11. - № 4. - P. 339-345
20. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing*. N.Y.: The Guilford Press, 1999. – 348 p.
21. Moghaddam F.M. *Psychology in the Three Worlds: As reflected by tile crisis in social psychology and the move towards indigenous Third World psychology* // *American Psychologist*, 1987. - Vol. 42. - P. 912-920
22. Morgenstern J., Kahler C.W., Frey R.M., Labouvie E. Modeling therapeutic response to 12-step treatment: optimal responders, nonresponders, and practical responders // *J. of Substance Abuse*, 1996. - Vol. 8. - № 1. - P.45-59
23. Nealon-Woods M.A., Ferrari J.R., Jason L.A. Twelve-step program use among Oxford House residents: spirituality or social support in sobriety? // *J. of Substance Abuse*, 1995. -Vol. 7. - № 3. - P. 311-318
24. Noordsy D.L., Schwab B., Fox L., Drake R.E. The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders // *Community Mental Health J*, 1996. - Vol. 32. - № 1. - p. 71-78
25. Peseschkian N., Avdeev D.A. Positive Family Therapy - A holistic and transcultural approach // *Dynamische Psychiatric*, 1995. Bd 28. - № 150/151. - S. 75-85
26. Peseschkian H. The patient, the therapist and their therapeutic relationship from a transcultural perspective // *Proceedings of the 1st World Congress of Positive Psychotherapy*, Wiesbaden, 1998. - S.202-204
27. Peseschkian H., Chernokrylov A. Transcultural Psychotherapy in multicultural Russia // *Proceedings of the 1st Congress of the World Council for Psychotherapy*, Wien, 1996
28. Peseschkian. N. Schatten auf der Sonnenuhr // *Medical Tribune*. Wiesbaden, 1974
29. Schneider R.G., Khantzian E.J. Psychotherapy and patient needs in the treatment of alcohol and cocaine abuse // *Recent Developments in Alcoholism*, 1992. - Vol. 10. - p. 165-178
30. Smart R.G., Ogborn A.C. Streat youth in substance abuse treatment: characteristics and treatment compliance // *Adolescence*, 1994. - Vol. 29. - P. 733-45
31. Snow M.G., Prochaska J.O., Rossi J.S. Process of change in Alcoholic Anonymous: maintenance factors in long-term sobriety // *J. of Studies on Alcohol*, 1994. - Vol. 55. - № 3. - P. 362-371
32. Sporn H. Gruppenpsychotherapie in der stationären entwöhnungsbehandlung - ihre Stellung in der therapeutischen Gemeinschaft // *Psychiatrische Praxis*, 1992. - Bd.19. - № 5. - P. 149-153
33. Swindle R.W., Peterson K.A., Paradise M.J., Moos R.H. Measuring substance abuse program treatment orientations: the Drug and Alcohol Program Treatment Inventory // *J. of Substance Abuse*, 1995. - Vol. 7. - № 1. - P.61-78
-
-

-
-
34. Tonigan J.S., Ashcroft E., Miller W.R. AA group dynamics and 12-step activity. II of Studies on Alcohol, 1995. -Vol. 56. - № 6. - P. 616-621
35. Tsuang L.W., Shapiro E., Smith T.L., Schuchit M.A. Drug use among primary alcoholic veterans // Amer. J. of Drug and Alcohol Abuse, 1994. - Vol. 20. - № 4. - P. 483-493
36. Wamer M.L., Mooney A.J. The hospital treatment of alcoholism and drug addiction // Primary Care; Clinics in Office Practice, 1993. - Vol. 20. - № 1. - P.95-105
37. Wright J.D., Devine J.A. Factors that interact with treatment to predict outcomes in substance abuse programs for the homeless // J. of Addictive Disease, 1995. - Vol. 14. - № 4. - P. 169-181
38. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. Россинский Ю.А. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией в РК // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. - № 3, 2002. – С. 9-19
39. Бабаян Э.А. Некоторые вопросы наркологии на современном этапе. - М. - № 136808. - С. 407-415
40. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании. – М.: Медицина, 1988.- Т.2. - С.169-231
41. Бабаян Э.К. Наркомании и токсикомании // В кн.: Руководство по психиатрии в 2-х т. под ред. Г.В.Морозова. – М.: Медицина, 1988. – Т. 2. – С. 169-218
42. Бараши Б.А. Третья революция в психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. СПб., 1993. - № 2. - С. 48-57
43. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 1996. - № 2. – С. 62-81
44. Бурно М.Е. Справочник клинической психотерапии. - М., 1995
45. Воронович Б. Принципы организации терапевтического процесса // Вопросы наркологии, 1991. - № 4. - С. 18-21
46. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии // В сб.: Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л.: Изд. Института им. В.М.Бехтерева, 1989. - С. 7-11
47. Дмитриева Т.Б. Социальная психиатрия как самостоятельный раздел общей психиатрии // Психическое здоровье населения России. - М. - Ижевск: Изд-во Удмуртского ун-та, 1994. - С.3-7
48. Иванец Н.Н., Анохина И.П., и др. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии, 1991. - № 3. – С.13-16
49. Иванова Е.Б. «Как помочь наркоману?» - СПб.: Комплект, 1997. - С.187
50. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985
51. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. Минск: Высшая школа, 1997
52. Макаров В.В. Некоторые принципиальные вопросы современной психотерапии // Материалы международной конференции психиатров. - М., 1998. - С. 218-219
53. Менделевич В.Д. Транскультуральные аспекты психотерапевтической теории и практики // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. - М. - Ижевск, 1997. – С. 43-47
54. Меньшикова Е.С., Зобнев В.М. Группы самопомощи больных алкоголизмом (социально-психологические особенности взаимопомощи в программе «Анонимные Алкоголики») // В сб.: Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л.: Изд. Института им. В.М.Бехтерева, 1989. - С. 103-107
55. Миневич В.Б., Галактионов О.К., Агарков А.П. Этнонаркология в контексте антропологической психологии // Концептуальные вопросы наркологии: Сб. науч. тр. - М., 1995. - С. 33-54
56. Миртовская В.Н., Полтавец В.И., Майкова Т.Н., Власенко Л.В. Особенности вегетативных тестов при групповой психотерапии больных опийной наркоманией в стадии формирования ремиссии // Журнал невропатологии и психиатрии. – Т. 89. – выпуск 10, 1989. – С. 33-35
57. Никитина К., Шабалкин Ю. Другая им досталась доля. О работе реабилитационного центра для наркоманов в Калининградской области // Вопросы наркологии, 1996. - № 4. - С. 21-26
58. Пезешкиан Х. Основы позитивной психотерапии. Архангельск: изд-во АМИ, 1993. – 116 с.
59. Пезешкиан Х. Терапевтические отношения и российский ментальитет с транскультуральной точки зрения // Тезисы первой Всемирной конференции по позитивной психотерапии СП., 1997. – С. 98
60. Пезешкиан Х. Психотерапевтические отношения с транскультуральной точки зрения (расстановка, психотерапевтический альянс и отношения терапевт- пациент) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 1. – С. 51-53
61. Пенюгин А.В. Половые особенности клинико-психопатологических факторов в терапии злоупотребляющих производными эфедрина: Автореф. канд. дисс. - СПб, 1994, 18 с.
62. Пиотровски А., Мочульски В. Программа профилактики наркомании в Польше // Первый съезд психиатров социалист. стран. – М., 1987
63. Пипергал Ю. Мы верим в успех // Мед. газета, 1990. - № 39
64. Положий Б.С. Культуральная психиатрия как актуальное направление психиатрической науки и практики // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. - М., Ижевск, 1997. – С. 6-10
-
-

-
-
65. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология – М., 1975
66. Славина Т.Ю. Центр реабилитации больных наркоманией в Ленинградской области // Тез. докл. Российско-американского рабочего совещания «Стратегии предупреждения наркомании и связанных с ними инфекционных заболеваний». - Санкт-Петербург, 1999. - С. 45
67. Спижарская Л.И., Саганенко Г.И. Общество «Азария» в системе сдерживания наркомании в обществе // Тез. Докл. Российско-американского рабочего совещания «Стратегии предупреждения наркомании и связанных с ними инфекционных заболеваний». – Спб, 1999. – С. 47-49
68. Сухарев А.В. Опыт этнофункциональной экспресс-психотерапии эмоциональных и поведенческих расстройств у детей в условиях стационара // Вопросы психологии - № 3, 1997. – С. 92-101
69. Терей Ф. От шепота к крику // Журн. «Польша», 1987. - С. 14-15
70. Трусов В.Б., Корнетов А.Н., Дорофеева Л.И., Козлова И.Л., Якущенко И.А., Галактионов О.К., Шмелёв А.А., Трегубова Г.Г. Кросскультуральное исследование аддиктивного поведения и частота неврально-психических расстройств у представителей северо-азиатских и арктических монголоидов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1997. - № 12. – С. 64-72
71. Чуркин А.А. Основные предпосылки эпидемиологических исследований в транскультуральной психиатрии // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. - М. – Ижевск, 1997. - С.10-16

ТРАДИЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ МИРА

Е.В.Денисова

Поиск оптимальных подходов к решению проблем наркомании невозможен без анализа исторических корней этого явления и учета этнокультуральных факторов, которые обусловливают специфику наркологической ситуации в том или ином регионе (Н.Б.Кереми, Л.С.Ладыгина, 1991).

Уже за 2000 лет до н.э. острое и хроническое действие наркотических веществ привлекало внимание древних ученых. Наркотические вещества широко использовались жрецами для проведения различных культовых обрядов. Примерно в то же время люди научились получать концентрированные наркотические вещества и использовать их в медицине для снятия болей. Однако проблема злоупотребления наркотиками сформировалась относительно недавно и резко обострилась лишь в последние десятилетия (М.Т.Дмитриев, М.П.Захарченко, Г.В.Захарченко, Я.Г.Скрипник, 1989).

Описывая историю потребления опиатов в разных регионах мира, в том числе и в Англии в начале XIX века, V.Berridge называет его аспирином того времени (Дмитриев М.Т., Захарченко М.П., Захарченко Г.В., Скрипник Я.Г., 1977).

Исторические источники, материалы археологии и этнографии свидетельствуют, что наркотические средства и алкогольные напитки широко использовались всеми народами с древних времен и играли исключительно важную роль в мифологии и обрядности, в семиотической системе соответствующих традиций некоторых культур.

Алкоголизм и наркомания рассматриваются в некоторых традиционных культурах как следствие внедрения духов. Так, например, известны шаманские ритуалы у хмонгов (наблюдения проводились в лагере беженцев в Таиланде), в процессе которых происходит изгнание «богини опия» у опийных наркоманов (W.Jilek, Jilek-Aall, 1990). Такого рода верования и методы коррекции в некоторых районах Юго-Восточной Азии (Полинезии) находят отражение в структуре центров по лечению алкоголизма и наркомании, в которых функционируют одновременно отделения западной и традиционной медицины (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева, Х.М.Мухомедзянов, 2000).

Говоря о медицинских аспектах наркотизации, можно отметить, что эффект обезболивания после принятия наркотика был, вероятно, открыт в глубокой древности еще в эпоху мезолита, которыми датируются первые погребения с трепанированными черепами в Европе. В пользу этого свидетельствуют находки так называемых наркотических клизм в захоронениях с трепанированными черепами в Перу (П.И.Сидоров, 2001, цитата Nordenskiold E., 1930).

Одними из наиболее ранних являются находки, раскрывающие особенности наркотизации и алкоголизации у древних майя и ацтеков (П.И.Сидоров, 2001, цитата R.Ravicz, 1961; R.G.Wasson и др., 1966). В этнографической литературе можно найти красочные описания ритуалов, в которых использовались

наркотики и спиртные напитки (П.И.Сидоров, 2001, цитата A.Caso, 1963; D.Duran и др., 1964). Так, наиболее сильным и употребляемым у ацтеков был “божественный гриб” – теонанакатль («мясо богов»), используемый в определенных обрядах всеми слоями ацтекского общества. Например, во время церемонии коронации правителей все приглашенные на праздник ночью при свете факелов едались сырых священных грибов с медом и становились «возбужденными и полными удовольствия», «пели и танцевали, потеряв разум». В видениях им раскрывалось будущее, являлись божественные откровения, «дьявол говорил с ними в их безумии». Ацтекская знать собиралась, кроме того, и на ежегодную «грибную церемонию», так называемый праздник откровений (П.И.Сидоров, 2001, цитата Н.А.Тезозомос, 1965).

Среди ученых-этнографов (П.И.Сидоров, 2001, цитата В.Н.Топоров, 1979) распространено мнение, что использование сильных наркотиков-галлюциногенов в отличие от общедоступных алкогольных напитков всегда было связано с рядом существенных ограничений для посвященных в жреческие таинства членов общества. Однако регламентация приема, как наркотиков, так и алкогольных средств у ацтеков была связана не только и не столько с культовыми запретами, а скорее с необходимостью соблюдения социальной дисциплины. Прием любых психотропных средств – наркотиков и алкоголя – всегда был ритуализирован в жесткой планке обычая и традиций. В то же время обязательное массовое алкогольное опьянение во время ежемесячных праздников и состояние массовой наркотизации во время «грибных церемоний» у ацтеков обосновывались необходимостью нервной релаксации. У майя полуострова Юкатан в XVI в. употребление населением алкогольного напитка бал-че специально приписывалось жрецами, и в праздничные дни индейцы напивались до бесчувствия (П.И.Сидоров, 2001, цитата Д.Ланда, 1955). Это вино майя делали из настоя коры определенных деревьев и ферментированного меда. Алкоголизация обосновывалась и якобы сильными лекарственными свойствами Бал-че (П.И.Сидоров, 2001, цитата Ю.В.Кнорозов, 1963; Р.В.Кинжалов, 1971). Иными словами, прием любых средств, помимо тех ситуаций, когда он был обязан, не возбранялся до тех пор, пока не начинал угрожать нормальному функционированию общества, нуждавшегося в четком проведении земледельческого цикла, соблюдении военной дисциплины и т.п. Ограничение времени приема в группе служителей культа, шаманов и прорицателей, постоянно прибегавших к наркотикам, было продиктовано характером обрядов, тогда как для остальных членов общества, прежде всего, необходимостью поддержания общественно-го порядка. В отдаленных горных селениях Мексики и Гватемалы индейские шаманы, лекари и

колдуны считают наркотики и алкоголь необходимыми средствами для связи с миром сверхъестественных сил и употребляют их в различных ритуалах. Популярность растительных наркотических средств (маленький неколючий кактус «пейотль», семена некоторых видов вынонов, грибы из семейства Psilocybe, Stropharia, Cohocybe, Panacolus, содержащие активные алкалоиды - мескалин, эргин, псилоцин и др.) такова, что, несмотря на запрет католической церкви, их продолжают использовать и в наши дни как в древних обрядах, восходящих к доиспанской эпохе, так и в синcretических христианско-языческих ритуалах в честь девы Марии и святых апостолов (П.И.Сидоров, 2001).

Самым древним наркотическим веществом является опий, который известен человечеству более 6 тыс. лет. Однако лишь в начале XIX века появились первые сведения о вредном влиянии его на организм. Понятие наркомании начало формироваться только к концу XIX столетия (Г.Я.Лукачер, А.Г.Брублевский, Н.Б.Ласкова, 1987).

Одна из первых вспышек злоупотребления опием относится к началу XIX века; причиной её послужила публикация мемуаров английского поэта Томаса де Куинси, который пристрастился к приему лаундаума во время лечения от алкоголизма. В дальнейшем вспышки злоупотребления наркотиками сопутствовали войнам. В 20-е годы нашего века сформировалось отношение к наркомании как к болезни, свойственной в основном маргинальным элементам (М.Т.Дмитриев, М.П.Захарченко, Г.В.Захарченко, Я.Г.Скрипник, 1989).

С конца 60-х годов в США по отношению к наркомании стали применять термин «эпидемия», когда была отмечена волна злоупотребления героином. Эта волна прошла через 70-е годы и сменилась в 80-е годы волной злоупотребления кокаином. Но, еще до героина в 60-е годы отмечался подъем злоупотребления марихуаной (М.Т.Дмитриев, М.П.Захарченко, Г.В.Захарченко, Я.Г.Скрипник, 1989). В странах Европы гашиш курили в смеси с табаком, получая смешанное гашишно-никотиновое отравление (М.Исаев, 2000).

При изучении традиций и обычаяев, соблюдавшихся монголами с давних пор, очевидно, что чрезмерное употребление спиртного строго воспрещалось. Еще при Хабулхане было издано положение, запрещающее употребление спиртного: по достижении 40 лет можно лишь пригубливать, по достижении 50 лет можно пить в меру, по достижении 60 лет можно пить вволю. В монгольском этносе существует множество поучений, указывающих на вред алкоголизма; в старинных монгольских сказаниях и преданиях, написанных от всего сердца языком ясным и выразительным, для того чтобы научить людей, как отличать плохое от хорошего, как избежать порока пьянства (Л.Эрдэнэбаяр, 1999).

Как известно, попытки «нарисовать» обобщенный «портрет наркомана» не увенчался успехом: обнаружилось, что в каждом регионе мира этот «портрет» имеет свои особенные черты. Так, «типичный наркоман» в странах Европы, Америки, Африки – это молодой мужчина, житель города, холостой, малообразованный, рабочий низкой квалификации, безработный или не имеющий постоянной работы (Ryan, M.Booth, 1988; R.Smart, G.Murray, A.Arif, 1988). В странах Востока для каждого социального слоя характерны «свои» наркотики; более того, в разных общественных группах различаются способы их использования, условия и допустимый возраст приема (T.Baasher, 1981, T.Ryan, M.Booth, 1988; R.Smart, G.Murray, A.Arif, 1988). В Иране, например, курят опий преимущественно пожилые люди, а потребляет героин молодежь (H.A. Azarakhsh, 1972). В Индии, в стране, где прием натурального опия традиционен, относительно новым наркотиком – героином наркотизируются, в основном, зажиточные люди, а отнюдь не «люмпены» (S.Adilyanjee, D.Mohan, 1988). В Таиланде курильщики опиума – преимущественно жители села, а потребители героина – городские жители, и обе эти группы различаются по социально-демографическим характеристикам (V.Poshachinda, 1988). Исследования, проведенные в США, показали отличия моделей наркотизации в разных субкультурах этой страны (T.Kosten, B.Rounsville, H.Kleber, 1985; T.Ryan, M.Booth, 1988; R.Smart, G.Murray, A.Arif, 1988). Наиболее яркие черты «советского наркомана», акцентируемые в научно-популярной литературе и средствах массовой информации, это – молодость, асоциальность, криминальность (Б.Васильев, 1990; И.Г.Ураков, 1990, Н.Б.Керими, Л.С.Ладыгина, 1993).

Из других источников получены сведения, что с начала 50-х годов американская разведка проводит эксперименты на людях с целью разработки средств воздействия на психику противника. Программа мозгового контроля — МК-ультра — с применением наркотиков опробовалась во Вьетнаме. Кстати, тогда марихуаной была поражена большая часть американской армии. Бесчеловечны и опыты с лизергиновой кислотой — препаратом ЛСД. Сильнейший галлоциноген, требующий максимальной осторожности в обращении, поначалу рекомендовался как успокаивающее, снимающее возбуждение средство. В том числе — при лечении алкоголизма... Люди, получившие инъекции ЛСД, испытывали мучительные страхи, картина окружающего мира чудовищно искасалась. ЛСД подталкивала к самоубийству. Для устранения неугодных раствором ЛСД смазывался руль автомашины, водитель, одурманенный ядовитыми испарениями, утрачивал управление. Действие ЛСД растягивается на несколько суток. Переживания сложные, им посвящена обширная литература. Ряд философов,

писателей, психиатров и психоаналитиков восхваляли «психodelическое» (изменяющее духовную природу человека) назначение ЛСД. В 60-е годы на Западе выходили бестселлеры, воспевающие ЛСД. Лидеры левакских группировок строили теории о ниспровержении капиталистического строя через массовую наркотизацию молодежи — «психodelическую революцию». В молодежное движение внедрялись агенты разведок, наркотики утверждались в их арсенале как фактор управления (Б.И.Тучин, 1988).

До 60-х годов в Польше существовали лишь «классические» наркоманы - преимущественно лица в возрасте старше 40 лет, у которых зависимость развилаась вследствие приема обезболивающих препаратов. Наркомания была явлением редким и не представляла собой общественной проблемы. В конце 60-х и начале 70-х годов молодежь школьного возраста стала употреблять одурманивающие средства, прежде всего, атропинового ряда. Сначала это явление расценивалось как атрибут молодежной моды, стремление к неординарности, однако со временем некоторые молодые люди стали применять и препараты опийного ряда. Эта группа людей, как правило, в возрасте 25—30 лет и определяет сегодня проблему наркомании в Польше. В 70-х и 80-х годах влияние этой части молодежи распространилось на более молодые группы населения, и сегодня в ПНР насчитывается около 30 тысяч лиц, зависимых от наркотиков опийного ряда. Портрет «типичного» пациента, страдающего наркоманией, можно описать следующим образом: это мужчина в возрасте 25-30 лет, применяющий внутривенно полученные кустарным способом (из стеблей мака) нестерилизованные препараты, иногда содержащие 80% и более алконоидов опийного ряда. Этот пациент, как правило, не знает концентрации и действия биологически активных веществ, содержащихся в препарате, вследствие чего нередко случается передозировка. При отсутствии опийных препаратов наш «типичный» пациент абстинентные явления подавляет нозепамом или барбитуратами. Он часто страдает болезнями печени (после перенесенного инфекционного гепатита) и различными кожными заболеваниями (А.Пиотровски, В.Мочульски, 1987).

В ряде работ говорится, что наркоман – это младший ребенок в семье, получивший больше всех внимания, и употребление наркотиков ему помогает удержаться в роли заласканного, избалованного ребенка, не желающего становиться самостоятельным, ответственным в жизни, стремящегося по-прежнему оставаться «под крыльшком родителей». Он в какой-то степени восполняет душевную пустоту матери, образовавшуюся в результате плохих супружеских отношений (В.Д.Москаленко, 1993).

Из года в год растут возможности синтеза новых и получения традиционных наркотиков, что

выдвигает новые задачи по выявлению наряду с традиционным нетрадиционного сырья, подпольных лабораторий по производству наркотиков. Если в прошлом веке типичной была морфийная ятрогенная наркомания, распространенная среди больных с хронической болью и врачей, то в наше время характерно пристрастие к седативным и подобным средствам (М.Т.Дмитриев, М.П.Захарченко, Г.В.Захарченко, Я.Г.Скрипник, 1989).

На фоне неуклонного роста употребления различных наркотических веществ происходят существенные изменения в структуре, клинике и течении наркомании (Г.Б.Кабдрахманова, 2001). Так, в России в 80-е и начале 90-х годов в спектре потребляемых наркотических средств преобладали кустарные препараты опия, изготовленные путем

химической обработки растительного сырья (Л.А.Стукалова, В.В.Третьяков, Ю.В.Самодуров, Ю.Н.Любых, 1991). С серединой 90-х годов на наркотический рынок стали поступать «тяжелые» наркотики — героин, метадон, кокаин и др. (А.Г.Врублевский, М.Л.Рохлина, А.Ф.Радченко, 1990, А.А.Козлов, Т.С.Бузина, 1999).

С течением времени происходят изменения моделей, способов потребления наркотических веществ с вовлечением все новых социальных групп населения: детей, подростков, молодежи, женщин и т.д. Такая динамика распространения наркомании зависит от этнокультуральных традиций, устоев, обычай в той или иной культуре, обществе, стране, которые регулируют процессы ограничения или напротив распространения наркотических веществ.

Литература:

1. Adilyanjee S., Mohan D. // *The British Journal of Psychiatry*. – 1988. Vol.152. - №1. – p. 142.
2. Azarakhsh H.A. // *CENTO seminar on publish health and medical problems involved in narcotic drug addiction*. – Tehran, Iran. – 1972. – p. 23-28.
3. Berridge V. // *Ann. N. Y. Acad. Sci. USA*. – 1982 – vol. 398 – p.15-38
4. Jilek W., Jilek-Aall L. *The mental health relevance of traditional medicine and shamanism in refugee camps of northern Thailand. Culture*.1990. Vol. 13, № 4. P. 217-224
5. Kosten T.R., Rounsaville B.J., Kleber H.D. // *The International Journal of Addictions*. – 1985. – Vol.23. – N8. – p. 1143-1162
6. Poshyachinda V. *Future outlook of drug dependence in Thailand: Report at the 11th World Conference of Therapeutic Communities*. – Bangkok. – 1988. – P.1-20.
7. Ryan T.M. Booth M.W., Yih-Ing Nser // *The International Journal of Addictions*. – 1988. – Vol.23. – N2. – P. 125-149.
8. Smart R.G., Murray G.F., Arif A.N. // *The International Journal of Addictions*. – 1988. – Vol.23. – N1. – p. 1-17.
9. Баашер Т.А. // *Здоровье мира* – 1981 – № 8 – с. 24-26
10. Васильев Б. // *Медицинская газета* – 1990. №93 (5110). – с. 4.
11. Врублевский А.Г. , Рохлина М.Л., Радченко А.Ф. *Клинический патоморфоз опийного абстинентного синдрома* // *Вопр. наркологии*. 1990. № 2. - С. 23-25.
12. Дмитриев М.Т., Захарченко М.П., Захарченко Г.В., Скрипник Я.Г. – *Современные тенденции профилактики наркомании и токсикомании за рубежом* // *Фельдишер и акушерка* – № 8, 1989 – с. 42-46
13. Исаев М., Выход из наркотического тупика, опиаты и гашиши // Том. НИИ ПЗ ГНЦ СО РАМН, Новосибирский филиал НИИ ПЗГНЦ СО РАМН и др.-3-е изд., переработанное и дополненное – Новосибирск - ООО ЮОК Э.А., 2000-120 с. - с. 53-61, 82-87
14. Кабдрахманова Г.Б. – *К вопросу о распространенности и патогенезе опийной наркомании* // *Вестник Каз. Гос. мед. Университета* – 2001 - № 12 – с. 157-161
15. Керими Н. «Злоупотребление веществами в ЦА: старая проблема и новый виток» 2001
16. Керими Н.Б., Ладыгина Л.С. *Опийная наркомания в Туркменистане. Социально-демографические характеристики больных опиоманией* // *Вопросы наркологии* № 3 – 1993г. – с. 70-75
17. Козлов А.А., Бузина Т.С.. *Психологические особенности больных наркоманиями* // *Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова*. – 1999. - № 10. – С. 14-19.
18. Козыбаев М.К. , Аргынбаев Х.А. , Муканов М.С. «*Казахи* – Историко-этнографическое исследование – Алматы: Казахстан, 1995. с. 352
19. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Мухомедзянов Х.М. // *Транскультуральная парадигма в психиатрии и этнокультуральные аспекты алкогольного поведения у сибирских татар – Сибирский вестник психиатрии и наркологии* № 1, 2000 г. – с. 43-48
20. Лукачев Г.Я., Врублевский А.Г., Ласкова Н.Б. – *Неврологические аспекты опийной наркомании* // *Журнал невропатологии и психиатрии – том LXXXVII, выпуск 11 – 1987 – с. 1653-1657*
21. Москаленко В.Д. *Семейная отягощенность больных наркоманиями* // *Вопросы наркологии* № 3 – 1993 – с. 82-88
22. Пиотровски А., Мочульски В - *Программа профилактики наркомании в Польше* // *Первый съезд психиатров социалист. стран.* – М., 1987

-
-
- 23. Сидоров П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по социальной психиатрии (под ред. Т.Б. Дмитриева). – М.: изд-во «Медицина» - 2001. с. 219-233.
 - 24. Тучин Б.И. Черная дыра: (О наркомании и борьбе с ней) – Новосибирск. – Кн. изд-во – 1988 – 109 [2] с. – с. 101-110
 - 25. Ураков И.Г. Наркомания: мифы и действительность. – М. Медицина. – 1990. – 61 с.
 - 26. Ураков И.Г., Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. // Актуальные вопросы наркологии – Ашхабад, 1989 – с. 46-48
 - 27. Эрдэнэбаяр Л. Этнонаркологические исследования в Монголии: легенды, связанные с употреблением спиртных напитков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии - № 4 1999. – с. 116-118

К ОЦЕНКЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

О.И.Кропочева, Т.Н.Хайбуллин, Б.С.Владимиров

г. Семипалатинск

Рост заболеваемости наркоманией в настоящее время представляет серьезную проблему клинической и социальной наркологии [1, 2].

Вызывают озабоченность увеличение числа больных наркоманиями среди лиц подросткового и юношеского возраста, атипизм клинической картины, количество состояний с острой наркотической интоксикацией [3, 4].

В ряду перечисленных проблем определенное место занимает задача исследования психоневрологического состояния больных наркоманиями. Неврологическая симптоматика, являющаяся одним из главных признаков поражения центральной нервной системы при наркотической зависимости достаточно многообразна и полисимптомна, поэтому ее выявление и квалификация может в значительной мере способствовать адекватной оценке состояния больного на различных периодах наркотизации.

Целью работы явилось изучение клинико-неврологических и психопатологических особенностей у больных наркоманией в динамике формирования абстинентного и постабstinентного периодов.

Обследование подверглись 48 пациентов, проходивших лечение в Семипалатинском наркодиспансере, страдающих опийной наркоманией, в возрасте от 20 до 32 лет (средний возраст 22 ± 2 года). Все из обследуемых принимали препараты из опия-сырца с добавлением димедрола, уксусного ангидрида, и иногда гипно-седативных препаратов. Помимо злоупотребления наркотиками практически все пациенты эпизодически употребляли производные конопли, наркотики психостимулирующего действия, алкоголь, бензодиазепины, нейролептики, антидепрессанты. Длительность наркотизации составляла от 1 года до 13 лет (в среднем $4,5 \pm 2$ года), при этом у 2 пациентов (4,16%) была от

нескольких месяцев до 1 года; у 13 (27,1%) от 1 года до 3 лет, у 29 (60,4%) - от 3 до 5 лет, у 11 обследуемых (22,9%) от 5 до 8 лет и лишь у 3 (6,25%) превышала восемь лет.

Учитывалась личность, наследственность, среда воспитания, мотивация первичного употребления наркотического вещества, изменения личности и неврологического статуса в процессе болезни. Обследование проводилось на основании объективного и субъективного анамнеза, клинических наблюдений.

Неврологическое обследование проводилось по общепринятой схеме. Особое внимание обращалось на динамику неврологических нарушений, характер болевого синдрома, состояние психических функций, поведение больного.

Ознакомление с семейным статусом показало, что в 13 случаях (35,4%) были неполноценные семьи, в 2-х (4,16%) воспитывались без родителей (бабушками). В 16 (33,3%) семьях отцы или матери (либо оба родители) злоупотребляли алкоголем, в 1-м случае (2,1%) отец страдал опийной наркоманией. В 32 случаях (66,5%) отмечались сочетания гипоопеки со стороны одного из родителей и доминирующей гиперопеки со стороны другого.

В 9 случаях (18,7%) ведущим воспитательным подходом была гипоопека, в 7 (14,5%) - гиперпротекция.

Исходя из клинических наблюдений, неврологические нарушения можно разделить на период в острой абстиненции и период остаточных явлений абстиненции или постабстинентный.

В периоде острой абстиненции (т.е. до 10 дней) у 95,7% обследованных больных были выявлены различные проявления физической зависимости. Ведущим является болевой синдром, который характеризуется выкручивающими, тянувшими, ноющими болями в суставах, мышцах, спине. Болезненности

или симптомов натяжения не отмечалось. Нарушения сна в виде поверхностных засыпаний, частых пробуждений, и бессонницы купировались большиими дозами седативных препаратов, т.е. имела место клиника астено-невротического синдрома.

Нарушения вегетативной нервной системы включали в себя ослабление фотореакций, их вялость. Нарушение экскреторных функций желез проявлялось в виде слезотечения, гипергидроза, ринореи, нередко субфибрилета, тахикардией, колебаниями артериального давления, анорексией.

Двигательная сфера характеризовалась у этих больных наличием гипокинезии, гипомимии. Движения и мимика монотонны, стереотипны, что часто не соответствовало разнообразию эмоциональных реакций 43 человек (90,1%). Наблюдалась также асимметрия сухожильных рефлексов, угнетение коленных рефлексов 21 пациент (44,7%), их оживление у 14 (32,2%). Снижение мышечного тонуса у 36 человек (75,2%).

Более чем у 50% (24 больных) была выявлена рассеянная микросимптоматика – горизонтальный нистагм, при взгляде в стороны, ослабление конвергенции, краевое недоведение, мелкоразмашистый трепет вытянутых рук, также слабо выраженный рефлекс Маринеску-Родовичи, статическая атаксия в пробе Ромберга независимо от зрительного контроля. Очаговые микросимптомы характеризовались слабой выраженностью, и при повторных исследованиях истощались.

Нарушение чувствительности проявлялось в основном субъективно. У 15% (7 человек) обследованных имели место эпизоды онемения рук или ног, у 5% (3) выявлялись нестойкие расстройства чувствительности по мозаичному типу.

Выраженные аффективные расстройства имелись у 94,2% (43) больных. Подавляющее большинство больных в периоде обследования были беззаботны, легкомысленны, развязны, неуправляемы, у многих отмечалась поверхностность суждений, неустойчивость интересов и склонностей. На фоне постоянного желания быть независимыми, у них было выражено стремление к получению материальных благ и одновременно склонность к праздному образу жизни.

Обращала на себя внимание лживость, изворотливость, имевшая место у 95% (46) обследованных. В течение длительного времени у больных преобладал неустойчивый, чаще всего сниженный фон настроения, сопровождавшийся дисфорией. У большинства наблюдалась повышенная возбудимость, преобладание истеро-возбудимых форм реагирования, эмоциональная лабильность, периодически проявлялась агрессивность к окружающим, озлобленность.

Параллельно с этим, у пациентов нарастала психосоциальная дисфункция в виде постепенно-го угасания интересов, нарушения эмоционально-волевой сферы, расстройства сферы влечения и

познавательной функции. Наиболее яркой особенностью больных наркоманией являлось сочетание разумности суждений, которые свидетельствуют об интактности интеллекта, многие из которых носят опасный характер (обмен шприцами, использование грязных шприцев, внутривенное введение взвесей из таблеток и т. п.)

Признаки морально-этических нарушений были обнаружены у 92% (44) больных. Длительность употребления наркотиков имела большое значение. Морально-этическое снижение характеризовалось следующим: у больных на первом плане находились собственные интересы, стремление к избежанию неудобств. Почти все использовали обман как средство для получения желаемого. В ходе осмотра, а также с окружающими они стремились произвести хорошее впечатление, показная уверенность в себе, преувеличивали свои материальные, а часто и физические возможности, вели себя вызывающе, не соблюдая дистанции.

В раннем постабстинентном периоде у 71,5% (34 человека) сохранялось нарушение сна в виде частых пробуждений, затрудненных засыпаний. Сохранялась лабильность вегетативной нервной системы -тахикардия, умеренное повышение артериального давления, гипергидроз, интенционный трепет при выполнении координаторных инструкций 32% (14 человек). Легкая гипомимия сохранялась в 21% (10 пациентов) в виде стереотипности, монотонности движений.

У 24,9% (12) были выявлены нистагм горизонтальный, слабость конвергенции, гиперрефлексия. В 12% (6) наблюдений сохранялись анизорефлексия в ногах, атаксия в пробе Ромберга, усиливающаяся при выключении зрительного анализатора.

Астенический синдром сохранялся до 5 месяцев воздержания от наркотиков. Аффективные нарушения проявлялись сниженным фоном настроения, депрессией, внутренней напряженностью, сохранялись у 51,2% (24) обследуемых.

Динамика неврологических нарушений в абstinенции

Больной Б., 21 год. Продолжительность систематической наркотизации 4 года. Пробный прием опиатов отмечает в 17 лет, находясь в компании знакомых, из любопытства новых ощущений интраназально попробовал героин, испытал эйфорию с тошнотой и рвотой. Повторный прием наркотика через 1,5-2 месяца от начала заболевания. Затем стал принимать наркотик эпизодически 1-2 раза в неделю. Через 3 месяца перешел на внутривенный прием «ханки» (опий-сырец), периодически принимал героин, резко наросла толерантность, самостоятельно стал добывать наркотики, сформировалась физическая зависимость. К этому времени принимал наркотик до 2-х раз в день. В течение последующих 3-4 лет прием наркотика доходит до 3-4 раз в день, минимально 2 раза в день, тем

самым сокращается эффект эйфории. Через 2 года полностью перешел на внутривенный прием героина. Суточная толерантность - около 1,0 г в сутки.

При неврологическом осмотре на 2-е сутки абстиненции предъявлял жалобы на тянувшие боли в спине, мышцах, суставах, бессонницу, общее недомогание. Объективно выявлялись бледность кожных покровов, гипергидроз, мидриаз, зрачковые реакции вялые, слабость конвергенции, горизонтальный нистагм, гипомимия, трепет пальцев рук, снижение коленных рефлексов, промахивание и легкое интенционное дрожание с обеих сторон при выполнении пальце-носовой пробы.

При повторном осмотре на 10 день абстиненции отмечалась положительная динамика в виде прекращения болей или значительного их уменьшения. Нистагм в крайних отведениях выражен слабо, мышечный тонус в норме. Сухожильные рефлексы с рук и ног оживлены. Координаторные функции в норме, с небольшим интенционным трепетом. При беседе больной напряжен, порой злобен, растромжен, время проводит бесцельно, бродит по отделению, внешне хмур. Некритичен в плане самооценки.

Больной Д., 25 лет. Пробный прием опиатов в 17 лет. Находясь в компании знакомых, из любопытства новых ощущений дал ввести себе внутривенно раствор опия-сырца, испытал эйфорию. Повторный прием наркотика через 2 недели, стал принимать «ханку» эпизодически. Через 3 месяца от начала заболевания прием наркотика систематизировался, наросла толерантность, сформировалась психическая зависимость. Через 2 месяца появился синдром отмены, т.е. физическая зависимость.

Через 5 месяцев стал принимать «ханку» 2-3 раза, иногда 4-5 раз в день, толерантность до 0,8 г на прием. Через 5,5 лет перешел на внутривенный прием героина, 2-3 раза в день. Отмечалась кратковременная ремиссия после лечения, примерно 10-11 месяцев. Повторно возобновил прием наркотика 2 месяца назад.

В анамнезе у больного отмечались неоднократные черепно-мозговые травмы.

В неврологическом статусе: на 3 сутки абстиненции жалобы на головную боль, боли в икроножных мышцах, бессонницу, тягу к опиатам, фотореакции вялые, снижение конвергенции, недостаточность 7-12 пар, девиация языка, неустойчивость в

пробе Ромберга, интенционный трепет при выполнении пальце-носовой пробы, эмоциональная возбужденность, раздражительность.

При осмотре в динамике на 9 день боли уменьшились, при осмотре черепно-мозговых нервов – положительная динамика; сухожильные рефлексы с анизорефлексией. Сохранялись жалобы на плохой сон, эмоционально-неуравновешен, сниженный фон настроения, беспокойство.

Оценивая динамику проявлений и степень выраженности неврологической симптоматики в абстинентном и постабстинентном периодах можно отметить, что рассеянная микросимптоматика у обследованных больных регрессировала в течение 10-12 дней воздержания. Параллельно с этим отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома, расстройств вегетативной нервной системы.

Темпы регрессирования вегетативной и очаговой симптоматики зависели от срока наркотизации. Так, при продолжительной наркотизации, от 2-3 лет регресс симптоматики происходил в течение 6-8 дней.

При наркотизации более 3-4 лет неврологические симптомы были более стойкими и сохранялись в течение 2-х недель. Таким образом, рассеянная неврологическая симптоматика является проявлением интоксикационной энцефалопатии.

Интеллектуально-мнестические нарушения отмечались у большинства пациентов. В динамике наркотизации обследуемые все более замыкались в узком кругу знакомых, подобных себе по образу жизни, у них сужался круг интересов.

При высказывании своих мыслей наблюдалась примитивность суждений, застревание на мелочах, снижение способности к анализу и синтезу. В беседе и осмотре отмечалась быстрая утомляемость, истощаемость, затрудненность концентрации.

Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены признаки нарушения нервной системы и психопатологические расстройства в состоянии острой наркотической абстиненции и постабстинентном периоде.

Динамические характеристики выявленной неврологической симптоматики свидетельствуют о тенденции к регрессу последней по мере снижения интенсивности абстинентного синдрома. Данные исследования могут быть применены для осуществления дифференцированных и оптимальных подходов в ходе проведения лечебных мероприятий.

Литература:

1. Брюн Е.А., Гехт А.Б., Полунина А.Г. *Нейропсихологический дефицит при хронической наркотизации героином* // Журнал неврологии и психиатрии 2001, 101,3: 10-19
2. Козлов А.А. *Наркоманическая личность* // Журнал неврологии и психиатрии, 2000:100:7:23-27
3. Шабанов П.Д. *Руководство по наркологии*, Санкт-Петербург, 2000
4. Шабанов П.Д. *Наркомании*, Санкт-Петербург, 2000
5. Долина М.В. *Патоморфология опийной наркомании (клинико-терапевтические аспекты)*. – М, 1999. - с. 150
6. Личко А.Е. *Подростковая психиатрия (руководство для врачей)*. - Л: «Медицина», 2000. - с. 416
7. Вайн А.Н. *Болевые синдромы в неврологической практике*. - М: МЕДпресс 2000
8. Иванец Н.Н., Винникова М.А. *Героиновая наркомания (постабстинентные состояния, клиника, лечение)*. - М: Медпрактика 2000.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ

А.А.Марашева

г. Караганда

Не меньшее значение в формировании антинаркотической устойчивости у детей имеет психологическая обстановка в семье. С точки зрения системной семейной психотерапии семья – это вид социальной системы, характеризующийся определенными связями и отношениями ее членов, проявляющими себя в круговых паттернах взаимодействия, в их структуре, иерархии, в распределении ролей и функций.

Семья – один из элементов микросреды, в которой формируется личность человека. В семье действует сложная система взаимоотношений, где каждый ее член занимает определенное место, участвует в выполнении определенных функций, поддерживает приемлемый уровень межличностных взаимодействий. Семья представляет собой динамическую микросистему, находящуюся в постоянном развитии. В ней, как в интимной первичной группе, предполагается эмоциональное влечение ее членов друг к другу, уважение, преданность, симпатия и любовь, которые способствуют доверительности в отношениях.

Важнейшими характеристиками семьи являются ее функции и структура. *Функции* – это сфера жизнедеятельности семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов. Можно выделить несколько функций семьи:

1) *воспитательная*. Она состоит в удовлетворении индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, воспитании, самореализации в детях. Семья обеспечивает социализацию подрастающего поколения, а также взаимовлияние членов семьи друг на друга;

2) *хозяйственно-бытовая* заключается в удовлетворении материальных потребностей и сохранении здоровья ее членов. В ходе выполнения этой функции обеспечивается восстановление затраченных в процессе труда сил;

3) *эмоциональная* состоит в удовлетворении членами семьи потребностей в симпатии, уважении, поддержке, психологической защите. Семья способствует эмоциональной стабилизации ее членов, активно содействует сохранению их психического здоровья;

4) *духовного (культурного) общения* заключается в удовлетворении потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении. Способствует культурному, духовному и нравственному развитию личности;

5) *первичного социального контроля* выражается в обеспечении выполнения социальных норм поведения всеми членами семьи, в особенности

теми, кто в зависимости от ряда причин (возраст, наличие заболевания и т.п.) не способен выполнить их самостоятельно;

б) *сексуально-эротическая* состоит в удовлетворении сексуально-эротических потребностей супружеских пар и обеспечении биологического воспроизведения.

С течением времени в семейном функционировании происходят изменения: одни функции утрачиваются, другие изменяются в соответствии с новыми социальными условиями [С.В.Березин, К.С.Лисецкий, 2001]. Структура семьи включает число, состав, совокупность взаимоотношений между ее членами и социальным окружением. Структурный подход к анализу семьи основан на представлении о том, что семья есть нечто большее, чем индивидуальная биопсиходинамика ее членов. Взаимодействие членов семьи подчиняется определенным закономерностям, которые обычно не формулируются явно или даже не осознаются, однако формируют единое целое – структуру семьи. Реальность структуры семьи другого порядка, чем реальность каждого из ее членов.

Ряд зарубежных исследователей среди неблагоприятных факторов, которые называют нарушением эмоционального контакта между ребенком и матерью, длительное разобщение ребенка с матерью, отсутствие отца, хронические психические травмы [K.Abraham, 1925; E.Efron, 1953; Winnicott, 1965; S.Kirk, W.Kirk, 1971]. Отклонение в воспитании и конфликты, помещение в больницу без матери, начало посещения яслей и детского сада, рождение брата или сестры могут привести к школьной неуспеваемости [А.И.Захаров, 1988]. Вступая в жизнь, младенец, с одной стороны, имеет дело с неведомым ему миром, а с другой – с хаосом своих собственных чувств. Мать находится рядом с ним, чтобы удовлетворить его потребности – как биологические (пища, гигиена), так и эмоциональные и позитивные. Именно она упрочивает неокрепшее «Я» ребенка и дает ему первое представление о мире. Klein утверждает, что именно отношения мать-ребенок являются главной предпосылкой и основным источником развития личности ребенка. С другой стороны – это способность матери мирится с болезненными эмоциями, которые развиваются у ребенка в ответ на конкретную фruстрацию. M.Klein утверждает, что мать, которая в состоянии выдержать боль, причиняемую ей ребенком, не позволяя ей захлестнуть себя, становится рецептором эмоций, вызывающей у ребенка страх. Принимая эту ситуацию с любовью, она дает ребенку понять, что в мире есть кто-то, кто может контролировать вещь, вызывающую у него страх, не давая ему раствориться. В результате ребенок

перестает бояться этой вещи, либо она уже не кажется ему такой страшной. Как только тревога младенца стихает, он оказывается способным интериоризировать объемлющую матер, что дает ему возможность лучше справляться со своим внутренним миром, обогащая его. К.Г.Юнг [80] говорит о том, что, как правило, жизнь, которую не удалось прожить родителям, они стараются передать «по наследству» детям и вынуждают детей вступить на путь, который должен компенсировать неисполненные желания родителей, т.е. родители в какой-то степени ищут идеального ребенка для себя. У детей это часто вызывает обратную реакцию. Поэтому и получается, что сверхморальные родители имеют зачастую, аморальных детей, безответственный и праздный отец имеет обремененного честолюбием сына и т.д. Наихудшие последствия, по его мнению, имеет «искусственная бессознательность» родителей. Примером тому может служить мать, которая, чтобы не нарушить видимость благополучного брака, искусственным путем, бессознательно поддерживает себя тем, что привязывает к себе сына – в определенной степени в качестве замены своему мужу. И это приводит к формированию симбиотической связи между матерью и сыном, что, в конечном счете, может являться одной из причин формирования наркозависимости. Для ребенка наркотик – это мощный аргумент в избавлении от постоянной зависимости от родителей, приобретении внутренней свободы в борьбе за самостоятельность.

Так, бессознательно родители подталкивают своих детей к отклоняющемуся поведению. Ребенок, становясь наркоманом, дает возможность своим родителям (в частности, маме) реализовать себя, став заботливыми, любящими, и, самое главное, нужными для него. А он, в свою очередь, использует это в своих целях, зная о том, что родители сделают для него все. Формируется замкнутый круг. С одной стороны – любящие родители, которые хотят быть нужными и делают для этого все, с другой – подросток-наркоман, который использует родителей для поддержания своего состояния. И, на самом деле, в большинстве случаев подсознательно никто не хочет менять сложившуюся систему отношений.

Родители формируют основные жизненные ценности и нормы поведения ребенка. Для детей младшего школьного возраста, родители являются непосредственным объектом для подражания, с возрастом степень влияния смещается в сторону сверстников. Роль алкоголизма родителей в приобщении детей к пьянству, освещена в ряде работ [Сидоров П.И., 1982; Шайдукова Л.К., 1992; Яруллин А.Х., 1994; Надеждин А.В., 1988; Соловов А.В., 1999]. Асоциальное поведение родителей, низкий уровень образования, психологическая напряженность и конфликты являются факторами высокого риска злоупотребления алкоголем детьми [Копыт Н.Я.,

Сидоров П.И., 1986; Kobe F.H. et al., 1994; Kolta P.J., 1994; Wonderlich S. et al., 1994; Greenfield B.J. et al., 1995]. На повышенный риск развития наркомании в связи с разводом родителей, психическими заболеваниями приемных родителей, наличием алкоголизма у родителей указывают некоторые зарубежные исследования [Sarna S., 1978; Gaboret R., 1986]. Имеются исследования отдельных семей, злоупотребляющих наркотическими веществами, дети в которых полностью отказываются от их употребления [Личко А.Е., Битенский В.С., 1991]. Анонгнозия и отрицание пагубного пристрастия у ребенка, гипо или гиперопека, жесткое обращение и эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери, являются толчком к аддиктивному поведению [Кулаков С.Я., 1989; Личко А.Е., Битенский В.С., 1999; Кулаков С.А., 1996; Белогуров С.Б., 1998; Соловов А.В., 1999, и др.]. Риск возникновения алкоголизма, наркомании и токсикомании при наличии аддиктивного поведения по данным D.Ladewig (1972), составляет 42%. Forslung (1970) установил, что алкогольное поведение матери оказывает существенное воздействие на алкоголизацию детей, прежде всего, дочерей, а алкогольное поведение отца более обуславливает алкоголизацию сыновей. Члены семьи, злоупотребляющие алкоголем и наркотическими веществами, являются одним из наиболее значимых факторов риска. Установлено, что с преклиническими формами алкоголизма 2/3 подростков из неполных семей [Скворцова Е.С., 1978; Гунько А.А., 1991, Милушева Г.А., Найденова Н.Г., 1992; Рожнова Т.М., 1996]. Дисфункциональная семья [Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Милушева Г.А., Найденова Н.Г., Соловов А.В., 1999], состояния созависимости [Соловов А.В., 1999], неполные и дисгармоничные семьи, жесткое обращение и противоречивое воспитание, все это, по мнению специалистов, является факторами риска. Феномен спаивания родителями детей описывает в своей работе Шайдукова Л.К. (1992).

Для изучения представлений детей в возрасте от 7 до 11 лет о наркотиках и об их отношении к ним врачами наркологами Областного детского психоневрологического объединения наркологического диспансерного отделения было проведено исследование учащихся образовательных школ 1-4 классов города Караганды. Исследование носило анонимный характер. В предложенной анкете (разработчики А.Л.Катков и А.А.Марацева) дети отмечали только свой пол и возраст. В инструкции подчеркивались важность личного мнения каждого ребенка и необходимость ответов, исходящих из собственных представлений о заданной проблеме. Отмечалась необходимость независимой оценки, без вариантов совместного обсуждения между участниками исследования. Таким образом, было обследовано более 1000 детей в возрасте от 7 до 11 лет – учащиеся 1-4 классов.

В анкете были освещены вопросы о составе семьи, о том кто занимается воспитанием ребенка, выяснялось употребление и частота употребления алкоголя родителями. Анализ результатов показал, что из 100% опрошенных детей - 71,1% воспитываются в полных семьях; 21% - в неполных семьях (мама или папа) и не имеют семьи 7,9% детей. Неполная семья или ее отсутствие является одной из главных причин, приводящих ребенка к девиантному поведению. Немаловажным фактором является воспитание в семье и кто этим занимается. Большая роль отведена матери, что составило 52,6%, отцу - 9,4%. У 10,5% и 16,6% детей воспитанием занимают сестра или брат и другие члены семьи (бабушка, тетя и т.п.) соответственно. И всего у 10,9% детей воспитанием занимаются оба родители.

Дети, рожденные или воспитанные в семьях с алкогольными традициями, подвержены большему риску пристрастия к алкоголю и другим наркотикам. В этом свою роль играют, по-видимому, как генетические факторы, так и влияние непосредственного окружения. На вопрос употреблением алкоголя родителями 9,5% детей ответили, что оба родителя; 46,7% выделили только одного из родителей и 43,8% не отметили употребление алкоголя родителями. На данный вопрос выборка производилась только у тех детей, которые воспитываются в полных семьях. Употребление алкоголя и наркотиков родителями и позитивное отношение к ним; в семьях, где родители для того, чтобы расслабиться, употребляют запрещенные наркотики или много пьют, имеется большая вероятность, что дети начнут употреблять алкогольные напитки и другие психоактивные вещества в раннем школьном возрасте. Чем больше членов семьи употребляют алкоголь и наркотики, тем выше риск.

Очевидно, что в таких семьях вероятно раннее приобщение к спиртному. Оно влечет высокую

вероятность того, что дети начинают испытывать алкогольную или другую зависимость или у них возникнут проблемы со злоупотреблением алкогольными напитками в подростковом возрасте. Задачей профилактики в данном случае является своевременное распознание таких семей и формирование антинаркотической устойчивости у детей, находящихся в группе риска. В семьях, в которых родители не устанавливают четких норм поведения, в которых дети остаются предоставленными самим себе и где дисциплинарная практика чрезмерно сурова и непоследовательна, подростки подвергаются большему риску совершения правонарушений и частого употребления алкоголя и наркотиков. Здоровье, эмоционально насыщенные отношения в семье чаще всего являются фактором, предотвращающим тягу ребенка к алкоголю и наркотикам. Стремясь компенсировать семейное неблагополучие, ребенок ищет контакты на стороне и легко может попасть в группу наркоманов, где его с удовольствием примут. Большую опасность представляют семьи, в которых нарушения семейного взаимодействия (часто неосознаваемые ее членами) скрываются за внешним благополучием. Неблагополучные семьи, как правило, стоят на учете социальных служб, и с ними проводится работа, направленная на реабилитацию или профилактику нарушения семейного функционирования. Но вопрос должен ставиться шире: психопрофилактическую работу необходимо начинать именно с внешне благополучных семей.

Анализ семейных причин наркотизации убеждает в том, что в фокусе профилактической работы должна быть, прежде всего, семья. Здоровая семья является одним из важнейших факторов социализации ребенка и профилактики наркомании. Это однаково справедливо, когда речь идет как о первичной, так и о вторичной профилактике наркомании.

АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.Парпиева

Актуальность.

Алекситимия рассматривается как фактор риска развития патологии влечения - зависимости от алкоголя (Finn P.R. and others) и наркотиков (Lumley M.A. and others). Вопрос о возникновении данного феномена до сих пор дискутирует. Выделяют первичную (конституциональную) алекситимию основанную на нейроанатомически-нейрофизиологической теории и вторичную алекситимию,

возникающую вследствие социальных (воспитание) и психологических (механизмы адаптации, психологическая защита) причин (Провоторов В.М. и др.).

Литературные источники и наши предварительные наблюдения показывают, что пациенты с зависимостью имеют затруднения или даже неспособность точно описывать собственные переживания, трудности определения различий между чувствами и телесными ощущениями, чаще

фиксируются на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям (Жолдасова Ж.А., Провоторов В.М. и др.). Однако эмпирические наблюдения с использованием экспериментально-психологических инструментов продемонстрировали отсутствие проблемы Алекситимии. Дальнейшие исследования показывают, что после проводимых терапевтических вмешательств явления Алекситимии диагностировались самооценочными шкалами.

Рассматривая Алекситимию как вторичное расстройство, мы предположили, что выявление данного феномена у зависимых лиц посредством самооценочных шкал является достаточно проблематичным и может быть проявлением особенностей адаптации к болезни, посредством отвержения каких-либо психологических проблем. Терапевтическое вмешательство снижает уровень

«сопротивления», а также помогает приобрести некоторые навыки регистрации чувств, эмоций, ощущений, что проявляется возможностью диагностики феномена Алекситимии экспериментально психологическими инструментами.

Целью данного исследования является изучение особенностей проявления феномена Алекситимии у пациентов с опиоидной зависимостью.

Материал и методы.

Основной материал составили 77 пациентов с верифицированным диагнозом - синдром опиоидной зависимости (F 11.2), находившиеся в программе поддерживающей терапии метадоном. В исследуемую группу вошли 36 пациентов, прошедших 10-ти часовой когнитивный тренинг и контрольную группу составили 41 пациент, не прошедших тренинг.

	Количество пациентов	Распределение по полу		M возраста
		Ж	М	
Исследуемая группа	36	3-8%	33-92%	36,6 ± 6,6
Контрольная группа	41	13-32%	28-68%	35,7 ± 6,4

Основные инструменты исследования: клиническое интервью; Торонтская шкала Алекситимии (TSA) и метод клинического эксперимента (когнитивный тренинг навыков). Исследование состояло из следующих этапов: 1) клинического интервьюирования, с целью выявления признаков Алекситимии; 2) заполнения TSA; 3) проведения тренинга навыков в исследуемой группе; 4) повторного заполнения TSA, в исследуемой группе после тренинга, а в контрольной группе - через 1 месяц после клинического интервьюирования; 5) подведения итогов.

Для определения выраженности Алекситимии не случайно была использована Торонтская шкала, многочисленные исследования доказали стабильность, надежность и валидность факторной структуры данной шкалы. Алекситимичными считаются те пациенты, которые набрали по TSA 74 балла и более, отсутствию Алекситимии соответствует показатель менее 62 баллов.

Метод клинического эксперимента - это 10 часовой тренинг, группового формата. В основу тренинга была положена когнитивная теория Аарона Бека. Суть теории в том, что когда человек сталкивается с проблемными или провоцирующими ситуациями (триггерами), у него активируется «схема» - устойчивые когнитивные паттерны, когда одинаково истолковываются определенные ситуации (А.Бек).

В случае с зависимыми людьми определенные события приводят к употреблению психоактивного вещества (ПАВ). Этую причинно-следственную связь можно представить в виде следующей схемы:

триггер – мысли – эмоции – патологическое влечение – употребление ПАВ (Марсер Д.Е. и Вуди Д.). Имеет место автоматический запуск данной схемы, когда независимо от предварительных намерений пациента возникает желание употребить наркотик. Тренинг формирует навыки остановки автоматического запуска привычной схемы, путем идентификации мыслей и эмоций, а также их дифференциации.

Результаты и обсуждение.

На первом этапе исследования методом клинического интервьюирования были выявлены пациенты с Алекситимическими чертами: в исследуемой группе – 59%; в контрольной группе – 63%. С помощью Торонтской шкалы Алекситимии были выявлены признаки Алекситимии: в исследуемой группе – 22%; в контрольной группе – 21%.

На втором этапе с пациентами исследуемой группы был проведен когнитивный тренинг навыков. Учитывая амбулаторный характер помощи в программе ПТМ, тренинг проводился по 2 часа еженедельно, в течение 5 недель. Количество пациентов в каждой группе не превышало 5 человек.

По завершению тренинга пациенты исследуемой группы и через 1 месяц после клинического интервью пациенты контрольной группы вновь оценивались по TSA. В исследуемой группе наблюдалось повышение показателей Алекситимии до 41%, когда как в контрольной группе этот показатель снизился – 16%.

Была оценена достоверность различия сравниваемых групп по критерию соответствия (хи-квадрат):

	Число пациентов	Фактическое число пациентов с алекситимией после тренинга	«Нулевая гипотеза»	Ч2
Исследуемая группа	36	15	9,8	
Контрольная группа	41	6	11,2	5,1

Таким образом, по значению Ч2 можно признать существенными различия в распределении выявления феномена алекситимии с помощью самооценочных инструментов в двух сравниваемых группах пациентов (прошедших когнитивный тренинг навыков и не прошедших его).

Выводы.

Данное небольшое исследование подводит нас к определенным предварительным выводам:

1. Выявление алекситимии у пациентов с зависимостью с помощью самооценочных шкал является достаточно проблематичным. Клинически

выявленная алекситимия не всегда подтверждается самооценочными инструментами

2. Сложности выявления алекситимии являются следствием отсутствия навыков идентификации чувств, эмоций и ощущений

3. Приобретение навыков регистрации эмоциональных состояний формирует способность идентифицировать психологические проблемы, что создает предпосылки для ориентации пациента на получение психотерапевтической помощи, формирования терапевтического «заказа».

4. Вышесказанное дает основание говорить о частичной обратимости алекситимии, о вторичности ее генеза

Литература:

1. Бек А., Раши А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – Санкт-Петербург, Питер, 2003. - С. 11-43
2. Жолдасова Ж.А., Каражанова А.С, Денисова Е.В. Из мирового опыта применения телесно-ориентированной психотерапии в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. – 2, № 2 – Павлодар, 2002. – С. 68-81
3. Марсер Д.Е., Буди Д. Индивидуальное консультирование наркозависимых. – Варшава, 2001. - С. 90-97
4. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 100, № 6. – Москва, 2000. - С. 66-70
5. Finn P.R., Martin J., Pihl R.O. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism // Psychotherapy of psychosomatics. – 47, № 1. – 1987. - С. 18-21
6. Lumley M.A., Roby K.J. Alexithymia and pathological gambling // Psychotherapy of psychosomatics. – 63, № 3-4. – 1995. - С. 201-206

НАРКОЭКОНОМИКА В АФГАНИСТАНЕ И НАРКОТРАФИК В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ – ПРОБЛЕМЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ

И.М.Планк

ФРГ, г. Берлин

Центральная Азия стала главным транзитным регионом для опиума и героина из Афганистана в Россию и Западную Европу. Главной транзитной страной остается Иран, а также другие страны Центральной Азии.

Наркографик и проблема героиновой зависимости в Центральной Азии возникла в очень короткий период времени до 1990 года. Наркоманами были, в основном, ветераны Афганской войны.

Гражданская война в Афганистане способствовала развитию наркобизнеса в стране. Данные, которые приводят UNODC – доход от наркотиков составляет более 50% валового дохода Афганистана. Производство опиума в Афганистане в 2003 году

равнялось 3600 тоннам. Более 2/3 производимых в мире опиатов производятся в Афганистане. Трафик наркотиков в Центральной Азии неуклонно растет.

Опыт показывает, что в других частях мира, так называемом Золотом треугольнике и кокаино-производящей Южной Америке, эффективный контроль над регионом может дать хорошие результаты. Несмотря на то, что производство опия осуществляется только в Афганистане, проблемы, возникающие в связи с этим, относятся не только к Афганистану, но к региону Центральной Азии в целом. После 1992 года страны Центральной Азии были слабо подготовлены, чтобы справиться с быстро растущими наркопроблемами и не могли в

некоторых случаях остановить вызванные этим последствия: геройн обеспечивает производство оружия и всех видов нелегальной деятельности, в связи с этим продолжаются конфликты или провоцируются новые конфликты. Но, до сих пор не понятно, как развивается наркоэкономика в Центрально-азиатских странах. Для этого необходимо изучить природу и степень проблемы и предпринять необходимые меры.

Легальное фермерство и экономическая деятельность в Афганистане развились во время гражданской войны. Производство мака стало прибыльным для многих фермеров, которые имели низкий уровень дохода и до сих пор это является единственным их средством дохода. Доходы от наркобизнеса не способствуют социальному развитию Афганистана, а концентрируются в руках местных разжигателей воин и тратятся на оружие и военную технику, что не только не развивает экономику, а, наоборот, дестабилизирует. Как подчеркнул президент Афганистана Карсай и его правительство, есть реальная опасность, что Афганистан станет наркогосударством и причиной дестабилизации всего региона.

Наркографик через Центральную Азию стал большой угрозой здоровью и благополучию для местных жителей. В ближайшие годы ожидается резкий рост наркозависимости в Центральной Азии. Как подчеркивает UNODC, с 1992 по 2000 годы число наркозависимых выросло с 0,3% до 2,1% от общей численности населения Центральной Азии. Наркоманией страдает 393500 человек в Центральной Азии. Например, число наркозависимых, внутривенно употребляющих наркотики, выросло с 13% в 1993 году до 65% в 2001 году (в Киргизии). Так, риск распространения инфекций, передаваемых через кровь, таких как ВИЧ/СПИД, выше у тех, кто внутривенно употребляет наркотики.

Из сказанного выше, наркографик, производство наркотиков и их потребление может разрушить не только общество, а также правопорядок, экономическую организацию страны, законные принципы и национальную стабильность. Пример этому Колумбия. Также это ведет за собой финансирование террористической деятельности, диссидентских групп в Азии, коррупцию, контрабанду, преступность, конфликты. Противостоять этому можно, объединив международные усилия. Сейчас в Афганистане действуют, так называемые, «ведущие нации», которые под эгидой ООН и правительства Афганистана взяли на себя эту ответственность,

например, Объединенное королевство Великобритания отвечает за обеспечение фермеров продукцией, Италия – за реконструкцию правоохранительного сектора (борьба с коррупцией в полиции, судах), а Германия взяла на себя реконструкцию национальной полиции, охрану границ и реконструкцию Афганской полиции против наркотиков.

Ликвидация производства и трафика наркотиков в Афганистане - важный шаг к безопасности будущего. Для этого необходимо:

1. Усиление действенности Афганского закона по наркотикам
2. Производство альтернативных видов продукции фермеров, занимающихся выращиванием мака
3. Усиление Афганских учреждений контроля за наркотиками
4. Разработка предупредительных программ

Германия взяла на себя роль по объединению международной помощи по реконструкции Афганской национальной и приграничной полиции. В основе реконструкции полиции лежит дальнейшее расширение полиции по наркотикам, закрытие доступа к плантациям мака, запрет на выращивание мака, создание групп быстрого реагирования против наркоконтрабанды, в основном, в приграничных районах. Из-за активной деятельности организованной преступности, особенно, наркодельцов, активизации террористических групп в приграничных районах, нужно создать эффективную структуру приграничной полиции, которая станет главным стабилизирующим фактором наркоситуации в Афганистане и в соседних странах. Роль UNODC в создании регионального сотрудничества против наркографика имеет и другие цели, которые не будут здесь обсуждаться, но я думаю, что будет корректным отметить, что усилия UNODC направлены на усиление законов, проводимых в жизнь, контроль границ, законодательство по наркотикам и координация альтернативного развития.

Стабильность в Центральной Азии подрывает наркопроизводством, употреблением наркотиков и продажей наркотиков, особенно опия. Необходимо сократить его ввоз, а это возможно только при объединении усилий Центрально-азиатских стран и Международного сообщества на долгосрочное сотрудничество и всестороннюю стратегию. Кроме того, нужно принять во внимание социальное развитие, альтернативные источники пропитания, а также стратегию борьбы против коррупции и усиление (правоохранительного) судебного сектора.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

НОВОЕ СРЕДСТВО КУПИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ВИТАГАМ-РУЛИН

В.В.Макаров, В.П.Колосов, Е.М.Коньков

г. Москва

Предпринятое клиническое изучение препарата Витагам-Рулин продиктовано задачами поиска новых лекарственных средств при лечении побочных эффектов, возникающих в период применения нейролептических препаратов.

Исследование проводилось в рамках изучения возможности купирования данным препаратом соматовегетативных, неврологических и психических расстройств, вызванных нейролептиками (1).

Применяемые противопаркинсонические, холинолитические и другие препараты уменьшают мышечную ригидность, общую скованность, слюнотечение, потоотделение, сальность кожи. Однако они мало влияют на трепор, сами вызывают сухость во рту, нарушение аккомодации, учащение пульса, головокружение, способны вызывать привыкание, что ограничивает возможности их применения.

Предпринятое нами ранее исследование Витагам-Рулина показало его способность купировать астенические и депрессивные расстройства, что дает основание предполагать возможность купирования ряда компонентов нейролептического синдрома.

Работы А.П.Музыченко (2) с близкими по действию препаратами, показали эффективность лечения нейролептического, экстрапирамидного синдрома.

В качестве средства лечения нейролептических расстройств изучен новый препарат «Витагам-Рулин» ООО «Рулин». Препарат одобрен Фармакологическим комитетом Минздрава России (протокол от 8 февраля 2002 г.) и утвержден Департаментом государственного контроля лекарственных средств и медицинской техники Минздрава России в качестве средства лечения экстрапирамидных расстройств, возникающих при приеме нейролептических средств.

По фармакологическим свойствам препарат Витагам-Рулин обладает антитоксическим и антиоксидантным свойствами, улучшает кровоснабжение и функциональное состояние головного мозга, благотворно влияет на его метаболизм. Препарат улучшает микроциркуляцию и способствует улучшению кровоснабжения внутренних органов. Комплекс витаминов и N-никотиноил-гамма-аминомаслянной кислоты, натриевой соли, входящих в состав препарата, способствует нормализации обмена веществ. Препарат выпускается в капсулах по 0,4 г. по 50 капсул в упаковке.

Исследование проводилось на клинической базе кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО).

Целью настоящей работы являлось научное исследование эффективности, переносимости и безопасности применения препарата Витагам-Рулин при купировании нейролептических расстройств у больных шизофренией при применении модилен-депо и галоперидола.

Задачами исследования являлось:

1. провести клиническое изучение больных с нейролептическим синдромом;
2. изучить влияние препарата Витагам-Рулин на различные компоненты нейролептических расстройств;
3. определить особенности действия препарата Витагам-Рулин в комплексном лечении нейролептических расстройств.

Метод исследования

Данное исследование являлось открытым, контролируемым, сравнительным.

Критерии включения в исследование

В исследование включались больные,лечившиеся препаратом модилен-депо (галоперидол), мужчины и женщины в возрасте от 18-60 лет, давшие согласие на участие в клиническом исследовании.

Критерии исключения из исследования

Из исследования исключались больные:

- с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения и декомпенсации;
- беременные и кормящие женщины;
- не достигшие 18 летнего возраста и старше 60 лет;
- страдающие алкоголизмом и зависимостью от психоактивных препаратов;
- в состоянии деменции.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 60 пациентов, которые составили 2 группы: 1 группа основная (40 человек); 2 группа контрольная (20 человек). Выборка формировалась из числа стационарных пациентов, поступивших на стационарное лечение, соответствовавших задачам исследования.

Клиническая характеристика пациентов

Распределение больных по полу было следующее: в 1-ой (основной) группе мужчин – 22 человека (55,0%) женщин – 18 (45,0%), во 2-ой (контрольной) группе мужчин – 12 (60,0%), женщин – 8 (40,0%).

Распределение больных по возрасту: в 1-ой группе больных в возрасте от 18-25 лет было 7 человек (17,5%), с 26-35 лет - 19 человек (47,5%) и свыше 36 лет - 14 человек (35,0%); во второй группе в возрасте от 18-25 лет было 4 человека (20,0%) с 26-35 лет - 9 человек (45,0%) свыше 36 лет - 7 человек (35,0%).

Показатели сопутствующих соматических заболеваний у обследованных больных по данным анамнеза были следующие: в 1-ой (основной) группе гепатит у 12 больных (30,0%), черепно-мозговая травма у 10 больных (25,0%), желудочно-кишечные заболевания у 21 больного (52,5%), бронхит у 4 человека (10,0%), гипертоническая болезнь у 18 человек (45,0%). Во 2-ой (контрольной) группе гепатит был установлен у 7 человек (35,0%), черепно-мозговая травма у 6 человек (30,0%), желудочно-кишечные заболевания у 11 человек (55,0%), бронхит у 3 человека (15,0%), гипертоническая болезнь у 8 человек (40,0%).

Таким образом, клиническая характеристика больных, отобранных для проведения исследования, в 1-ой (основной) и 2-ой (контрольной) группах были приблизительно одинаковы и вполне пригодны для сравнительного изучения по заданной программе.

Характеристика психического статуса изученных больных

Все исследованные больные, как в основной, так и в контрольной группах, квалифицировались под рубрикой F 20 МКБ-10, шизотипическое расстройство F 21, хроническое бредовое расстройство F 22, шизоаффективное расстройство F 25. Клиническая картина больных характеризовалась галлюцинаторно-бредовыми симптомами подозрительностью, паранояльными представлениями, реакциями общения с признаками холодности, недоступности, эксцентричности или чудаковатости. Многие пациенты отличались тенденцией к навязчивым размышлению, часто метафизического или расплывчато-резонерского типа с ощущениями деперсонализационного и дереализационного характера. Эти расстройства часто сочетались со стойкой тенденцией к развитию сверхценных идей или идей бредового характера, которые по большей части носили достаточно завуалированный характер. У большинства пациентов отмечались аффективные (преимущественно депрессивные) нарушения легкой и средней степени тяжести, а также признаки астении, эмоциональной лабильности, затруднения в концентрации внимания, апатия, снижение трудоспособности, с чувством бессилия, значительным нарушением социальных контактов, поведенческими расстройствами психопатоподобного типа, с преобладанием тревожно-дефензивных расстройств.

Сроки с момента диагностики заболевания колебались от 1 до 10 лет. 70% обследованных продолжали работать, хотя у многих рабочая квалификация была ниже образовательного уровня.

Способ применения и дозировка препарата

При лечении психических расстройств шизоаффективного характера в обеих группах пациенты получали препараты нейролептической группы модитен-депо и галоперидол сходные по психофармакологическим свойствам, в результате действия которых возникают приблизительно одинаковые нейролептические расстройства. Все больные начинали лечение в стационарных условиях, а в дальнейшем переводились на амбулаторное лечение. Модитен-депо назначался в дозе 2 мг 2,5% масляного раствора внутримышечно 1 раз в 2 недели, галоперидол назначался по 15 мг – 20 мг 2 раза в сутки. В качестве корректора нейролептических расстройств все больные получали циклодол в таблетках по 1 мг 2 раза в день. В необходимых случаях больные получали симптоматические средства (например, глазные капли) не влияющие, существенно, на проявления нейролептического синдрома. В течение всего периода исследования больные 1-ой (основной) группы получали препарат Витагам-Рулин в дозе 1-2 капсулы в зависимости от веса тела. Так лица весом до 70 кг получали по 1 капсуле препарата, свыше 71 кг – по 2 капсулы. Вторая (контрольная) группа больных получала только базовое лечение. Максимально возможная стандартность лечения больных способствовала получению достоверных выводов данного исследования.

Методика исследования

Длительность лечения составила 60 дней. Исследование предусматривало регистрацию клинических показателей 2-х групп больных в динамике. Эффективность лечения оценивалась по основным показателям нейролептического синдрома: психические, неврологические и соматовегетативные расстройства, возникающие в период лечения нейролептическими препаратами. В каждую группу расстройств включено 7-8 симптомов, отражающих данную патологию. Учитывалось состояние больных в 1-ый, 3-ий, 5-ый, 10-ый, 20-ый, 40-ой и 60-ый дни лечения.

Учитывалось абсолютное число изучаемых симптомов нейролептического синдрома и их процентное соотношение. Уменьшение числа выявленных симптомов свидетельствовало об объеме уменьшения болезненных проявлений.

Наличие или отсутствие симптома учитывалось исходя из интенсивности проявления. Так, наличие симптома определялось как тяжелая и средняя степень проявления, отсутствие же, как легкая (компенсированная) или полное отсутствие болезненных проявлений. Такое разделение показаний, по нашему мнению, полностью оправдано с клинической точки зрения и позволяет избежать неточностей в оценке результатов лечения с многочисленным раздроблением оценочных характеристик, которые нивелируются при статистической обработке.

Клиническая характеристика данных врача-исследователя дополнялась субъективными данными больных, наблюдениями медперсонала, впечатлениями родственников больных.

Методика исследования предусматривала оценку побочной симптоматики и контроля жизненных показателей.

Результаты клинического исследования

Все 60 пациентов закончили исследование и включены в анализ эффективности и переносимости препарата. Данные клинического исследования изложены в нижеследующих таблицах.

Влияние препарата Витагам-Рулин на психические побочные эффекты в период лечения нейролептиками изложены в таблицах № 1, где отражены показатели 1-ой (основной) группы, и № 2, где отражены показатели 2-ой (контрольной) группы пациентов.

Таблица 1

Динамика купирования психических нейролептических расстройств у больных основной группы

Симптомы	Дни обследования (основная группа)													
	1 день		3 день		5 день		10 день		20 день		40 день		60 день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревога	27	67,5	26	65,0	27	67,5	27	67,5	15	37,5	10	25,0	6	15,0
Неусидчивость	38	95,0	38	95,0	38	95,0	38	95,0	20	50,0	11	27,5	5	12,5
Недоумение	37	92,5	36	90,0	37	92,5	30	75,0	21	52,5	10	25,0	8	20,0
Трудности при концентрации внимания	33	82,5	33	82,5	32	80,0	28	70,0	14	35,0	9	22,5	3	7,5
Утомляемость	30	75,0	21	52,5	15	37,5	9	22,5	5	12,5	2	5,0	2	5,0
Апатия	14	35,0	12	30,0	12	30,0	7	17,5	5	12,5	1	2,5	1	2,5
Сонливость	13	32,5	13	32,5	9	22,5	10	25,0	9	22,5	8	20,0	9	22,5

Как видно из таблицы № 1, в течение 60-дневного применения препарата Витагам-Рулин психические нейролептические расстройства, возникшие в результате приема нейролептиков, уменьшились по всем показателям. Наибольшее снижение наблюдалось в

группе симптомов астенической направленности. Например, утомляемость от 75,0% до 5,0% больных, апатия от 35,0% до 2,5%. Наименьшая при явлениях сонливости с 32,5% до 22,5%, тревоги 67,5% до 15,0%.

Таблица 2

Данные о динамике развития психических нейролептических расстройств в контрольной группе

Симптомы	Дни обследования (контрольная группа)													
	1 день		3 день		5 день		10 день		20 день		40 день		60 день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревога	12	60,0	12	60,0	13	65,0	10	50,0	9	45,0	7	35,0	8	40,0
Неусидчивость	18	90,0	18	90,0	17	85,0	17	85,0	14	70,0	12	60,0	12	60,0
Недоумение	17	85,0	17	85,0	18	90,0	15	75,0	15	75,0	12	60,0	13	65,0
Трудность при концентрации внимания	15	75,0	15	75,0	17	75,0	16	80,0	14	70,0	11	55,0	11	55,0
Утомляемость	19	95,0	19	95,0	18	90,0	19	95,0	14	70,0	15	75,0	15	75,0
Апатия	8	40,0	8	40,0	9	45,0	8	40,0	7	35,0	7	35,0	7	35,0
Сонливость	7	35,0	7	35,0	8	40,0	8	40,0	6	30,0	7	35,0	7	35,0

Согласно данных таблицы №2, в контрольной группе, динамика снижения побочных нейролептических расстройств выражена значительно меньше, чем в таблице № 1 у больных основной группы, а также показатели, как апатия и сонливость,

практически, оставались постоянными за весь период наблюдения. Это указывает на эффективность Витагам-Рулин при купировании психических нейролептических расстройств у обследованных больных.

Таблица 3

Динамика снижения неврологических расстройств в основной группе

Симптомы	Дни обследования (основная группа)													
	1 день		3 день		5 день		10 день		20 день		40 день		60 день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гиперкинезы	29	72,5	29	72,5	28	70,0	28	70,0	17	42,5	11	27,5	10	25,0
Нарушение походки	25	62,5	25	62,5	22	55,0	20	50,0	19	47,5	10	25,0	9	22,5
Дизартрия	22	55,0	22	55,0	22	55,0	17	42,5	18	45,0	9	22,5	3	7,5
Спазмы языка, губ	6	15,0	6	15,0	6	15,0	4	10,0	2	5,0	1	2,5	1	2,5
Тяжесть в голове	4	10,0	4	10,0	3	7,5	3	7,5	0	0	0	0	0	0
Вялость	19	47,5	19	47,5	17	42,5	12	30,0	5	12,5	5	12,5	3	7,5

Данные таблицы 3 показывают снижение неврологических расстройств под влиянием Витагам-Рулин. Причем заметное снижение расстройств начинается с 20 дня приема препарата. Наибольшая динамика снижения наблюдалась при вялости

(с 47,5% до 7,5%), гиперкинезов (с 72,5% до 25,0%), дизартрии (с 55,0% до 7,5%), тяжесть в голове, наблюдавшаяся у 4-х больных в первый день приема нейролептика, к 20-му дню прекратилась у всех больных.

Таблица 4

Динамика неврологических расстройств в контрольной группе

Симптомы	Дни обследования (контрольная группа)											
	1 день		3 день		5 день		10 день		20 день		40 день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гиперкинезы	13	65,0	13	65,0	13	65,0	11	55,0	10	50,0	10	50,0
Нарушение походки	11	55,0	11	55,0	12	60,0	10	50,0	10	50,0	9	45,0
Дизартрия	10	50,0	10	50,0	11	55,0	7	35,0	8	40,0	7	35,0
Спазмы языка, губ	3	15,0	3	15,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0	3	15,0
Тяжесть в голове	3	15,0	3	15,0	4	20,0	3	15,0	2	10,0	2	10,0
Вялость	9	45,0	9	45,0	8	40,0	7	35,0	9	45,0	5	25,0

Показатели таблицы 4 в период наблюдения снижались, по-видимому, за счет адаптационных возможностей организма больных. Однако это снижение было значительно ниже по сравнению

с показателями основной группы, что указывает на положительное влияние Витагам-Рулина при купировании неврологических расстройств, возникавших при применении нейролептиков.

Таблица 5

Действие препарата Витагам-Рулин на соматовегетативные расстройства в основной группе

Симптомы	Дни обследования (основная группа)											
	1 день		3 день		5 день		10 день		20 день		40 день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сухость во рту	38	95,0	38	95,0	37	92,5	38	95,0	25	62,5	17	42,5
Саливация	6	15,0	6	15,0	6	15,0	4	10,0	4	10,0	3	7,5
Тошнота	7	17,5	7	17,5	7	17,5	6	15,0	6	15,0	6	15,0
Сердцебиение	16	40,0	16	40,0	15	37,5	16	40,0	17	42,5	15	37,5
Колебания АД	13	32,5	13	32,5	12	30,0	12	30,0	10	25,0	10	25,0
Нарушения мочеиспускания	7	17,5	7	17,5	7	17,5	7	17,5	5	12,5	5	12,5
Нарушения аккомодации	11	27,5	11	27,5	9	22,5	9	22,5	4	10,0	2	5,0
Зуд, кожная сыпь	4	10,0	4	10,0	5	12,5	4	10,0	4	10,0	3	7,5

Из таблицы № 5 видно, что соматоневрологические расстройства выявлялись значительно реже по сравнению с предшествующими показателями, однако положительная динамика прослеживается и здесь. Так, наибольшее снижение

наблюдалось у больных при сухости во рту, нарушении аккомодации. Динамика других расстройств была менее заметной. Эти же показатели у больных контрольной группы представлены в таблице № 6.

Таблица 6

Симптомы	Дни обследования (контрольная группа)											
	1 день		3 день		5 день		10 день		20 день		40 день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сухость во рту	19	95,0	19	95,0	20	100,0	20	100,0	17	85,0	15	75,0
Саливация	3	15,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0	2	10,0
Тошнота	4	20,0	4	20,0	4	20,0	4	20,0	5	25,0	3	15,0
Сердцебиение	12	60,0	12	60,0	13	65,0	11	55,0	11	55,0	11	55,0
Колебания АД	7	35,0	7	35,0	8	40,0	7	35,0	5	25,0	6	30,0
Нарушения мочеиспускания	3	15,0	3	15,0	1	2,5	1	2,5	2	5,0	2	5,0
Нарушения аккомодации	4	20,0	4	20,0	2	5,0	2	5,0	1	2,5	3	15,0
Зуд, кожная сыпь	4	20,0	4	20,0	3	15,0	3	15,0	4	20,0	3	15,0

Согласно данных таблицы № 6 динамика показателей, в целом, в контрольной группе, была меньше по сравнению с основной группой, что указывает на меньшее влияние Витагам-Рулина на соматоневрологические расстройства по сравнению с неврологическими и психическими нейролептическими расстройствами.

Побочные действия и осложнения

Анализ материалов клинического исследования препарата Витагам-Рулин показал, что ни у одного из 40 обследованных пациентов непереносимости не выявлено. При применении препарата больные отмечали изменение цвета мочи, но после разъяснения врача, они перестали обращать на это внимание.

Выводы

1. Препарат Витагам-Рулин обладает свойством снижать побочные эффекты нейролептических препаратов при лечении больных шизофренией.

2. В группе больных, проходивших лечение Витагам-Рулином, терапевтический эффект был выше, по сравнению с контрольной группой больных, где применялось только базовое лечение.

3. Применение препарата Витагам-Рулин при купировании нейролептического синдрома у

больных шизофренией позволяет уменьшить проявления нейролептического синдрома:

- психические;
- неврологические;
- соматовегетативные.

4. Наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдался при купировании психических, нейролептических расстройств.

5. Препарат хорошо переносится больными и не вызывает негативных побочных эффектов.

6. Витагам-Рулин наиболее активно влияет на уменьшение астенических проявлений нейролептического синдрома (утомляемость, апатия, вялость), что делает возможным его применение не только в остром периоде болезни, но и на стадии реабилитации, когда больные включаются в трудовые процессы.

Заключение

Полученные результаты позволяют сделать заключение о целесообразности применения Витагам-Рулина при лечении нейролептических расстройств у больных шизофренией в комплексном применении с малыми дозами корректоров.

Литература:

1. Петровский В.В. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., 1984, т. 3, стр. 110.
2. Музыченко А.П. Пантогам – двадцатилетний опыт применения в психоневрологии. М., 1998, стр. 17.
3. Дмитриева Т.Б. Клиническая психиатрия. М., 1998, стр. 489 (295.70 классиф. Д&М – IV шизоаффективное расстройство)

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ И СИТУАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Н.В.Мартемьянов, С.Б.Бисеналиев

За 2000-2003 г.г. нами было проведено клинико-катамнестическое изучение 172 больных (125- приступообразно-прогредиентной шизофренией и 47 - больных с реактивными психозами). Возраст варьировал от 20 до 54 лет. Из них женщин было 17, мужчин - 155, лиц умственного труда - 43, физического - 129, сельских - 62, городских - 110, из них работающих - 161, 11 имели инвалидность II группы, а у 10 имелась отягощенность психическими заболеваниями, алкоголизмом, психопатиями. До манифестации психического заболевания в преморбиде выявлено: у 9 - акцентуации, у 15 - психопатические черты, в основном, эмоционально неустойчивого круга. В анамнезе у 13 имелись судимости, в том числе у 3 повторно. Характер правонарушений: хулиганство, изнасилование,

хищение и кража, нанесение тяжких телесных повреждений, убийства и др.

У 78 больных с приступообразной шизофренией выявлены различные психогенные расстройства, влияющие на клинические особенности шизофренического процесса. Под влиянием психической травмы (совершение общественно-опасных действий, привлечение к уголовной ответственности, пребывание в стационаре) у этих больных возникали аффективные состояния реактивной природы - психогенные депрессии и реактивные аффективные психозы.

Анализируя особенности клиники этих состояний, следует отметить на первых этапах наличие тревожного и тосклового компонента депрессий в сочетании с нерезковыраженными эндогенными нарушениями мышления (малопродуктивность

суждений, манерность, разноплановость суждений). По мере нарастания психогенных аффективных расстройств допсихотического уровня, депрессия приобретала характер адинастической, реже с витализацией аффекта, в их структуре появлялись обманы восприятия, параноидные переживания, связанные с психотравмирующей ситуацией. Атипичный характер реактивного психоза, возникающего на патологической почве, способствовал решению диагностических вопросов, за фасадом депрессивных психогенных расстройств. У 47 больных отмечались в структуре ремиссии циклотимоподобных колебаний настроения, в условиях психогенно-травмирующей ситуации. Обострение и приступы шизофренического процесса выражались выраженными психогенно-аффективными нарушениями. В клинической картине обострения шизофрении аффективная патология была представлена депрессиями с адиминацией, болезненной анестезией, реже меланхолической депрессией с психопатологической симптоматикой других регистров, что вызывало значительные дифференциально-диагностические трудности.

При дифференциальной диагностике этих состояний следует учитывать, что у большинства больных шизофренией болезненные переживания приобретают определенную психогенную патопластику. Либо в фабулу бреда включались конкретные работники судебно-следственных органов, либо психотравмирующая ситуация звучала апоследовательно.

Реактивные моменты включались в болезненные переживания больных, привносили полиморфизм и изменчивость симптоматики, затрудняли решение диагностических вопросов, и рассматривались ранее у 8 больных как «психогенная обусловленная депрессия», «реактивная депрессия», в некоторых случаях речь шла даже о симуляциях.

Катамнестические данные показали, что в течение 2-3 лет у этих больных после неоднократного лечения в психиатрических больницах просматривалась отрицательная динамика психического состояния: от депрессивно-субступорозного с суициальными и далее депрессивно-галлюцинаторно-параноидного синдрома явлений психического автоматизма и дефекта.

Больным с психогенными аффективными состояниями требуется динамическое наблюдение и проведение лечения в условиях судебно-психиатрического стационара. После сглаживания психогенных расстройств возможно дифференцированное решение экспертизных вопросов. В тех случаях, когда аффективные нарушения приобретают характер психотических состояний или обострений шизофренического процесса с психогенной симптоматикой, более целесообразно изменение принудительного лечения без решения экспертизных вопросов.

Клинико-катамнестический анализ 47 случаев психогенных депрессий показал, что подавляющее

большинство (39 из 47) совершили правонарушения во вменяемом состоянии, но заболели реактивным психозом (депрессия) в период следствия или судебных процедур. В отношении них были решены вопросы вменяемости, они находились в больнице на лечении до выздоровления, а в последующем выписаны для проведения судебно-следственных мероприятий.

Психопатологическая симптоматика протекала по классическим канонам реактивной депрессии: понятная связь между психической травмой и содержанием, а также течением психического процесса, функциональным и обратимым характером. По особенностям клинической картины прослеживались подобные типичные формы: астено-депрессивный вариант, истерическая депрессия, депрессивно-параноидные состояния.

Пятеро из изучаемых нами больных психогенной депрессией совершили правонарушения, будучи в реактивном состоянии, были признаны невменяемыми и остались на принудительном лечении.

У 3 больных при первичном освидетельствовании были диагностированы реактивный психоз, однако, дальнейшее катамнестическое наблюдение выявило у них шизофрению. Ретроспективный анализ клинической картины выявил и при первичном освидетельствовании атипичность «реактивной симптоматики». Это были больные со сложными депрессивно-параноидными синдромами, напряженным аффектом страха, тревоги, идеями преследования со стороны соучастников преступления, «слежка» и угрозы со стороны потерпевших, элементы синдрома Кандинского-Клерамбо с фабулой бреда, связанной с ситуацией заключения, как бы отражающие психогенную ситуацию.

Подобные клинические особенности депрессивного психоза, явившиеся лишь отражением патопластического влияния ситуационного фактора, а не причиной заболеваний, также нередко являлись причиной диагностики при первичных освидетельствованиях.

Таким образом, представляется очевидной объективная сложность клинических параметров депрессивных состояний, особенно в условиях судебно-психиатрической клиники. Выявление их способствует совершению диагностических и экспертизных критериев в судебно-медицинской психиатрической практике.

Выводы:

1. Анализ литературных данных свидетельствует об актуальных и важных систематизирующих факторах (роль личностного и ситуационных факторов, защитных, компенсаторных механизмов), обуславливающих возникновение и развитие психогенных депрессивных состояний.

2. Клиническая картина депрессивных состояний различалась формой депрессивного аффекта

и степенью дезорганизации психической деятельности: тревожный, астенический, адиналический, дистимический.

3. В судебно-психиатрической практике реактивные депрессивные состояния могут развиваться, как у психически здоровых лиц, так и на психопатологической измененной почве.

4. Очевидна сложность диагностической и экспертной оценки психопатологических состояний, в картине которых имеют место депрессивные расстройства, которые повышают отсроченность нозологической и экспертной квалификации психического расстройства.

ПСИХОПАТИЯ АФФЕКТИВНОГО ТИПА

И.К.Тотина

г. Павлодар

Для лиц, страдающих аффективной психопатией, характерно наличие либо приподнятого настроения с неиссякаемым оптимизмом, либо пониженного настроения с пессимистической оценкой всего происходящего, либо периодических смен одного состояния другим. Ряд психиатров (П.Б.Ганушкин, 1993; E.Kretschmer, 1921, и др.) относили таких больных к циклоидным личностям. П.Б.Ганушкин выделял конституционально-возбужденный, конституционально-депрессивный, циклотимический и эмотивно-лабильный (реактивно-лабильный) варианты аффективной психопатии, Н.И.Фелинская и Ю.К.Чибисов (1975) – гипертимический, гипотимический и циклотимический. Представленное П.Б.Ганушкиным клиническое описание указанных вариантов психопатии до сих пор остается классическим и достаточно полным.

Лица, страдающие гипертимной аффективной (конституционально-возбужденной) психопатией, отличаются почти постоянно приподнятым настроением, повышенным оптимизмом, предпримчивостью, прожекторством, авантюристичностью замыслов и многоречивостью, стремлением к лидерству, непостоянством увлечений и легкомысленностью. В детском и подростковом возрасте они являются инициатором далеко не невинных поступков и шуток по отношению к товарищам и воспитателям, авантюристических и поэтому нередко опасных планов и действий; часто их считают трудными детьми. В зрелом возрасте обращает внимание их неистощимая энергия и оптимизм, легковесное отношение к общепринятым нормам отношений, что, в конце концов, вызывает у окружающих недоумение, настороженность, антипатию.

Интеллектуальный уровень у таких лиц может быть различным – от высокого до низкого. П.Б.Ганушкин (1933), E.Kraepelin (1915) и другие психиатры отмечали, что некоторые гипертимические личности отличаются одаренностью в различных сферах, становятся остроумными изобретателями, удачливыми в общественных областях

деятельности, но не чистыми на руку дельцами и аферистами. Однако избыток энергии, авантюризм, хвастовство, непостоянство во всем, дефицит нравственного чувства, пренебрежение требованиями законности и морали, склонность к сексуальным и алкогольным эксцессам, в конечном счете, создают конфликтные ситуации, из которых такие люди не всегда находят удачный выход, несмотря на исключительную изворотливость. В судебно-психиатрической экспертизе приходится сталкиваться с подобными психопатами с криминальными наклонностями. Длительное время успешно занимающиеся мошенничеством, крупномасштабными манипуляциями и обманом и ведущими образ жизни «на широкую ногу», ловко используя доверчивость окружающих, особенно женщин.

Помимо гипертимно-действенных натур, П.Б.Ганушкин выделял «невинных болтунов» со склонностью к хвастовству и лживости, с гипертрофированным воображением, а также «псевдокверулянтов». Первые эйфоричны, многоречивы, подвижны, хвастливы, назойливы, но легкомысленны, пусты, малопродуктивны; не вызывают доверия, служат предметом шуток и насмешек, которые они игнорируют. «Псевдокверулянты» себялюбивы, раздражительны, всезнайки, нетерпимы к возражениям («несносные спорщики»). Несогласие окружающих может вызвать у них вспышку гнева, раздражение и даже агрессию, послужить причиной преследования, но в отличие от паранойяльных психопатов, они не так настойчивы, более отходчивы, легко меняют «гнев на милость».

Как отмечают П.Б.Ганушкин, гипертимики, наряду с авантюризмом и азартностью, обладают склонностью к лени и сибаритству. Это часто пикники, подвижные и жизнерадостные, предрасположенные к полноте. Неудачи переживают легко, быстро их забывая и вновь принимаясь за старое.

Лицам, страдающим гипотимией, свойственен постоянный пессимизм в оценке действительности, своего настоящего и будущего. В детстве они

отличаются замкнутостью и плаксивостью, но чаще подобные черты ярко проявляются в подростковом возрасте. Притеменная окраска восприятия жизни сопровождается либо неправомерным осуждением происходящего, поступков людей, событий, либо самокопанием, самобичеванием, поиском собственной вины. Любая работа таким людям представляется неинтересной и утомительной, заранее они видят в ней непреодолимые трудности, от чего впадают в отчаяние. Будучи чувствительными и обидчивыми, больные замыкаются, отгораживаются от окружающих, чувствуют себя более или менее оптимально лишь в узком кругу знакомых и близких, учитывающих особенности их характера. Однако постоянное недовольство всем, брюзжание по любому поводу, мрачность и склонность к осуждению всего, повышенная мнительность и ипохондричность вызывают негативную реакцию у окружающих, что еще более усугубляет общую пессимистичную настроенность больных.

Под влиянием неприятностей, соматических заболеваний и вследствие аутохтонных колебаний настроения у гипотимных психопатов могут возникать депрессивные состояния со сверхценными образованиями, среди которых представляют опасность идеи о бессмыслиности существования и суициальными тенденциями.

Фазы более выраженного депрессивного состояния напоминают аффективные депрессивные психозы, протекающие в рамках маниакально-депрессивного психоза. При постановке диагноза следует помнить, что психопатия сопровождается сверхценными идеями, а маниакально-депрессивный психоз – бредовыми депрессивными идеями. Основными признаками психопатии являются субдепрессивный фон настроения как характерная черта личности на протяжении всей жизни, тесная связь ухудшений и улучшений общего состояния с благополучием или неблагополучием в личной и производственной сферах, большая доступность разубеждению и критике.

Циклотимическая аффективная психопатия характеризуется сменой несколько повышенного настроения (экзальтации) пониженным, что соответствует гипер- и гипотимическому поведению.

Литература:

1. Богдан М.Н. // Журн. неврол. и психиатр. – 1998. – Т.98, № 1
2. Буторина Н.Е. Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. – М., 1987
3. Военная психиатрия / Под. Ред. С.В.Литвинцева, В.М.Шамрея. – СПб, 2001
4. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии М.,1982.-Т.1
5. Исаев Д.Н. Подростковая медицина: Руководство – СПб, 1999
6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л., 1983
7. Райс Ф. Психология юношеского и подросткового возраста СПб, 2000
8. Кондратьев Ф.В. Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М., 1985
9. Котов В.П., Мальцева М.М. Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. - М., 1993
10. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика). – М., 1995
11. Шостакович Б.В. Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных – М., 1987
12. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. - К., 1989

Таким образом, для этого типа психопатии свойственны постоянные колебания настроения и продуктивности деятельности, имеющие значительную продолжительность и часто совпадающие с сезонами года (весной и осенью). Гипертимное состояние сопровождается чувством прилива энергии и оптимизма, высокой продуктивностью в работе и в то же время – внутренним напряжением, нетерпимостью к возникающим препятствиям, повышенной раздражительностью и гневливостью с соответствующими реакциями, вызывающими протест окружающих. Гипотимное состояние проявляется в снижении настроения и работоспособности, пессимистической оценке жизни и всего происходящего вокруг. В гипотимическом состоянии часто появляются суицидальные мысли – больные «усыпают» от «маятникообразного» самочувствия и образа жизни, от ожидания упадка настроения.

С возрастом контрастность переживаний может снизиться, но длительность подъемов и спадов настроения увеличивается. У пожилых людей, как правило, преобладающими становятся гипотимные (субдепрессивные) состояния. Они либо сживаются с ними, либо превращаются в «беспрогнозных пессимистов» и ворчунов.

П.Б.Ганушкин (1933) к аффективным относил и эмотивно-лабильные состояния, рассматривая их как вариант циклотимности, однако не с фазовыми, а постоянными, хаотическими, непредсказуемыми колебаниями настроения на протяжении даже одного дня. Такие личности встречаются даже чаще, чем с отчетливыми фазовыми состояниями. Как указывал П.Б.Ганушкин, им свойственны капризность и изменчивость настроения, зависимость его от малейших ухудшений самочувствия, неудач, замечаний, неосторожно сказанного слова и т.п. Жизнерадостность у них легко сменяется чувством отчаяния. Эмотивно-лабильные психопаты особенно тяжело переживают утрату близких людей и другие потрясения, при этом у них могут наблюдаться патологические реакции и реактивные психозы. Такие личности – хрупкие, нежные, по-детски наивные, внушенные и капризные натуры, в жизни и труде полностью зависимые от настроения.

ПСИХОПАТИЯ НЕУСТОЙЧИВОГО ТИПА

И.К.Тотина

г. Павлодар

Больные психопатией неустойчивого типа описаны также под названием «безудержные» (E.Kraepelin, 1915) и «безвольные» (K.Schneider, 1959, N.Petrilovitsch, 1960). Для них характерно непостоянство в побуждениях и стремлениях в сочетании с неспособностью к целеустремленной деятельности. С детского возраста они игнорируют запреты, порядок и требования дисциплины, отличаются несерьезностью и ненадежностью в учебе и выполнении поручений, внушаемостью, податливостью дурному влиянию и отвлекаемостью. Будучи взрослыми, часто ведут легкомысленный образ жизни, вступают в беспорядочные половые связи, легко вовлекаются в пьянство, употребляют наркотики. Это слабовольные, ненадежные и безответственные субъекты.

Психопатии полиморфные (мозаичные), типы парциального дисгармоничного психического инфантилизма и другие – это смешанные варианты расстройства личности, не поддающиеся четкой квалификации. В диагностической практике часто наблюдаются такие психопатии с оформленной типичностью проявлений, с преобладанием возбудимости или тормозимости. Наличие большого числа случаев полиморфных психопатий можно, по-видимому, в какой-то мере объяснить развитием биогенного и преимущественно социогенного патоморфоза клинической картины типичных вариантов психопатий.

Ранее большое внимание уделяли таким аномалиям поведения, как суицидомания, дромомания (бродяжничество), пиромания (импульсивное вление к поджогам) и клептомания (импульсивное воровство), считая их самостоятельными психопатологическими феноменами. Однако в действительности они вряд ли существуют в таком понимании. Уходы из дома, бродяжничество, поджоги, кражи, суицидальные и другие аномальные поступки имеют вполне реальную мотивацию, конкретную ситуационную и психопатологическую обусловленность и входят в индивидуальную структуру психологической или разной по генезу психопатологической характеристики личности. Они наблюдаются у психически здоровых и психически больных лиц, у страдающих олигофренией, психопатией, а также при приобретенном органическом и моральном дефекте, алкогольном опьянении и т.д., то есть совершаются в результате разных мотивов и механизмов. Поэтому представляется необоснованной и неоправданной психиатрическая диагностика этих «маний» и «перверзий» как самостоятельных психопатологических проявлений. В абсолютном большинстве случаев они представляются как частные поведенческие характеристики в

рамках нозологической диагностики. Соответственно, наказуемость и ответственность в таких случаях должны определяться нозологическим диагнозом.

Следует отметить, что в этом плане не являются исключением и половые извращения. Как психопатологические феномены они обычно наблюдаются при психозах и психопатологических состояниях, но часто имеют вторичный, ситуационный генез. Истинные, первичные, сексуальные извращения, когда нормальное половое влечение отсутствует, по-видимому, бывают очень редко. В большинстве случаев их следует рассматривать как симптоматическое проявление – как один из признаков моральной неустойчивости и незрелости, дисгармоничности личности или ее расстройства в сексуальной сфере.

К половым извращениям и нарушениям отнесены такие формы сексуального поведения, которые не отвечают принятым биологическим и социальным целям, направлены на лиц своего же пола или осуществляются противоестественным способом в условиях, не препятствующих нормальному удовлетворению сексуальной потребности. Классифицировать их рекомендовано по основной психической болезни, но предусмотрено и выделение в качестве отдельных диагностических форм для дифференцированного учета. В большинстве таких случаев сексуальное извращение наблюдается на фоне психопатической структуры или задержки умственного развития. Полное подчинение поведения извращенному сексуальному инстинкту отмечается лишь в случаях отсутствия или извращения дифференцировки сексуального чувства и влечения в сочетании с интеллектуальным недоразвитием и отсутствием критики.

В соответствии с официальными классификациями и описаниями к половым нарушениям и извращениям относят онанизм, гомосексуализм (лесбиянство и педерастию), скотоложство (содомию), педофилию, эксгибиционизм, трансвестизм, транссексуализм, фетишизм, мазохизм, садизм и др. Описание упомянутых, наиболее часто встречающихся форм извращений свидетельствует о том, что в большинстве своем они бывают приобретенными – ситуационными, вторичными, то есть, по существу, отражают искажение социально-психологической характеристики личности (преимущественно в сексуально-поведенческом плане), и лишь небольшое количество их (транссексуализм, трансвестизм и некоторые случаи гомосексуализма) обусловлено врожденными биологическими факторами – задержкой соматопсихической половой дифференциации. В отношении последней группы допустимо применение ранее употребляющегося термина

«сексуальная психопатия», или «перверзная психопатия». Распространение остальных сексуальных извращений в значительной степени определяется мерой социальной терпимости и наказуемости, особенно если это касается здоровых лиц и психопатических субъектов.

Клинику психопатий принято рассматривать с позицией ее статики и динамики. П.Г.Ганушкин (1933,1964) обращал внимание на возможность изменения (утяжеления) клинической симптоматики психопатий в период возрастных кризов (подростково-юношеского и климактерического), под влиянием других конституционных факторов (спонтанных, аутохтонных фаз и эпизодов), соматических заболеваний (соматогенных реакций) и психических воздействий (психогенных реакций – шока, собственно реакций и развития). Конституциональные, соматогенные и психогенные факторы, так же, как фазы и реакции, автор рассматривал их в единстве.

В настоящее время доказано, что у психопатической личности могут быть состояния компенсации и декомпенсации в виде психопатических реакций различной продолжительности (аутохтонных, соматогенных и психогенных обострений психопатической соматики), ситуационные и невротические реакции, реактивные и другие психозы. Так, симптоматика истинных психопатических реакций отражает основные психопатические черты,ственные данному типу, затем черты – свойственные всем или большинству психопатических личностей, что зависит от степени декомпенсации.

Таким образом, в клинической картине психопатических реакций могут наблюдаться специфические и неспецифические (присущие всем типам психопатии) симптомы в различных сочетаниях. Кроме того, в ней обычно находит отражение декомпенсирующий фактор (психическая травма, соматическое заболевание и др.) в виде психогенных наслоений, ситуационной оппозиционности, симптомов соматогенной астении и т.п.

Психогенную непсихотическую декомпенсацию психопатии обычно обозначают как ситуационную или невротическую реакцию (в зависимости от собственной симптоматики). Эти реакции у психопатических личностей проявляются сочетанием обострения психопатических черт с ситуационно обусловленным поведением или невротическими симптомами. В таких случаях диагноз, например, психопатии истерического типа с ситуационной или невротической реакцией либо ситуационной или невротической реакции у психопатической личности, зависит обычно от преобладания тех или иных симптомов. Однако следует учитывать, что в длительной психотравмирующей ситуации такие реакции могут приобретать устойчивый характер, становиться неотъемлемой составной частью всей клинической картины психопатии. Придавая ей новые признаки или внешнюю форму другого типа психопатии (чаще возбудимого или паранойяльного).

Вызывает сомнения целесообразность выделения психотического варианта декомпенсации психопатии (П.Б.Ганушкин, 1933; Н.И.Фелинская, Ю.К.Чибисов, 1975; А.Б.Самулович, 1983). При этом авторы имеют в виду психогенную, соматогенную, экзогенную и эндогенную декомпенсацию. Однако если речь идет о психозах, возникающих в результате воздействия упомянутых факторов, то и трактовать их следует в соответствующем нозологическом ключе (как психогенные, соматогенные и другие психозы).

Выделение психотической декомпенсации психопатии нецелесообразно не только из теоретических, но и из практических соображений, особенно когда оно касается судебно-психиатрической экспертизы, так как в этом случае происходят как бы поглощение психопатией многих психических заболеваний и создаются предпосылки для размытия критериев вменяемости при психопатии. Нечеткость определения таких психопатических состояний, как «патологическая реакция», «глубокая личностная патология психопатической личности», «выраженное нарушение социальной адаптации», с утверждением при этом невменяемости фактически ведет к снижению социальной требовательности к поведению психопатических лиц, к формированию у них безответственности. Реакции и состояния типа невротических и психотических, в результате различных внутренних и внешних воздействий, вряд ли следует относить к динамике психопатий, поскольку для них есть своя самостоятельная диагностика в границах определенных нозологических групп (острые реакции на стресс, адаптационные реакции, неврозы, реактивные и соматогенные психозы, шизофrenия и др.), тем более что важнейшим условием их возникновения является наличие врожденной или приобретенной предрасположенности, в том числе психопатического развития личности. Фактически даже реакция на ситуацию, например, в условиях повседневной жизни, наблюдается лишь у ослабленных, предрасположенных к этому лиц, то есть имеющих функциональную или органическую неполноценность центральной нервной системы, психопатические особенности личности и т.п. Не случайно некоторые зарубежные исследователи подвергают сомнению существование «чистых» неврозов, а именно: неврозов без предшествующей психопатической и другой основы – и не усматривают четкой границы между неврозами и психопатиями. Соответственно, диагноз психопатии, или какого-либо болезненного состояния у психопатической личности нередко является диагнозом выбора, и в этом нет противоречия, так как это есть отражение тесного взаимодействия эндогенных и экзогенных факторов в указанных видах психической патологии. Психопатия как показатель неполноценного развития мозга и личности часто выступает в качестве фактора риска, облегчающего возникновение различных вариантов психопатологических состояний, в том числе и психотических.

Литература:

1. Богдан М.Н. / Журнал. неврол. и психиатр. – 1998. – Т. 98, № 1
2. Буторина Н.Е. Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. – М., 1987
3. Военная психиатрия Под ред. С.В.Литвинцева, В.М.Шамрея. – СПб, 2001
4. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. – М., 1982. – Т.1
5. Исаев Д.Н. Подростковая медицина: Руководство СПб, 1999
6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983
7. Райс Ф. Психология юношеского и подросткового возраста. – СПб, 2000
8. Кондратьев Ф.В. Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М., 1985.
9. Котов В.П., Мальцева М.М. Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1993
10. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика). – М., 1995
11. Шостакович Б.В. Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных – М., 1987
12. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. – К., 1989

АНАЛИЗ СУИЦИДОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. УСТЬ-КАМЕНОГОРСКА И ВКО

Н.А.Черепанова, Т.Ж.Насырова, Г.М.Мукашева, Б.Ф.Заикин

В соответствии с современными взглядами, утвердившимися в области суицидологии, самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов. Согласно этой теории, суицид представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации, причем суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью интерперсональных связей. В условиях предрасположенности дезадаптации происходит социально-психологическая дезадаптация личности, что проявляется в нарушениях поведения и различных психоэмоциональных сдвигах. При переходе предрасположенности фазы дезадаптации в суицидальную решающее значение имеет конфликт, который понимают как сосуществование двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одна из которых составляет актуальную для личности потребность, другая – преграду на пути её удовлетворения.

Суицидогенный конфликт может быть вызван реальными причинами (у здоровых лиц), заключаться в дисгармоничной структуре личности или иметь психотический генез. Независимо от характера причин, конфликт всегда имеет для субъекта черты реального и поэтому сопровождается тягостными переживаниями. Конфликтная ситуация, кроме того, подвергается личностной переработке,

в процессе которой изыскивается способ разрешения конфликта. При неразрешимости конфликта обычными, приемлемыми, известными способами избирается суицид.

Истинные суицидальные проявления возникают обычно при постепенном развитии депрессии с характерным для неё астеноневротическим этапом. Отказ от попыток разрешения конфликтной ситуации обычно совпадает с развитием более или менее выраженной симптоматики и сопровождается формированием суицидальных мыслей. Суицидальные попытки отделены от начала заболевания сравнительно продолжительным сроком (иногда до нескольких недель). Подготовка к самоубийству осуществляется почти всегда незаметно, хотя, непосредственно, после принятия решения часто наблюдаются «суицидальные жесты» - высказывания и поступки, косвенно свидетельствующие о суицидальных намерениях.

Демонстративно-шантажные суицидальные действия возникают чаще вслед за непосредственным воздействием острой или подострой психической травмы и, совершаются по типу протesta, мести и призыва. Они имеют конкретного адресата и направлены на изменение ситуации в благоприятную для суицидента сторону. Депрессивная симптоматика, развивающаяся, как правило, после суицидальной попытки, редко достигает степени психотической, часто сопровождается невротическими

наслоениями, легко варьирует под влиянием ситуационных обстоятельств и непродолжительна. Наибольший риск появления суицидального поведения отмечается на начальных этапах заболевания, в дальнейшем вероятность самоубийств уменьшается, но сами суицидальные действия могут приобретать более опасный характер.

Сравнительная таблица законченных суицидов среди городских и сельских жителей, в зависимости от возраста, за 2001 год по данным Областного статистического управления ВКО

Возраст	Город			Село		
	Всего	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины
5-9				1	1	
10-14	6	5	1	9	8	1
15-19	19	18	1	24	18	6
20-24	44	34	10	39	35	4
25-29	50	46	4	41	39	2
30-34	41	34	7	26	24	2
35-39	37	30	7	40	35	5
40-44	55	48	7	26	22	4
45-49	49	44	5	31	26	5
50-54	52	44	8	19	18	1
55-59	10	8	2	15	11	4
60-64	31	28	3	15	13	2
65-69	15	13	2	12	9	3
70-74	16	13	3	6	6	-
75-79	10	7	3	1	1	-
80-84	3	3	-	1	1	-
85 и старше	4	2	2	1	-	1
70 и старше	33	25	8	9	8	1
Не указано	5	5	-	-	-	-
Всего	447	382	65	307	267	40
Трудовой возраст	374	324	50	268	238	30
По врач. св.	412	352	60	223	196	27
В алкогольном опьянении	2	-	2	4	4	-

Пик суицидов среди городского населения приходится на 25-29 лет, начиная с 20-24 лет, и снижается к 35-39 годам, повторный пик с возраста 40-44 лет и держится приблизительно на одном уровне до 50-54 лет, затем резко падает. Второй пик совпадает с гормональной перестройкой организма.

Среди сельских жителей пик суицидов приходится тоже на 25-29 лет и уменьшается в 30-34 года. Второй подъем в 35-39 лет и снижается к 50-54 годам.

Первый пик суицидов одинаков, как в городе, так и в сельской местности, но в последующем ответствия не прослеживаются.

Мужчины преобладают по всем возрастным группам и составляют всего 86% от всех законченных суицидов. 85% составляют лица трудоспособного возраста, возможно, это следствие безработицы. Дети в возрасте до 14 лет составляют – 1,9%, подростки – 5,7%, лица пенсионного возраста

По данным ВОЗ, самоубийство входит в число 5-10 наиболее распространенных причин смерти в Европе, США и Японии. Причем с начала 80-х годов число самоубийств в этих странах растет.

Представляем анализ причин смертности от суицида по ВКО по данным Областного статистического управления.

(старше 60) – 15,25%. 59,28% среди суицидентов – городские жители.

Женщины составили 14,5% от общего количества городских суицидентов и 13,5% от общего количества сельских суицидентов. Разница незначительная, несмотря на различие уклада жизни, темпа, уровня, вида деятельности, между селом и городом, видимо, причины суицидов общие и зависят от других параметров. Таким образом, мужчины в 6 раз чаще умирали от суицида.

0,7% - суициды совершены в алкогольном опьянении.

Каждый 6-ой завершенный суицид в области приходится на г. Усть-Каменогорск. Показатели остаются стабильными, несмотря на незначительное снижение от 0,79% до 0,64%, что может свидетельствовать о качестве оказываемой медицинской помощи, но не о снижении суицидогенной настроенности населения.

Сравнительная таблица законченных суицидов по годам среди общего количества умерших среди жителей г. Усть-Каменогорска

	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Кол-во населения города на начало года	1532,5	1518,8	1504,3
Всего умерших	18282	18626	18206
Из них: суициды по городу	141	128	118
Всего суицидов по ВКО	723	823	754
% от общего кол-ва умерших по городу	0,79%	0,68%	0,64%
% от общего кол-ва умерших по области от суицидов	19,5%	15,5%	15,6%

Нами проведен анализ незаконченных суицидов на базе первой городской больницы г. Усть-Каменогорска с определенной долей условности. Все известные случаи суицидального риска были

разделены на социально-демографические, природные медицинские и индивидуальные. Были рассмотрены 34 истории болезни, на основании которых удалось сделать следующий анализ.

Сравнительная таблица характера видов суицида по возрасту и полу в группе незаконченных суицидов

Вид суицида	Мужчины (лет)				Женщины (лет)				Всего
	15-20	21-30	31-40	св. 40	15-20	21-30	31-40	св. 40	
Удушение	1	1	1			1			4
Отравление	2	6	2	2	2	7	4	3	28
Вскрытие вен							1		1
Утопление	1								1
Всего	4	7	3	2	2	8	5	3	34

Установлено, что женщины совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины; однако у мужчин суицид носит совершенно другой характер.

На отравленных приходится 82%: среди них барбитуратами – 2 человека, димедролом – 1, кофеином – 3, уксусом – 1, остальные – неизвестными медикаментами, чаще набором разных лекарств. У женщин суициды больше через отравление, а у мужчин в 3 раза чаще через повешение.

Следующим социально-демографическим фактором суицидального риска является возраст. Возраст 20-30 лет является периодом жизни, в котором наблюдается наибольшее число суицидальных попыток. Очевидно, это связано с предъявлением именно в этом возрасте наиболее высоких требований к адаптационным механизмам личности.

По возрасту на 15-20 лет приходится – 17,6%,
на 21-30 лет приходится – 46%,
на 31-40 лет приходится – 22,7%,
свыше 40 лет – 14,8% суицидов.

Наиболее часто суицидогенными оказываются психические травмы, затрагивающие сферу семейных отношений (разрыв значимых связей с лицом противоположного пола, развод или реальная угроза развода). Характер суицидальных проявлений в значительной мере зависит от остроты психической травмы, темпа формирования депрессивной симптоматики и её выраженности.

Из них 3 человека составляют подростки в возрасте до 18 лет. Пик суицидов, как среди мужчин, так и женщин приходится на 21-30 летний возраст.

Семейное положение и, особенно, характер внутрисемейных отношений также оказывают влияние на суицидальный риск. Состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные.

13 человек, семейные люди – составляют 37%. Остальные разведенные, одинокие – 63%.

Таким образом, семейный уклад жизни, является одним из факторов, препятствующих суициду.

Алкогольное опьянение может явиться непосредственной причиной суицидального поведения и привести к, так называемому, импульсивному или безмотивному самоубийству. Такими суицидоопасными формами алкогольного опьянения являются, в первую очередь: ажитированно-депрессивный, дисфорический и эксплозивный варианты простого алкогольного опьянения.

В алкогольном опьянении было 16 человек с суицидами, что составляет – 48% случаев, из них мужчин – 12, женщин – 4, таким образом, алкоголь растормаживает пациентов, подстегивает их к действию, а поэтому актуальны мероприятия по здоровому образу жизни.

Из обследованных больных 2 человека были инвалидами II группы (эпилепсия и шизофрения), 2 человека – врачи, 13 человек не работали, что

составило – 38,6%. Возможно для этой категории реальное трудоустройство предотвратило бы суицид. 4 человека – учащиеся, 1 – военнослужащий, 16 человек работали – 48%.

Суициды провоцировались конфликтами. 4 человека после ссоры с родителями или на работе – 11,7%.

Таким образом, необходимо уделять большое внимание на профилактику межличностных конфликтов в семье, коллективах.

Из обследованных больных 1 человек совершил суицид в психотическом состоянии.

Таким образом, необходима антисуицидальная служба, которая включает функциональные подразделения: кабинет суицидолога, кабинет социально-психологической помощи, кризисный стационар и телефон доверия, интегрирует усилия медиков, психологов, юристов и педагогов.

Значительную помощь в своевременном распознавании суицидального риска и предотвращении самоубийств могут оказать врачи общемедицинской сети: онкологи, дерматовенерологи, травматологи,

терапевты и др. Задача сводится к оценке внутренней картины болезни. В реализации этой задачи большую помощь оказывают психологи и психотерапевты.

В современных условиях назрела необходимость создания действенной социальной службы населению, а именно: реальное трудоустройство с достойной оплатой, с решением жилищно-бытовых условий. Ежегодно государство теряет тысячи людей трудоспособного возраста, которые могли бы своей деятельностью способствовать процветанию республики. Таким образом, проблема суицидов выходит за рамки чисто медицинской проблемы и является социально-политической.

Необходимо сотрудничество не только работников здравоохранения, но и новые программы в рамках Министерства социальной защиты населения. Только тесное сотрудничество заинтересованных сторон позволит снизить суицидогенную напряженность не только по г. Усть-Каменогорску, ВКО, но и по всей республике.

График 1

Сравнительная таблица законченных суицидов среди городских жителей

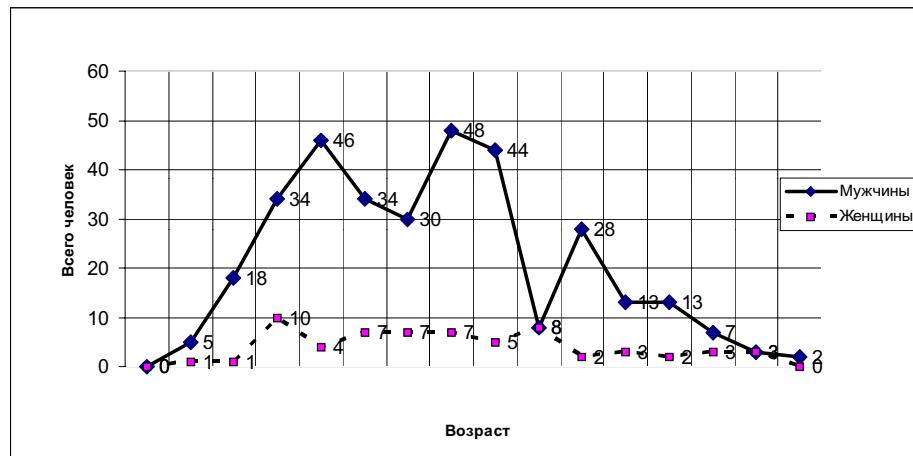
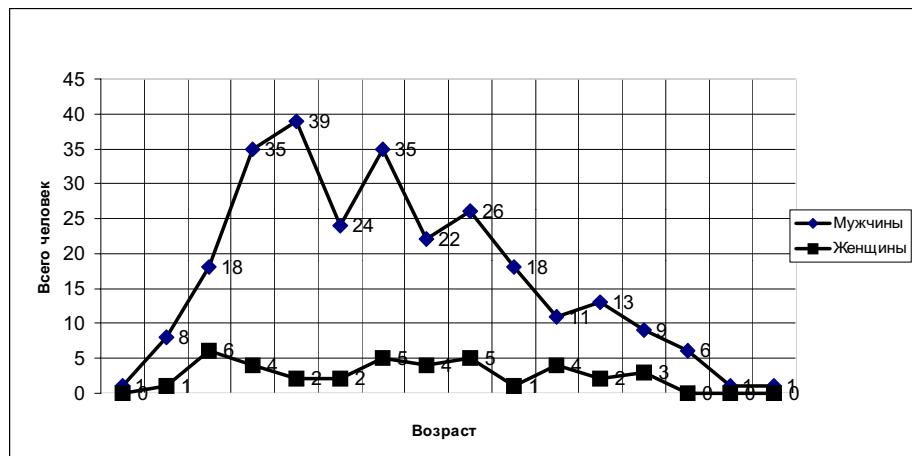


График 2

Сравнительная таблица законченных суицидов среди сельских жителей



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТАНДАРТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

Г.Х.Айбасова, А.Л.Катков

В соответствие с разработанной нами концепцией, действующим организационным стандартом психологической помощи в системе здравоохранения является утвержденный нормативный документ – приказ МЗ РК № 321 от 2 июля 1992 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения», в котором предписывается структура, штатная обеспеченность и основные технологии деятельности психологической службы системы здравоохранения РК.

1. Макроструктура документа

Анализируемый документ представлен тремя основными разделами. В первом разделе является мотивировочной частью, и рассматривает актуальность психологической службы. Второй раздел документа представлен директивами по расширению сети психологических кабинетов в специализированных учреждениях и общелечебной сети здравоохранения РК. В третьей части утверждаются основные положения приказа, касающиеся структуры, технологий, штатной и, отчасти, ресурсной (материально-финансовой) обеспеченности психологической службы. Стандарт структуры психологической службы системы здравоохранения РК представлен следующими положениями:

- положением о медико-психологическом кабинете (приложение № 2);
- положением о медицинском психологе психиатрического (психоневрологического) стационара и психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) (приложение № 3);
- положением о медицинском психологе наркологического учреждения (приложение № 4);
- положением о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5).

Стандарт основных технологий, предписываемых психологической службе, утверждается в следующих положениях:

- положение о медицинском психологе (приложение № 1);
- положение о медицинском психологе психиатрического (психоневрологического) стационара и психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) (приложение № 3);
- положение о медицинском психологе наркологического учреждения (приложение № 4);
- положение о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5).

Стандарты кадровой спецификации и штатной обеспеченности утверждаются в следующих положениях:

- положение о медицинском психологе (приложение № 1);
- положение о медицинском психологе психиатрического (психоневрологического) стационара и психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) (приложение № 3);
- положение о медицинском психологе наркологического учреждения (приложение № 4);
- положение о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5);
- штатные должности медицинских психологов и нормативов обслуживания для оказания медико-психологической помощи в учреждениях здравоохранения (приложение № 7).

Стандарт материально-технической и финансовой обеспеченности психологической службы частично представлен в следующих положениях:

- положение о медико-психологическом кабинете (приложение № 2);
- положение о медико-психологическом кабинете и медицинском психологе соматического учреждения здравоохранения (приложение № 5);
- примерный перечень оборудования кабинета медицинского психолога в психиатрических, наркологических и соматических учреждениях (приложение № 6);
- штатные должности медицинских психологов и нормативов обслуживания для оказания медико-психологической помощи в учреждениях здравоохранения (приложение № 7).

Таким образом, в анализируемом приказе, в основном, представлены все компоненты организационного стандарта (структурный, технологический, кадровый, ресурсный). Однако, достаточной настоящую макроструктуру документа следует считать лишь в совокупности с утвержденным стандартом услуг, квалификационным и образовательным стандартом, отсутствующим в анализируемом документе. Следовательно, экспертная оценка, выносимая по данному параметру, устанавливает *неполное соответствие макроструктуры анализируемого документа эталонным требованиям*.

2. Анализ нормативно-предписываемой структуры психологической помощи

Общая структура психологической помощи, устанавливаемая соответствующими положениями приказа № 321 представлена:

- медико-психологическими кабинетами (лабораториями) в психиатрических учреждениях;
- медико-психологическими кабинетами (лабораториями) в наркологических учреждениях;
- медико-психологическими кабинетами в соматических учреждениях здравоохранения.

Таким образом, медико-психологическая помощь представлена как в специализированных учреждениях здравоохранения, так и в общей лечебной сети. Данный вид помощи предусматривает охват как амбулаторного, так и стационарного звена на соответствующих службах.

В анализируемом приказе отсутствует возрастная дифференциация медико-психологической службы, а также дифференциация по специфическим задачам, выполняемым в системе психологической помощи населению.

Кроме того, в данном приказе медико-психологическая помощь не предполагает организации самостоятельных консультативных кабинетов (консультаций) для первичного приема населения с целью медико-психологического консультирования. Таким образом, профессиональный диапазон специалистов-психологов ограничивается прикладными клиническими проблемами, оставляя вне поля основной деятельности психологические проблемы населения. С учетом сказанного, экспертная оценка стандарта структуры медико-психологической помощи показывает *средний уровень соответствия современным требованиям*.

3. Анализ нормативно-предписываемых базисных технологий, реализуемых в системе медико-психологической помощи населению

В рассматриваемом приказе технологический блок представлен лишь перечнем диагностических, коррекционных, профилактических и организационных задач, которые должны решаться на уровне медико-психологического кабинета. В тексте приказа не упоминается информационные, научно-исследовательские технологии, являющиеся основным потенциалом развития профессии. Диагностические и коррекционные технологии лишь обозначены (стандарт услуг данного профиля отсутствует). Образовательные технологии упоминаются в п.п.2 и 3 приказа в части поручений по подготовке предложения в Министерство образования Республики Казахстан о подготовке медицинских психологов для использования их в лечебно-профилактических учреждениях, а также в части решения вопроса о проведении циклов по переподготовке и повышению квалификации медицинских психологов. Однако, как уже было сказано, отсутствует утвержденный квалификационный и образовательный стандарты. С учетом сказанного, общая оценка технологического стандарта в системе организационного стандарта медико-психологической службы показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

4. Анализ нормативно-предписываемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности медико-психологической службы

Анализ приказа МЗ РК № 321 от 2 июля 1992 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию службы в системе здравоохранения» показывает наличие следующей, нормативно-утверждаемой кадровой спецификации и штатной обеспеченности медицинскими психологами.

Схема 1

Кадровая спецификация и штатная обеспеченность медико-психологической службы МЗ РК

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
1	Психологический персонал		
1.1	Психологический персонал психиатрических учреждений	Психолог общепсихиатрического отделения	1 должность на 60 коек
		Психолог судебно-психиатрических, экспертных, детских, подростковых, реабилитационных, пограничных, психосоматических отделений	1 должность на 30 коек
		Психолог амбулаторной судебно-психиатрической комиссии	1 должность на 300 амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, но не менее 1 должности на комиссию
		Психолог лечебно-производственных (трудовых мастерских)	1 должность на 150 работающих больных
1.2.	Психологический персонал наркологических учреждений	Психолог наркологического отделения	1 должность на 60 коек
		Психолог наркологического диспансера (диспансерного отделения)	1 должность на 5 должностей врачей наркологов наркологических диспансеров (диспансерных отделений)

№	Категория персонала	Спецификация персонала	Штатные нормативы
1.3.	Психологический персонал общей лечебной сети	Психолог неврологических и нейрохирургических отделений	1 должность на 60 коек в неврологических и нейрохирургических отделениях
		Психолог специализированных санаториев для реабилитации больных, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения и операции на головном мозге	1 должность на 200 коек 1 должность на 5,0 должностей врачей, занятых на амбулаторном приеме в отделениях восстановительного лечения и реабилитации больных нейрохирургического профиля
1.4.	Средний медицинский персонал психиатрических наркологических учреждений	Медицинская сестра социальной помощи	1 должность соответственно должности психолога
		Лаборант медико-психологического кабинета	0,25 должности на 1 должность психолога

На схеме 1 приведена спецификация и штатные нормативы медико-психологической службы, нормативно-предписываемые анализируемым приказом МЗ РК № 321. Следует отметить отсутствие в спецификации психологического профиля сектора первичного консультирования населения в связи с имеющимися психологическими проблемами, достаточную дифференциацию по возрастному и нозологическому сектору, представленность психологической службы на амбулаторном, стационарном уровнях, дневном стационаре и ЛТМ. В то же время штатная обеспеченность психологическими кадрами, регламентируемая анализируемым приказом, ориентирована на выполнение диагностической функции и делает проблемным выполнение коррекционной работы с пациентами психиатрического, наркологического и общесоматического профилей. С тем, чтобы эти последние, чрезвычайно важные функции выполнялись, необходимо, как минимум, вдвое увеличить штатную численность психологического персонала. А также предусмотреть открытие сети психологических консультаций для населения с психологическими проблемами. Все сказанное касается и среднего медицинского персонала (медицинских сестер социальной помощи и лаборантов медико-психологических кабинетов).

Общая экспертная оценка, выносимая по данному параметру, показывает *низкий уровень соответствия стандартов кадровой спецификации и штатной обеспеченности в системе медико-психологической помощи населению современным требованиям*.

В основном, данная низкая оценка обусловлена издержками штатного расписания.

5. Анализ нормативно-предписываемой ресурсной (материально-технической и финансовой) обеспеченности медико-психологической службы МЗ РК

В анализируемом приказе данный раздел сводится к перечню оборудования медико-психологических

кабинетов, утверждаемому в приложении № 6 приказа. Отсутствуют нормативы финансовой обеспеченности деятельности медико-психологического кабинета (лабораторий). По тексту приказа можно судить лишь о затратах, связанных с оплатой труда персонала. В анализируемом документе отсутствует раздел, утверждающий медико-экономические стандарты медико-психологической помощи. Соответственно, экспертная оценка нормативно-предписываемой ресурсной обеспеченности медико-психологической службы показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

Интегративная экспертная оценка организационного стандарта в сфере деятельности медико-психологической службы учитывает:

- оценку макроструктуры базисного приказа (неполное соответствие эталонным требованиям);
- оценку стандарта структуры медико-психологической помощи (низкий уровень соответствия эталонным требованиям);
- оценку стандарта технологий, предусматриваемых медико-психологической службой (низкий уровень соответствия эталонным требованиям);
- оценку стандарта кадровой спецификации и штатной обеспеченности (низкий уровень соответствия современным требованиям);
- оценку стандарта материально-технической и финансовой обеспеченности медико-психологической службы РК (низкий уровень соответствия современным требованиям).

Интегративная оценка организационного стандарта медико-психологической службы в системе здравоохранения РК показывает *низкий уровень соответствия современным требованиям*.

Следовательно, существует необходимость в разработке современного организационного стандарта оказания медико-психологической помощи населению Республики Казахстан в соответствие с современными требованиями.

Литература:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 321 от 2 июля 1992 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения»

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ЛИЧНОСТИ: СУЩНОСТЬ, СТРУКТУРА И КРИТЕРИИ ПРОЯВЛЕНИЯ

А.Г.Маджуга, Л.Г.Маджуга, С.В.Ткаченко

Известно, что каждый человек представляет собой определенную культуру, поскольку является носителем тех ценностей, в среде которых он сформировался. Под индивидуальной культурой понимается свойственное только человеку отношение к самому себе, сумма знаний, нравственных начал и поведения личности. Образовательная среда во многом определяет поведение и дальнейший образ жизни человека.

Исследователи по-разному представляют себе валеологическую культуру личности. Так, Вайнер Э.Н. характеризует ее как осознание человеком ценности здоровья в ряду жизненных приоритетов и определяющее его бережное отношение к здоровью своему и окружающих его людей. В.В.Колбанов говорит о валеологической культуре не только как о валеологической осведомленности, но и о динамическом стереотипе поведения, выработанном на основе истинных потребностей, способствующих здоровому образу жизни и определяющих бережное отношение к здоровью окружающих людей. С точки зрения волгоградских авторов (Л.И.Алешиной, С.Ю.Лебедченко, М.Ч.Марининой, Е.А.Шульгина) под валеологической культурой понимается интегративное личностное образование, обеспечивающее формирование, сохранение и укрепление здоровья при условии наличия обширных валеологических знаний, творческого осмысления принципов здорового образа жизни, раскрытия своих потенциальных способностей и возможностей.

Считается, что основной причиной деградации личности является недостаточная духовность, которая выражается в «ноогенном неврозе» (В.Франко «Человек в поисках смысла», 1990), т.к. ценности являются мощным фактором мотивации регуляции поведения личности, то и они должны являться объектом воспитания.

В этой связи к факторам, обеспечивающим формирование валеологической культуры личности, относятся:

Валеологическое мышление – мышление, имеющее креативную направленность в отношении собственного здоровья и здоровья окружающих людей. Формируется на основе мотивации здорового образа жизни и валеограмотности (Колбанов В.В.)

Валеогенный - порождающий, созидающий здоровье (Колбанов В.В.)

Валеоготовность – осознанная и действенная готовность человека к реализации принципов ЗОЖ.

Валеограмотность личности обусловлена таким пониманием понятий о сущности ЗОЖ, которая выражается моральной готовностью вести

ЗОЖ для формирования и сохранения здоровья, для достижения полной самореализации личности.

Валеосознание – система представлений, понятий личности о здоровье и ЗОЖ.

Валеологическая направленность личности – совокупность устойчивых мотивов и целей, ориентирующих деятельность человека по отношению к ЗОЖ и здоровью и являющихся относительно независимыми от складывающейся ситуации.

Валеологическая самокоррекция предусматривает выбор путей и средств, направленных на восстановление оптимального для данного индивида состояния и качества здоровья.

Валеологические понятия отражают свойства, связи и отношения предметов и явлений в сфере ЗОЖ.

Валеологические представления - образы предметов, явлений сложившиеся на основе предшествующего знания о ЗОЖ и здоровье.

Валеологический самоконтроль – проявление со знательной регуляции человека собственного поведения и деятельности с целью обеспечения целостного здоровья в соответствии с половозрастной нормой и особенностями индивидуальной конституции.

Валеомотив – побуждение к деятельности, связанное с удовлетворением потребности в формировании, сохранении и укреплении здоровья.

Валеомотивация – совокупность побуждений личности в сфере ЗОЖ, вызывающих ее активность в отношении собственного и общественного здоровья и определяющих ее направленность. Мотивация включает в себя способы и условия формирования мотивов.

Валеосознание выражение сознания человека, проявляющееся в осознании и переживании, системы его представлений, понятий, суждений о здоровье и ЗОЖ, а также соответствующих им социальных отношений и потребностей, мотивов деятельности, поведения в сфере охраны здоровья.

Социально-психологическая зрелость наиболее продолжительный период онтогенеза человека, характеризующийся достижением наивысшего развития, способностью к конструктивному решению различных задач и активному включению в производительную жизнь общества.

Становление ВК личности – переход возможностей валеологического воспитания и обучения на основании сформированного валеологического мышления в валеологическую готовность личности и далее - действовать – в действительность ее валеологического поведения и самореализации в бытовой и профессиональной валеологической деятельности во всех социальных средах.

Творческая самореализация – проявление характера человека в продуктивной активности и самостоятельности личности в разных формах индивидуального самовыражения в деятельности.

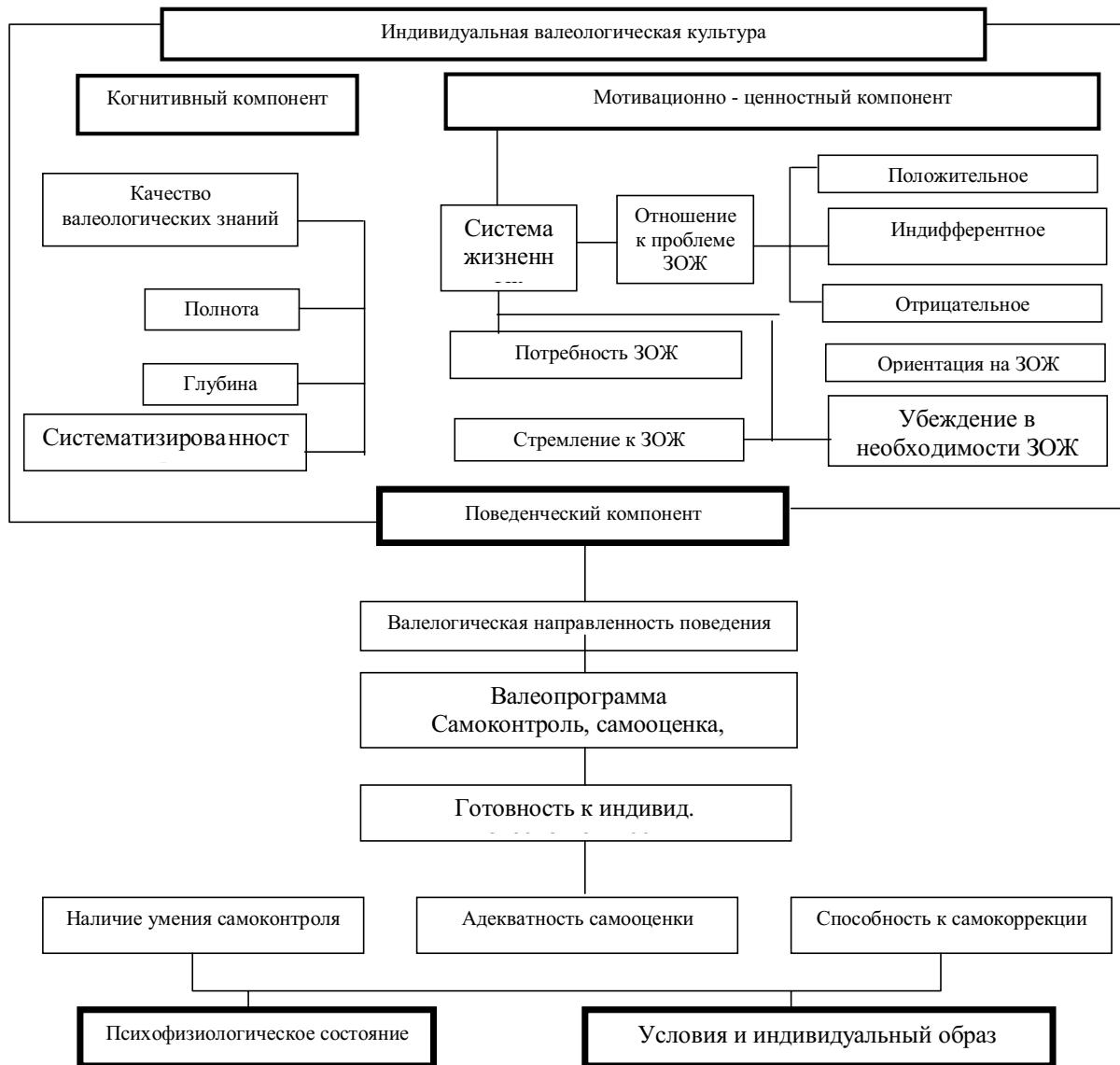
Формирование ВК личности – процесс и результат целенаправленного и организованного овладения личностью целостностью понятия «здравое»,

устойчивыми валеологическими чертами и качествами, необходимыми для успешной жизнедеятельности.

На схеме 1 и 2 представлены модели формирования индивидуальной валеологической культуры личности в контексте теории здравотворчества и психофизиологической концепции индивидуального здоровья.

Схема 1

Модель формирования индивидуальной валеологической культуры личности

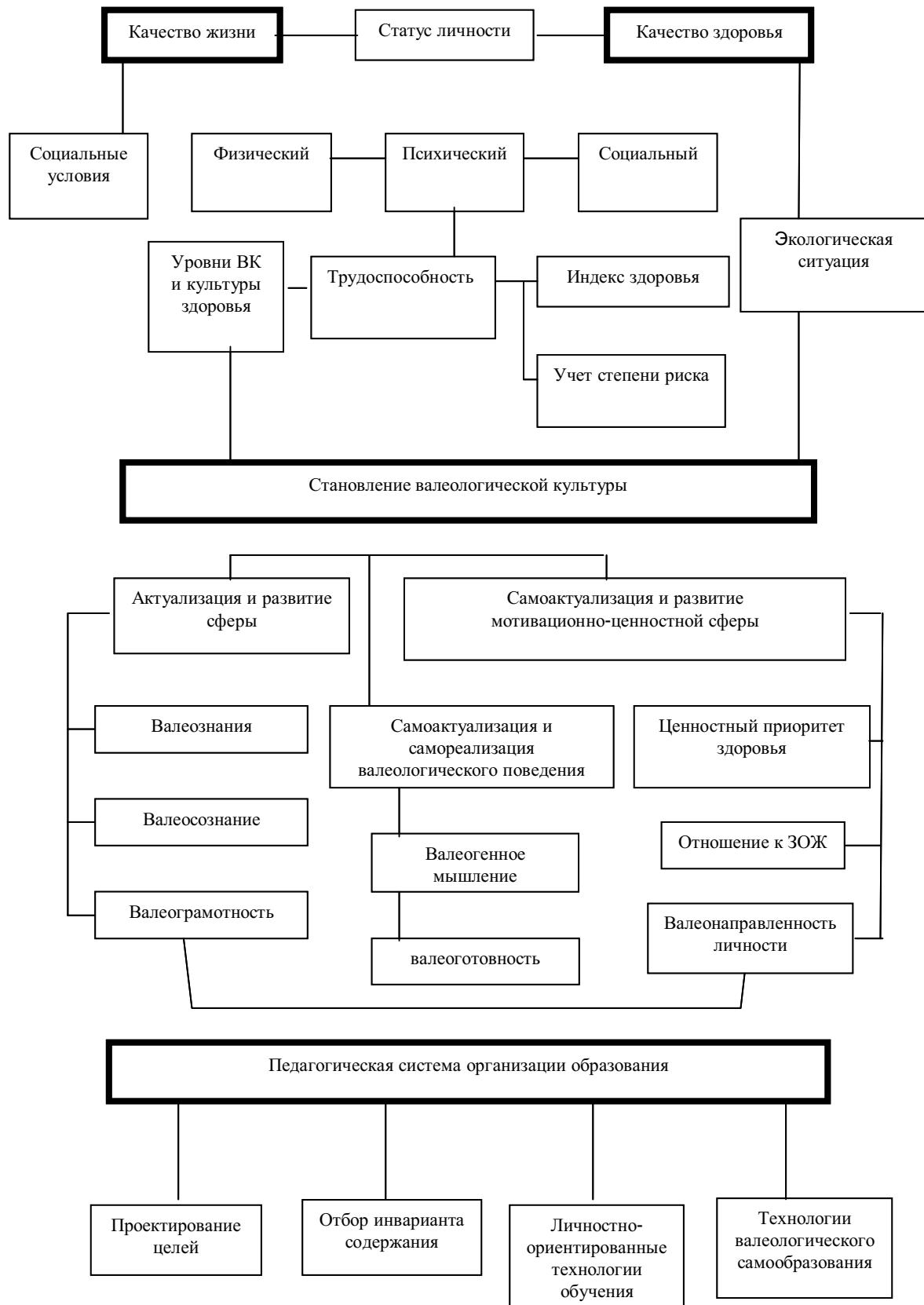


Анализ фонда и научной и специальной литературы позволяет нам сделать ряд выводов:

- Успешное достижение человеком сознательной активности и творческой самореализации возможно при условии максимального развития всех составляющих его здоровья, для чего необходимо создать систему непрерывного валеологического образования, соответствующей становлению

валеологической культуры личности (ВК). При этом уровень ВК, качество здоровья и жизни человека является взаимосвязанными и взаимозависимыми величинами.

- ВК личности можно определить как систему жизненных ценностей, опирающихся на знания о сущности здоровья и регулирующих поведение людей в жизнедеятельности. Мерой проявления

Факторы становления валиологической культуры личности

индивидуальной ВК может служить качество здоровья человека, характеризующееся уровнем его трудоспособности.

- Становление индивидуальной ВК включает единство трех сфер проявления личностной психической культуры: когнитивной, мотивационно-ценостной и поведенческой. Основными их критериями является качество знаний личности о сущности здоровья, ЗОЖ.

- Цель валеологической подготовки - становление ВК личности, выражающейся в валеологической компетенции специалиста, т.е. его способности и готовности реализовать полученные знания о сущности здоровья в профессиональной сфере.

- Основными направлениями педагогической деятельности по становлению ВК обучающихся должны стать: разработка единой системы скрининг-диагностики уровня ВК и качества здоровья обучающихся, уточнение инварианта содержания и методик преподавания различных дисциплин общеобразовательного цикла, создание оптимальных условий для успешного становления ВК личности.

- Задачами педагогической и самообразовательной деятельности по организации успешного процесса индивидуальной ВК является повышение ценностной мотивации здоровья и ЗОЖ, формирование валеолеограмматности, валеологического мышления и валеоготовности специалиста.

Литература:

1. Щедрина А.Г. Понятие индивидуального здоровья - центральная проблема валеологии. Новосибирск, 1996
2. Татарникова Л.Г. Педагогическая валеология. Генезис. Тенденции развития. - СПб.: бПА., 1998-120 с.
3. Троянский В.А. Здоровый образ жизни: философия и медико-биологические проблемы. - Кишинев, 1991
4. Имангалиев А.С. Валеология / Учебник. – Алматы, Республиканский издательский кабинет Казахской Академии образования им. Б.Алтынсарина, 1999-207с.
5. Дубровский В.И. Валеология. Здоровый образ жизни / Предисл В.Н.Мошков. - М.: Флинта, 1999. - 560.: ил.

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

АДЛЕРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ В МОСКВЕ (*Альфред Адлер и Российская ментальность*)

В канун 133-й годовщины со дня рождения (7 февраля) известного австрийского психоаналитика Альфреда Адлера, 6 февраля 2003 г., по инициативе Центра психоаналитических исследований творческого процесса под руководством проф. Б.Е.Егорова прошли первые в России Адлеровские чтения. Цели и задачи, которыеставил Центр психоаналитических исследований и кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования – привлечь внимание к личности и теоретическому наследию Альфреда Адлера и к особенностям отражения его идей в условиях современной России. В первых Адлеровских чтениях приняло участие 15 человек, представляющих широкий спектр современных психотерапевтов от признанных врачей и психологов до студентов медицинских и психологических институтов.

Вступительное слово произнес профессор Б.Е.Егоров:

Альфред Адлер (1870 – 1936), ученый, стоявший наряду с Зигмундом Фрейдом и Карлом Густавом Юнгом у истоков психоанализа, создал собственное, во многом оригинальное направление в психоанализе, назвав его «индивидуальной психологией». Альфред Адлер оставил после себя огромное творческое наследие. Однако сам Адлер говорил, что он более заинтересован в том, чтобы выжила его теория, чем в том, чтобы было известно его имя. Это его желание парадоксальным образом исполнилось. Идеи Адлера оказали значительное влияние на представления неофрейдистов, на гуманистическую психологию Роджерса, на представления когнитивистов, в частности, Альберта Эллиса. Много совпадений между идеями Адлера и экзистенциальной психологией. Однако большинство идей, высказанных в свое время Альфредом Адлером, используется без упоминания имени автора. Поэтому одна из задач проведения Адлеровских чтений – отдать дань уважения этому уникальному мыслителю и блестящему практику, напомнив о тех идеях и теоретических конструктах, автором которых он является.

Последний разговор между Адлером и Фрейдом, разделившими их до конца, состоялся в феврале 1911 года: с одобрения самого Фрейда в течение трёх заседаний венской психоаналитической группы, постоянные встречи которой проходили по средам, Адлер излагал своё учение, на четвёртом заседании началась дискуссия, а на пятом (22 февраля) – стычка. В июле 1911 года Адлер вместе со

своими (чаще всего социалистически ориентированными) приверженцами вышел из Венского психоаналитического общества, президентом которого он был с 12 ноября 1910 года по предложению Фрейда. Фрейд так вспоминал об этом в «Истории психоаналитического движения»: «У меня была хорошая возможность в течение многих лет изучать доктора Адлера, и я никогда не мог отказать ему в обладании выдающимся, и, прежде всего, теоретическим интеллектом». «Когда я заметил его незначительную одарённость для работы с бессознательным психическим материалом, я переместил мои ожидания по отношению к нему, думая, что ему удастся проложить связи от психоанализа к心理学 и к биологическому фундаменту тех процессов, которые связаны с жизнью влечений, чего вполне можно было от него ожидать, хотя бы учитывая его прежние исследования о неполноценности органов».

Особые отношения у психоаналитика Альфреда Адлера были с Россией. Идеи Альфреда Адлера, которого называли «прагматиком психоанализа», сразу же с интересом и большим вниманием были восприняты в начале 20-го века российскими учеными–медиками, интересовавшимися и практиковавшими клинический психоанализ в России. Отличительной чертой российского клинического психоанализа являлись: теория «ядра ущемленного аффекта», формирование комплекса неполноценности и преодоление этого комплекса неполноценности. Альфред Адлер был ближайшим теоретическим союзником российских психиатров и психотерапевтов. Его жена Раиса Тимофеевна (Эпштейн) Адлер, родом из России, активно сотрудничала с журналом «Психотерапия» 1910 – 1914 г.г. (редактор – издатель Н.А.Вырубов).

Именно практичность, прагматический подход, отказ от идей пансексуализма, выраженная социальная и гуманистическая направленность адлеровского психоанализа обеспечили ему широкое распространение на российской почве. Социально-психологический уклон в психоаналитической концепции А.Адлера оказал влияние на теоретические концепции неофрейдистов (Г.Салливан, К.Хорни, Фромм и др.); однако сама «индивидуальная психология», как действующая научная школа после 20-х годов, на которые пришелся пик ее известности и популярности, практически утратила свое прежнее влияние.

Тема первых Адлеровских чтений – «Альфред Адлер и Российская ментальность» - призвана

обратить внимание именно на соответствие идей психоаналитической концепции А.Адлера Российской культуральной среде. Необходимость на данном этапе обратить внимание именно на психоаналитическую модель Альфреда Адлера диктуется, в первую очередь, преемственностью и перспективностью использования данной модели в современных российских условиях. На сегодняшний день представления о концепциях Адлера в современной России являются недостаточными и неполными, что обедняет и сужает психотерапевтическую практику.

Эти и другие цели и задачи Адлеровских чтений сформулировал во вступительном слове президент Центра психоаналитических исследований творческого процесса проф. Б.Е.Егоров.

Программа первых Адлеровских чтений также включала несколько докладов и обмен мнениями по вопросам теории и практики психоанализа А.Адлера в современных условиях развития психоанализа в России.

Первый доклад (Г.Н.Тихомирова) был посвящен биографии Альфреда Адлера и тому вкладу, который он внес в современную науку. Особенности жизненного и научного пути, сложные взаимоотношения с

Зигмундом Фрейдом, основные концепции психоанализа Адлера и его перспективы в современных условиях.

Второй доклад (М.А.Лебедев) был посвящен анализу действительных и мнимых противоречий между классическими психоаналитическими представлениями Зигмунда Фрейда и некоторыми концепциями Альфреда Адлера, в частности, понятием «жизненного стиля».

В третьем докладе (С.А.Чернышова) рассматривалось одно из ключевых понятий психоанализа Адлера – понятие «мужского протеста», теоретические основы и практическое применение этого понятия в психотерапевтической работе.

В заключительном докладе проф. Егоров Б.Е. говорил о современной российской ментальности, и анализировались перспективы развития российского общества в свете научных идей А.Адлера.

Обсуждение докладов и свободный обмен мнениями касались применения концепций Альфреда Адлера в непосредственной психотерапевтической практике, а также перспектив развития клинического психоанализа в России. Мы надеемся, что Адлеровские чтения станут традиционным ежегодным обсуждением успехов психоанализа на Российской почве.

Профессор Б.Е.Егоров

АЛЬФРЕД АДЛЕР

Г.Н.Тихомирова

Альфред Адлер один из самых знаменитых Австрийских психоаналитиков, психологов и педагогов. Основоположник «индивидуальной психологии» – одного из самых известных направлений психоанализа. Классический представитель психодинамической психотерапии.

Альфред Адлер родился в Пенцинге, предместье Вены 7 февраля 1870 года в семье мелкого торговца. Изучал медицину в Венском университете, работал врачом. Еще в университете Адлера интересовало влияние социального окружения на психологический статус и жизнь его пациентов.

Основным событием, являющимся, по словам Адлера, поворотным пунктом в судьбе, стало знакомство с Зигмундом Фрейдом в 1902 году. Адлер пишет несколько статей в защиту психоанализа и вступает во Фрейдовский психоаналитический кружок. В 1907 году выходит первая крупная психоаналитическая работа «Исследование неполноценности органов», где Адлер описывает свои наблюдения над физической и психологической компенсацией органического дефекта, в которой делает выводы о том, что невозможность психологически адаптироваться к органическому дефекту влечет за

собой психические расстройства. Данная работа была очень высоко оценена Фрейдом. Однако уже в это время у них намечаются некоторые расхождения во взглядах.

А.Адлер постепенно отказывается от многих догматических взглядов теории Фрейда, таких как сексуальная обусловленность невротических расстройств и теория «Эдипова комплекса». В 1911 году Адлер порывает с Фрейдом, после выступления перед членами фрейдовского кружка с «Критикой фрейдовской теории сексуальности». В этом же году он основывает свою группу, которая называлась «Обществом свободного психоанализа», а в 1912 году переименована в «Общество индивидуальной психологии». Тем самым подчеркивалась независимость собственных взглядов Адлера и противопоставление индивидуальной психологии психоанализу З.Фрейда.

Наиболее тесные связи установились с врачами России, где в журнале «Психотерапия» появляется несколько его статей. Идеи Адлера нашли самый широкий отклик в кругах Российских врачей психотерапевтов, большинство его статей переводились и печатались практически сразу после

первой публикации. Плодотворное сотрудничество Адлера с Российскими психоаналитиками прервала первая мировая война, во время которой Адлер отправляется в качестве врача в австрийскую армию.

После окончания войны Адлер увлекается педагогикой. Основывает в Вене институт психопрофилактики, ведет консультационную работу, разрабатывает собственную систему воспитания. Одна из основных его работ «Лечение и воспитание», основанная на идеях индивидуальной психологии, говорит о необходимости раскрытия творческих способностей личности. Разработанные принципы педагогики, он старается раскрыть и реализовать, в клинической практике. Так как Адлер видел задачу психотерапии не только в том, что бы обнаружить, раскрыть и проинтерпретировать бессознательные проблемы и комплексы человека, но и использовать все педагогические и психотерапевтические методы, направленные на разъяснение и рациональную проработку, происхождения симптома и «инфантильности» жизненной позиции пациента.

В 1935 году в связи с нарастанием угрозы фашизма, Адлер переезжает в США, где читает лекции в Колумбийском университете, занимается клинической практикой и выступает с докладами по индивидуальной психологии. Умирает Альфред Адлер от сердечного приступа, во время поездки в шотландском городе Абердине в 1937 году.

Созданная Адлером теория индивидуальной психологии представляет собой систему психологических, медицинских, философских и педагогических взглядов. Одними из основных положений индивидуальной психологии являются постулаты о внутреннем стремлении человека к цели, «комплекс неполноценности» как основа болезненных переживаний, «стремление к власти», «бегство в болезнь». В отличие от Фрейда, Адлер рассматривает психологию человека, прежде всего, со стороны

общественных связей, взаимодействия личности и социума, считая, что социальное чувство в человеке является врожденным. Чувство принадлежности к группе, взаимодействие всех членов группы, внутригрупповые отношения, будь то семья, нация, психотерапия или любая другая группа людей, воспринимаются Адлером как способность личности к коммуникации, готовность проявить и оценить собственные чувства доброты, участия, понимания других и оценку способностей и своего места в жизни.

Именно Адлер сделал акцент на взаимоотношениях врача и пациента, привлекая внимание к роли личности врача в процессе психотерапии. Система психотерапии Альфреда Адлера изначально направлена на диалог между врачом и пациентом. Работа лицом к лицу, способствующая ощущению равенства и развитию дискуссий во время психотерапевтических сеансов, заинтересованность врача в изменении смысла и стиля жизни пациента, способствовали достаточно быстрому снятию болезненной симптоматики и приводили к способности самостоятельного решения личностных проблем. Психотерапевтические методы, впервые разработанные Адлером, являются одними из наиболее оптимальных для работы с различными группами пациентов и направлены не только на устранение невротических расстройств, но и на творческое, социальное и личностное развитие человека

Работы А.Адлера сыграли важную роль в развитии и становлении психологии и психоанализа, а также стали основой для дальнейшего развития теоретических и практических взглядов в различных областях психотерапии. На сегодняшний день, представление о концепции Адлера в современной России, является недостаточным и неполным, что обедняет и сужает мировоззрение в Российском клиническом психоанализе.

МУЖСКОЙ ПРОТЕСТ

С.А.Чернышова

В своих работах Альфред Адлер уделял очень большое внимание комплексу неполноценности. В отличие от нормального ощущения собственного несовершенства, в душе невротика существует целый комплекс убеждений и ощущений собственной неполноценности. По словам Адлера – это как «бессилие, которое нельзя ни преодолеть, ни обмануть». Одним из способов невротической компенсации комплекса неполноценности, по мнению Адлера, является мужской протест.

Он считал, что оценка и символизация многих явлений происходит через понятия женского и

мужского. Это идет из уклада общества, традиций и стереотипов. Традиционно к мужским проявлениям относится сила, активность, величие, знание, грубость, борьба. К женскому - противоположные качества, то есть слабость, неполноценность, пассивность, чувствительность, недалекий ум, доброта. Это усваивается еще в детстве на основе взаимоотношений в семье и в социальном окружении.

Борьба этих двух начал в тех критериях, которые описал Адлер, особенно характерна для определенных пациентов, и они реагируют на такое мучительное противоречие мужским протестом.

Человек может стремиться к достижению превосходства через отказ от всего женского, как от слабого и неполноценного и чрезмерного усиления мужской линии поведения. Он развивает в себе эгоизм, упрямство и стремление к триумфу в любых отношениях.

Он отметил два типа реакции, характерных для мужского протеста – борьба и бегство. То есть борьба за достижение превосходства любыми способами и бегство от ситуаций, в которых может возникнуть угроза потери ощущения власти. Это приводит порой к тому, что человек не принимает жизненно важных решений, и стремится избежать таких ситуаций, чтобы сохранить мнимое фиктивное превосходство.

Аналогичный процесс описывался Фрейдом как страх кастрации у мальчиков и зависть к пенису у девочек. Адлер отмечал, что у девочек возникает скорее не зависть к пенису, а стремление занять мужскую позицию в целях попытки достижения превосходства. Роль женщины в социальной среде недооценивается, приижается. Поэтому девочка, испытывая болезненное чувство неполноценности, стремится к выбору более привилегированной мужской роли.

В этом отношении Адлер дал более широкий, социальный взгляд на этот процесс. И, тем самым, открыл возможность работы с этим явлением на практике. Он дал язык, на котором может общаться терапевт и его пациент. Интерпретации в стиле Альфреда Адлера доступны для пациента, и не вызывают мощного сопротивления. Например, для пациентки гораздо легче понять, что она пытается соответствовать социальной роли мужчины, нежели осознать зависть к пенису, или то, что у нее мозаичная полоролевая идентификация. Трактовка Адлера данного процесса дает возможность прогноза и лечения.

Приведем пример из практики. Пациентка Н. 30-ти лет, обратилась в связи с жалобами на тревожно-депрессивное состояние, которое длится уже несколько лет. Замужем она много лет, но живет отдельно от мужа. Пациентка занимает руководящую должность, муж не работает. Детей у них нет. Практически эта женщина в настоящее время выполняет традиционно мужскую роль – обеспечивает мужа, все свое время отдает работе. Рождение ребенка она считает невозможным из-за ее плохого самочувствия. Она самозабвенно пытается избавиться от лишних килограммов, фактически, как от признаков женственности, доводя себя до изнеможения. Менструальный цикл нерегулярный, сексуальной жизни у нее давно нет. Мысли о разводе она также отвергает. В действительности это замужество является лишь видимостью семьи.

Пациентка склонна постоянно опровергать успешность лечения разными способами. В этот набор входят постоянные жалобы на то, что ее никто

не может вылечить, временное улучшение тут же сменяется усилением симптомов или она прерывает лечение. Она стремится доказать, что никто с ее болезнью справиться не может, и постоянно пытается дискредитировать работу психотерапевта. Страдания, которые она испытывает, достаточно сильны. Сознательно пациентка хочет от них избавиться. Но, на бессознательном уровне ей необходимо подтверждение, что ее болезнь неизлечима. В таком случае ей не надо будет решать проблемы создания полноценной семьи, рождения ребенка.

Конечно, данный случай очень многоплановый, но мужской протест является одним из основных бессознательных устремлений, которому следует пациентка. Отказ от женской роли, стремление к принятию мужских жизненных позиций очень сильно дестабилизируют пациентку. Так как по полу она все же является женщиной, то и потребности как у женщины у нее есть. Отсутствие реализации в этом плане еще более усиливают клиническую картину. Кроме того, естественно, она неполноценна и как мужчина. Ее жизненный план может быть представлен в виде следующей формулировки: «Устроить свое будущее независимо от мужчины, не принимая на себя женской роли».

Как правило, мужской протест, как один из основных движущих сил личности женщины проявляется в различных нарушениях связанных с половыми функциями. Например, нарушение менструального цикла, выкидыши, различные гинекологические заболевания, фригидность. То есть попытка отказа от женской роли на психологическом уровне приводят к соответствующей реакции со стороны тела. На психологическом плане это проявляется в страхе беременности, родов, сексуальных отношений, любой зависимости и подчиненного положения.

Мужской протест имеет самые широкие и многообразные проявления также и у мужчин. Фраза «Я хочу быть настоящим мужчиной» – это примерная цель, к которой стремится мужчина, мучимый комплексом неполноценности. Уже в одной этой фразе чувствуется сомнения в своей половой роли, в своей мужественности как исток последующего мужского протеста. Он пытается избавиться от слабости, подчиненного положения путем борьбы, агрессивности, чрезмерного эгоизма, то есть с помощью проявления и развития мнимой мужественности.

Из-за страха потерпеть неудачу, для достижения превосходства могут избираться невротические способы – бегство в болезнь, изоляция от внешнего мира в узком кругу близких. Мужской протест может проявляться в попытке в бегства от любовной, эмоциональной, сексуальной привязанности к женщине, от необходимости подчиняться в профессиональной и социальной сфере. Он формирует линию жизни в виде обходного пути, уклоняясь от решения важных проблем – проблем брака, сексуальных отношений, профессионального роста и т.д.

Избегая ситуаций, в которых необходимо проявить себя как мужчина, он тем самым подтверждает свою неполноценность, то есть слабость, женственность в его понимании. Это вновь усиливает защитные меры в виде мужского протеста. То есть попытка компенсации комплекса неполноценности с помощью мужского протеста является несостоительной. Задачей психотерапевта в таких случаях является помочь в осознании этого процесса и его закономерностей. Пациент учится в терапевтических отношениях способу работы со своими комплексами: отслеживание вновь возникающих повторений, их

последствий и возможность выбрать другую линию поведения.

Большинство идей Альфреда Адлера было ассилировано различными психоаналитиками и представителями других психотерапевтических школ. Например, тему мужского протеста развивала в своих работах Карен Хорни, к сожалению, не указав первоисточник. Как отмечают исследователи, такое присвоение идей Адлера различными психотерапевтами довольно характерно для его творчества. Вероятно, этому способствует кажущаяся простота и доступность его рассуждений и выводов, а также опора на практику, как основу критерия истины.

«ЖИЗНЕННЫЙ СТИЛЬ» И АНАЛИЗ ПЕРЕНОСА

М.А.Лебедев

Принято считать, что адлеровская индивидуальная психология основана на предположениях и постулатах, значительно отличающихся от того, что было заложено открытиями Фрейда. Сейчас очевидно, что такое мнение скорее результат личных отношений Фрейда и Адлера и дань традиции, чем серьезные и непримиримые теоретические противоречия. При внимательном рассмотрении в обеих теоретических конструкциях обнаруживается много больше согласующихся позиций, чем принято думать.

Одним из очевидных пунктов согласия считается влияние раннего детства на развитие личности. И хотя Фрейд и Адлер ставили во главу угла разные аспекты этого развития, оба приходят к одному выводу. А именно, что впечатления и выводы, сделанные на ранних этапах жизни определяют то, каким образом человек организует свой опыт в дальнейшем.

В адлеровской психологии говориться о формировании определенного «жизненного стиля». Стиль жизни в понимании Адлера – это что-то вроде личной мифологии. В процессе приспособления к условиям и требованиям окружающей среды ребенок отрабатывает наиболее эффективные, по его представлению, способы реагирования и взаимодействия, усваивает доступные модели поведения, формирует представления о себе и своих возможностях, стремлениях, целях и т.п. Со временем это складывается в то, что называют характером, или привычными паттернами реагирования, или «жизненным стилем». Это инструмент, при помощи которого человек организует свой опыт, облегчая свои действия на протяжении жизни. Наработанные в детстве паттерны реагирования используются подобно

клише, накладываемому на каждую ситуацию, возникающую в жизни. Или лучше сказать, подобно очкам, через которые личность видит свою жизнь. Стиль жизни остается относительно постоянным на протяжении всей жизни и определяет индивидуальную форму реагирования на ту или иную жизненную ситуацию.

Любой психотерапевт имеет дело с проявлениями «жизненного стиля» - своеобразной «психологической колеей», из которой пациент часто не может выбраться. Психопатологию вообще можно рассматривать как результат неудачного приспособления, когда «жизненный стиль» не обеспечивает адекватной реакции личности на реальные жизненные задачи. Таким образом и за счет чего формируется «жизненный стиль» невротика – это отдельная большая тема. Однако какие бы факторы не влияли на создание «стиля жизни» пациента, вытекающие из него убеждения дают ему чувство безопасности и самоуважения, от которых очень легко отказаться.

Следует признать, что изучение «жизненного стиля» пациента – необходимое условие для успешного проведения психотерапии. Технически в адлерянской психотерапии изучение «жизненного стиля» не является процедурой ни единственной, ни даже основной. Однако в некоторых случаях значительная жесткость убеждений «жизненного стиля», его очевидное влияние на актуальную ситуацию пациента заставляют отнести к этой процедуре как весьма важной. Каким образом можно подробно исследовать «жизненный стиль» пациента, механизмы его формирования и функционирования? Каким методом можно глубоко проникнуть в детскую интеллектуальную и аффективную

жизнь, оказывающую столь значительное влияние на формирование личности?

Я думаю, внимательный читатель легко ответит на этот вопрос – этот метод есть психоанализ Фрейда. Фрейдовский классический анализ можно назвать подробным изучением «жизненного стиля» пациента. И анализ переноса, и анализ сопротивления, и учение о психологических защитах – суть изучение внутренних механизмов формирования и функционирования «жизненного стиля». Перенос – это то клише, которое пациент из раза в раз накладывает на любую жизненную ситуацию. Психологические защиты – те самые очки, искажающие и фильтрующие реальность с целью подтверждения убеждений «жизненного стиля». Сопротивление – механизм, обеспечивающий устойчивость привычных паттернов реагирования.

Т.е. с точки зрения индивидуальной психологии Адлера классический фрейдовский анализ психотерапевтически работает за счет подробного исследования, осознания и отказа от наиболее

иррациональных, не учитывающих реальность элементов «жизненного стиля» пациента. Однако фрейдовский анализ был методом более исследовательским, нежели терапевтическим, о чем сам Фрейд и заявлял.

Адлеровская индивидуальная психология при работе с пациентом ставит прагматичные психотерапевтические и воспитательные задачи.

В частности, ставя целью изменения в «стиле жизни» пациента, адлеровская психотерапия не ограничивается отказом от наиболее иррациональных, не учитывающих реальность элементов «жизненного стиля». Это только половина работы. Другая необходимая половина работы – изменение мотивации, изменение отношения к жизненным целям, осознание и использование собственных ресурсов, развитие социального интереса пациента.

Какая из частей будет доминировать в работе с конкретным пациентом – зависит от характера и глубины проблемы. Терапевт волен усиливать ту или иную часть, руководствуясь соображениями эффективности терапии.

АЛЬФРЕД АДЛЕР И РОССИЙСКАЯ МЕНТАЛЬНОСТЬ

проф. Б.Е.Егоров

Отсутствие российских теоретических концепций анализа бессознательного уже привело к тому, что в нашу страну «хлынули» потоки западных психотерапевтических методик во многом противоречивые, но агрессивные в своем распространении. Эти методы создавались в иной этнокультуральной среде и естественно, что при прямом перенесении их на российскую среду они привносят элемент непонимания не только среди пациентов, но и среди врачей.

Несмотря на формальное внешнее отставание наших специалистов от психоаналитического учения Запада, можно констатировать ряд положительных моментов ситуации, который сложился в отечественной психиатрии и психотерапии.

В Российскую психотерапию и психиатрию советского периода проникли за время изоляции (65 лет) только те постулаты и закономерности психоанализа, которые уже не требуют доказательств и проверок, т.к. преодолев жесткий контроль, эти постулаты утвердились, имея под собой достаточное практическое обоснование.

Длительная изоляция от психоаналитического учения позволила сохранить непредвзятый взгляд на многие спорные вопросы учения о бессознательном. Все это вместе взятое определяет ту качественно отличающуюся от западных взглядов ситуацию,

которая сложилась на сегодняшний день и в психиатрии, и в психотерапии новой России.

По мнению доктора медицины Н.А.Вырубова основным принципом Российской психотерапии является следующее положение:

«Всякая исключительность в этой области (специальная психотерапия), узкое педантическое стремление работать только с одним из этих методов, может только затормозить достижение успеха, не говоря уже о том, что существо дела таково, что трудно установить границы проведения одного метода в чистом виде» (1910).

Подобное положение сохранялось всегда на протяжении всего периода существования психотерапии и психоанализа. И всегда вносились собственное понимание теоретических и практических концепций на российской культуральной среде.

Российский психотерапевт - психоаналитик, доктор Г.Б.Геренштейн описывает в своих работах сущность разногласий с ортодоксальным психоанализом: «Я охотно соглашусь с фанатиками психоанализа, которые мне скажут, что здесь обойдены многие основы, на которых зиждется это учение, что это не есть классический психоанализ. Я согласен, и отказаться от того, чтобы эти случаи считать психоаналитически излечеными. Для меня важно лишь то, что эффект наступал в то время,

как в этих случаях ни один из применявшихся здесь других видов суггестивной или рациональной психотерапии его не давал. Назовут ли эти случаи леченными психоаналитически, психоанамнестически (Mayer), психосинтетически или просто психологически, но нам кажется, что правильнее считать, что здесь имело место психоаналитическое лечение, хотя бы потому, что эффект излечения обязан той предпосылке, с которой мы подходим к таким больным или вернее к тем выбранным основам психоанализа, которые служат для меня в таких случаях скрижалими в процессе психотерапевтической беседы» (1927).

В России разделение между различными психоаналитическими направлениями было достаточно условным, т.к. практически трудно было разделить идеи, которые по многим позициям совпадали, по многим позициям повторяли друг друга или разными словами, говорили об одном и том же. Однако, учитывая исторические данные, наши собственные исследования и мнения многих коллег, ведущим направлением в психоаналитической науке России, начиная с периода становления в 1901 году, и наиболее привлекательной оказалась теория Альфреда Адлера. Его теоретические представления и практические выводы наиболее близко подходили к идеям, которые исповедовали российские психиатры – психотерапевты. Центральной проблемой в психоанализе является взаимоотношения между врачом и пациентом. По мнению А.Адлера роль психотерапевта-психоаналитика должна быть такой, чтобы пациент максимально не чувствовал неравенства между собой и врачом. Ведь атмосфера сеанса, где врач сидит отгороженный от пациента, лежащего на кушетке, не способствует равенству. Адлер работал и предлагал всем следовать его примеру, работать лицом к пациенту и участвовать в свободной дискуссии.

Из более поздних исследований взаимоотношений пациента и врача выяснилось, что если врач не смотрит на пациента и не фиксирует его эмоциональных реакций, то он теряет до 70% информации о пациенте, т.к. через зрительный анализатор поступает примерно 70% информации об окружающем мире к человеку.

Адлерянская система психотерапии и психоанализа видела задачу психотерапевта в том, чтобы объяснить, когда это становится очевидным для самого врача, в чем пациент заблуждается, вырабатывая свой жизненный стиль. В этой системе работы с пациентом, сеансы были короче и реже в сравнении с ортодоксальным анализом. Заинтересованность врача, теплота и активное участие в проблемах пациента сводили к минимуму ощущение последнего, что его порицают и критикуют. Все это как нельзя лучше отвечало представлениям российских психоаналитиков, подходящих к пациенту с позиции равенства и взаимного уважения.

По мнению Э.В.Соколова (1997), Адлер никогда не подозревал пациентов в попытке обмануть врача, навязать ему некую «рационализацию» вместо искреннего признания. Любовно-дружеские отношения, готовность обсуждать с пациентом его проблемы на основе полного доверия, равноправия и дружеского участия являлись, по мнению А.Адлера, более подходящей основой для излечения неврозов, чем «дистанция» по отношению к пациенту и отвлеченные умствования по поводу его истинных мотивов.

Хотя А.Адлер и считал, что пациент не сможет перестроить своей жизни, пока не обретет социально значимых интересов, тем не менее, он никогда не навязывал пациенту своих позиций по конкретным проблемам. Не дело психоаналитика советовать пациенту тот или иной выход из создавшегося положения, рекомендовать политическую партию, религиозную систему или избрать специфическую деятельность. Через эмоциональные реакции, проникновение в предлагаемые образцы поведения, через общение с врачом, вызывающее положительные ощущения, пациент приобретает новый опыт и вырабатывает в себе способность к более здоровым и реальным реакциям.

А.Адлер всегда с очень большой осторожностью относился ко всякого рода схемам, классификациям и типологиям. Каждый случай лечения, как и каждый, случай общения людей, должны рассматриваться как неповторимые и индивидуальные. Общие правила – это лишь вспомогательные средства. Гораздо важнее для успеха лечения психологическая гибкость терапевта, ощущение нюансов, pragmatism и верность здравому смыслу. Все это было созвучно российскому клиническому психоанализу, и, российские психоаналитики практически приветствовали идеи А.Адлера и приспособливали их к российской культуральной среде.

Психоаналитическая концепция Адлера стоит на трех китах: комплексе неполноценности, стремлении к компенсации и социальном чувстве.

Комплекс неполноценности – термин индивидуальной психологии Альфреда Адлера, вышедший из своего чисто терминологического употребления и ставший обыденным понятием в речи современных горожан.

Комплекс неполноценности — нечто вполне нормальное, относящееся не только к области клинической практики. Адлеру даже приписывают такой афоризм: «Чтобы быть полноценным человеком, надо обладать комплексом неполноценности». Например, знаменитый оратор Демосфен в детстве был заикой. Стремление компенсировать свой дефект привело к формированию личности, выдающейся во всех отношениях. Пример из нашей российской истории - Ленин и Сталин были люди небольшого роста и в попытке компенсировать сей недостаток, забрались на вершину власти.

Маленький ребенок чувствует себя неполноценным, находясь в постоянной зависимости от взрослых. Источником чувства неполноценности могут быть бедность, болезнь и т.д., необходимость подчиняться самодуру - начальнику, немощная страсть. Согласно Адлеру, преследующее всю жизнь чувство собственной неполноценности толкает нас к успеху, дает импульс к действиям.

Второй момент — компенсация или сверхкомпенсация, то есть выработка адекватных стратегий поведения.

Значительное количество людей достигает «реальной компенсации», т.е. успешно адаптируются к своей социальной роли, вырабатывают более или менее успешные стереотипы поведения в быту, в семье, на работе, среди друзей. Условиями реальной компенсации служат, согласно Адлеру, стремление к превосходству, власти, дающее различные возможности. Развитый социальный интерес человека позволяет ему интересовать делами других людей, и принимать в них участие. В «реальной компенсации» необходимо правильное выполнение трех основополагающих жизненных задач: профессиональной, коммуникативной и любовно-супружеской и естественно, способность удовлетворительно решить эти задачи.

А.Адлера, как врача-психиатра, интересуют случаи «псевдокомпенсации», такие, в которых стремление к превосходству не находит социально оправданного применения, вызывает конфликты с окружением и может привести к «бегству в болезнь».

В своих работах Адлер стремится проследить «логику невроза», развитие невротической компенсации от некоторого исходного пункта к устойчивому, генерализованному состоянию, при котором «невротический план жизни» полностью господствует, упорно претворяется в жизнь, с тем, чтобы в каждом последующем поражении находить новое подтверждение избранной фиктивной позиции. «Направляющая фикция», идея-цель, о котором часто говорит Адлер, служит и защитным барьером, и командным пунктом, с которого систематически ведется невротическое наступление. В своих работах А.Адлер исследует следующий феномен: превращение в невротическую защиту стремление к обесцениванию окружающего мира (девальвирующие тенденции), постоянное сомнение, не допускающее никакой веры и определенности, и одновременно фанатическая уверенность, не допускающая никакого сомнения, а также присутствие самоупреков, ревности, жестокости и т.д.

Адлер солидарен с Фрейдом, утверждая, что определенные ситуации детско-родительских отношений ведут к неврозу во взрослой жизни. Гиперопека со стороны родителей формирует инфантильную, избалованную личность. Вырастая, беззаботное дитя встречается с суровой правдой жизни, в которой оно уже не единственное и всеми

любимое; такой жестокий удар неминуемо отражается на психическом здоровье. Куда чаще встречается иное — рождение никому не нужных детей. Психоаналитический термин «холодная мать» удачно отражает суть. Таким ребенком пренебрегают, он не чувствует эмоциональной поддержки. В итоге он сам не умеет строить отношения с другими, не способен чувствовать другого человека.

Последняя составляющая триады — социальное чувство, которое Адлер считает врожденным. Этоозвучено современным исследованиям.

«Любой невроз, — пишет Адлера, — может пониматься, как ошибочная с позиций культуры попытка избавиться от чувства неполноценности, чтобы обрести чувство превосходства».

Адлер писал: «Наиболее распространенная форма, в которой возникающее в детстве чувство неполноценности пытается избежать разоблачения, заключается в возведении компенсаторной надстройки, помогающей вновь обрести устойчивость и добиться превосходства в жизни... Человек борется здесь за свое признание, пытается его завоевать, — человек, постоянно стремящийся вырваться из сферы неуверенности и чувства неполноценности и добиться богоподобного господства над своим окружением или стремящийся уклониться от решения своих жизненных задач... Основанное на реальных впечатлениях, впоследствии тенденциозно закрепленное и углубившееся чувство неполноценности уже в детском возрасте постоянно побуждает пациента направлять свое стремление на цель, значительно превышающую всякую человеческую меру».

По мнению А.Адлера: «психотерапевтическое лечение должно быть направлено на то, чтобы показать ему, как он привычным для себя способом постоянно пытается оказаться в идеальной для осуществления своей руководящей жизненной линии ситуации, пока он, поначалу из негативизма, а затем по собственной воле не изменит свой жизненный план и не присоединится к человеческому сообществу и его логическим требованиям».

Разберем некоторые закономерности влияния комплекса неполноценности и социального чувства на примере Российского коллективного бессознательного.

Каждый человек в раннем детстве переживает ощущение собственной неполноценности, в результате ограниченности своих сил, зависимости от окружающих, которые кажутся ему знающими, ничего не боящимися и могущественными. Комплекс неполноценности вытесняется в бессознательное, постепенно компенсируется деятельностью по достижению каких-то результатов. Но комплекс неполноценности продолжает существовать, и оказывает влияние на поведение человека. Поэтому, несмотря ни на какие достижения, комплекс требует постоянной и все большей компенсации, порождающей, в свою очередь, обратный феномен — так называемый комплекс превосходства над другими.

По мнению доктора философии М.Капустина, Адлер не делал экстраполяции своей теории на социум в целом, на нацию, однако таковая напрашивается, по мнению М.Капустина, сама собою. Поведение множества людей определяется социальными фиксациями - некоей социальной утопией. То есть можно распространить идею о внутренней взаимозависимости комплекса неполноценности и комплекса превосходства и на нацию в целом.

Вот основные идеи М.Капустина, в переработке теории А.Адлера в приложении к нации:

1. В погоне за «фиксациями» (целями, великими по замаху, но фиктивными, то есть неосуществимыми) люди понапрасну растрачивают свои силы и энергию, так ничего реально и не добиваясь. Человек борется за признание, пытается его завоевать и добиться БОГОПОДОБНОГО ГОСПОДСТВА над своим окружением и тем самым стремится уклониться от решения своих реальных жизненных задач. Все это побуждает «пациента» направлять свое стремление на цель, значительно превышающую ВСЯКУЮ ЧЕЛОВЕЧЕСКУЮ МЕРУ.

Начиная с уникального неумения справиться с собственными имманентными неурядицами в Древней Руси и «призвания» для этой цели варягов. Далее «иго» чужеземцев на протяжении жизни десятка поколений. В области культуры: призвание итальянцев в XV веке построить национальные святыни - кремлевские соборы и сам Кремль, в XVIII столетии - строительство новой столицы, Санкт-Петербурга, посрамление Версаля Петергофом и переход всем привилегированным классам с национального языка на... французский. А идея «Москва - третий Рим и четвертому не бывать»?! А идея «народа-богоносца»? А идея «мировой революции» именно из России, «мировой СССР» и, стало быть, далее уже народ - «коммунизмонасец»! А «великий поворот рек» с севера на юг, небывалый в мировой истории... Ну и т.д. и т.п.

2. Будущее становится для ребенка краем, который должен принести ему компенсацию, то есть упразднит его нынешнее, жалкое положение и выведет над всеми остальными. Так, у ребенка (пациента) возникают целевая установка и фиктивная цель превосходства, где его нищета превращается в богатство, подчинение - в господство, страдание - в радость и удовольствие, незнание - во всезнание, а неумение - в мастерство. Помилуйте, можно подумать, что цитируется не глава из адлеровской психологии, а русская народная сказка, про любимого героя - Иванушку-дурачка и сказ про действие «по щучьему велению и моему хотению»...

3. «Состояние застоя». Больной как бы оказывается в заколдованным круге, не позволяющем приблизиться к фактам жизни, увидеть настоящее, приспособиться, испытать свои силы и ответить на вопрос, что он собою представляет». Ну, а это - абсолютно точная характеристика нашего общества

периода брежневского «застоя», который, кстати, именно так и назывался без какой-либо оглядки на адлеровскую психологию (о коей тогда у нас и понятия-то не имели).

4. «Сомнения и колебания в мыслях и действиях... Явно выражено стремление к ПУСТОЙ ТРАТЕ ВРЕМЕНИ... Сначала создается и КАНОНИЗИРУЕТСЯ трудность, затем предпринимаются ТЩЕТНЫЕ попытки ее преодолеть». Но это же точнейшая фиксация советской власти, социалистического хозяйства («героический труд»), да и вообще всей жизни нашего общества! Надо ли еще множить примеры?

Народная мудрость гласит: СМИРЕНИЕ ПАЧЕ ГОРДОСТИ, то есть комплекс своей недостачи, полноценности) возмещается чужим (достаточным), но зато затем возносится БЕЗМЕРНО. Показателен ярчайший национальный синдром: происходит чудовищный скачок от величия в смирение и обратно - причем как на уровне Власти, так даже и на уровне Культуры. Так, Иван Грозный являл собой образчик подобного «двуглавия» (может, кстати, и в этом тайный смысл двуглавого орла?): с одной стороны - Власть до полного, абсолютного самодержства и жестокости, а с другой - покаяние. Среди национальных гениев: Гоголь мчит в себе величие пророка, а потом погружается в отчаяннейшее смирение, в чем и «тайна» его (как знать, и тайна России). Это, так сказать, в «интерьере» личности, а в «экsterьере» - народной массе, в нации - сия самобытная особенность становится уже имманентной чертой, оставшейся навсегда в обозримом промежутке исторического времени. Не случайно Николай Бердяев в специальном трактате «Душа России» утверждал: «Русский народ есть в высшей степени поляризованный народ, он есть совмещение противоположностей».

У нас были миллионы староверов, которые после Никоновой реформы откололись и по известной русской традиции пребывают доныне в некоем отщепи (так же, как катакомбная церковь или Зарубежная православная, не говоря уже о католических миссиях и т.д.). А в Европе? Протестантизм, да, поначалу утверждался с трудом, в жестокой борьбе и даже с казнями и резней (Варфоломеевская ночь и т.п.), но, когда окончательно утвердился, то уж для всей страны, всего народа - в целом и навсегда (в обозримом времени). И никаких больше ПОИСКОВ, отрешений, наоборот, очевидно постоянное приближение к изменяющейся социальной действительности, через вдумчивое взглядывание в эти изменения, без неистовых вопрошаний типа «Так что же нам делать». Национальный «комплекс неполноценности» и вызвал исторически пафос страдательности, исступленной исповедальности и покаяния (в культуре - см. исповеди Гоголя, Достоевского, Толстого, даже Горького) (М. Капустин, 2002).

Не правомочность подобного перехода от индивидуальной психологии к психологии народов неоднократно разбиралось в научной литературе, тем более что примеры ругательного отношения к народу принято было еще в советской идеологии. В 40-х годах нашего столетия в США возникла этнопсихологическая школа «национального характера». Взгляды американской этнопсихологической школы базировались на утверждении существования у различных этносов специфического национального характера, отличающегося стойкими психологическими характеристиками личности, отражающиеся на «культурном поведении», что позволяло их авторам строить модели средней личности того или иного народа. Прагматизм американцев в национальном вопросе проявился в полной мере.

А.Кардинер первым выделил в каждом народе «Базисную личность», в которой соединены общие для его представителей национальные черты личности и черты национальной культуры. Он отмечал важность культурального влияния семьи, а также общественной культуры, избранного влияния «базисной личности» на социальные инстинкты.

Р.Ф.Бенедикт строила «модели культуры» и усредненной личности как уменьшенной копии этой культуры. Она отдавала приоритет в формировании национального характера влиянию на него культурных институтов в процессе воспитания ребенка.

М.Мид в результате исследований пришла к выводу, что взгляды и стиль жизни составляют различные «модели» у разных народов и зависят от обучения ребенка, специфического в культуре каждой нации, определяемого системой ценностей и поведением взрослых.

Процесс выделения «средней личности», как проявление сверхпрагматизма американцев в конечном итоге завел эти поиски в тупик. Невозможно на основании одной «базисной личности» судить обо всей нации. Как только выделяется «базисная личность», вступают в силу законы индивидуального бессознательного. Попытка же распространить законы индивидуального бессознательного на коллективное приводит к тому, что начинают доминировать законы индивидуального бессознательного и происходит ошибочная оценка коллективного бессознательного. Ведь коллективное бессознательное выступает как единый организм, со своими собственными законами формирования и развития. Что собственно и произошло в начале 50-х годов с «концепцией национального характера» — открылось непонимание, просчеты, ошибочность или недостаточность данных по различным нациям и культурам. Этнопсихологическая школа «национального характера» была подвергнута суровой критике, и авторитет ее значительно упал.

Основная задача все-таки стоит в том, чтобы правильно определить приоритеты нации и ее

бессознательные составляющие. Публицист и историк Иван Солоневич с предельной ясностью высказался в пользу государственного инстинкта российского этноса. Он говорил о доминанте русской нации, о национальном инстинкте народа. Поскольку ко времени выхода его произведений термин «коллективное бессознательное» не приобрел большого распространения, автор его не употреблял, но пользовался близкими по смыслу определениями. Сегодня можно говорить об архете «государственный инстинкт» российского этноса и русской нации, что будет соответствовать доминанте и национальному инстинкту народа. При описании ситуации в России начала века, Ив.Солоневич опирался на доминанты и архетипы коллективного бессознательного, которые возникали в результате тысячелетней отработки этноса.

Вот здесь наиболее ярко начинает проявляться очень важная составляющая коллективного бессознательного Российского этноса. Эта составляющая только начинает приобретать реальные очертания. Это архетип — «деловая хватка» людей Российского этноса. В последнем кризисе Российского коллектива бессознательного (дефолт 1998 года) четко обозначилась борьба Правителей против собственного народа — не дать подняться, не дать развиваться, не дать работать. Причем этот феномен наблюдается в России в течение нескольких сотен лет, так называемая специфика работы чиновничества со времен Петра I. Даже в наших условиях вечного запретительства, самого мощного за всю историю России, русский мужик пил, но дела своего не бросал, он его делал. За счет этого дела и существовали наши правители и «сопредельные соседи», их то своим делом и кормил русский мужик. Пусть дело русского мужика небольшое, ничее, но дело. Он продолжал его делать, несмотря на рогатки, выставляемые чиновниками. Об этом архете и писал Ив.Солоневич, исходя из реальных дел: «...Любая отсебятина — и корова подохла, урожай погиб и мужик голодает. Это Бердяевы могут менять вехи, убеждения, богов и издателей, мужик этого не может, Бердяевская ошибка в предвидении не означает ничего, — по крайней мере, в рассуждении гонорара. Мужицкая ошибка в предвидении означает голод. Поэтому мужик вынужден быть умнее Бердяевых...»

Многие авторы, особенно русские публицисты и философы, пытались выстроить целые системы взглядов на российский этнос и выделить его характерные черты. Среди этих авторов такие имена, как Бердяев, Лосский, Федотов, Ильин и многие другие. Отдельно от них стоит Иван Лукьянович Солоневич (1891—1953) - журналист, публицист, философ. Он практически не издавался в нашей стране и являлся большим противником религиозно-мистических поисков русских философов. Его точка зрения достаточно определена и

pragmatical. Ив. Солоневич предлагает смотреть на исторические события в Российской истории не с точки зрения литературы, как отражение противоречивости российского этноса, а с точки зрения «голых» фактов.

В отличие от доктора философии М. Капустина, как только мы переходим от анализа литературы к анализу фактов, начинается какая-то неразбериха или чехарда. Один из религиозных мыслителей пишет об анархии, а Российская империя продолжалась эффективнее и дольше всех империй. Философы пишут, и литераторы внемлют им о пьянстве, никчемности и ленивости русского работника, а Россия и сейчас занимает 1/6 часть суши Земли. Ведь главное обнаружить противоречие и пытаются анализировать его. Казалось бы, многие сходятся в едином мнении о ленивости и пьянстве русского работника, а Россия продолжает существовать. Понимание этого процесса необходимо искать в тех задачах правителей, которые выполнялись на протяжении более 100 лет, включая и коммунистическое иго. Исходя из этой посылки, многое становится понятным. Понятным становится продолжающаяся пропаганда сниженной самооценки Российского этноса и совершенно бесцеремонное отношение к нему со стороны правителей. Узурпация мысли и полное игнорирование иных мнений.

Идеи протеста против правителей были всегда, вопрос состоял в том, прислушиваются к этому протесту или нет. При советской власти – усиливалась репрессивная часть. Поскольку идеи протеста не были объединены и существовали разрозненно, они не достигали своих целей и большевики достаточно спокойно били всех по одному. Вновь открываемые факты из Кронштадского, Тамбовского, Сибирского и т.д. восстаний показывают, что открытый протест был и только благодаря чрезмерной жестокости, благодаря уничтожению мирного населения, благодаря концлагерям и заложникам, отправляющим венцам и регулярной армии, массовым расстрелам и уничтожению интеллектуальной элиты общества и просто хороших работников удалось установить нечеловеческий режим, основанный на лжи и лицемерии. Когда говорилось одно, делалось другое, думалось третье. Жестокость правителей не укладывалась ни в какие рамки никакого общества. Такое впечатление, что Русь второй раз посетило монголо-татарское иго, только с западным обличием, с идеями социализма, или как сказал поэт — «с Марксом в башке и с наганом в руке».

Аналогия с нашествием хана Батыя напрашивается прямая. При Батые не получился открытый протест и тогда коллективное бессознательное меняет свои точки приложения. Начинается сотрудничество с Золотой Ордой. Постепенно накапливая силы, разлагая изнутри монолитное образование — Орду, российское коллективное бессознательное добивается в конечном итоге своей цели.

Это заняло примерно 300 лет, но результаты того стоили. Образовалось Московское государство, которое подчинило себе и Золотую Орду, и Сибирь и т.д.

Практически то же самое произошло и с тоталитарным коммунистическим режимом. Открытый протест не прошел и тогда российское коллективное бессознательное меняет тактику поведения. Оно уходит от открытых форм протesta к закрытым — «народ безмолвствовал». Не зря же большевики искали везде врагов режима, эти идеи витали в воздухе, особенно они ощущались в молчаливых глазах бородатых крестьян. Действительно, когда беззастенчиво грабят, отбирают выращенный хлеб, довольно трудно ожидать, что будут любить. Люди, находившиеся у власти, чувствовали на себе эти веяния, эти идеи, эти мысли. Естественно крестьяне и пострадали больше всех, как самая многочисленная, неспокойная и опасная масса населения.

Доктор философии М. Капустин (2002) продолжает свое повествование и погружение в психоаналитические построения А. Адлера и перенос их на национальную идею: «В свое время была и тяжкая, и жестокая история у многих, самых цивилизованных народов, но никто из них до сих пор не казнит себя за это, а принял сие как неизбежное зло в прошлом и заботится в основном о своем настоящем. Поэтому, несмотря на все ужасы, что произвела, скажем, Французская революция 1789–1794 г.г., все равно сегодня она признается Великой и даже регулярно празднуются ее юбилеи, тогда как мы истошно казним себя то за Ивана Грозного, то за Николая Палкина, то за Ленина, то за Сталина и каемся за свой Великий Октябрь, который, между прочим, перевернул не только национальную историю, но и историю половины народов планеты в XX веке. А мы все по-прежнему, по Достоевскому: «СТРАДАТЬ НАДО!» Притом, что на другом полюсе: «Россия по преимуществу страна будущего» (Белинский), и все умы – западники и славянофилы, анархисты и коммунисты – жили только этим будущим. Таково, увы, – пора это признать – невротическое преодоление своей неполнценности через маниакальную уверенность в своей конечной – пусть как угодно отдаленной, но столь чаемой ПОБЕДЕ. Это, в общем-то, не болезнь, а ХАРАКТЕР, в данном случае национальный, исторически сложившийся (а не эпизодические проявления, как у многих других народов). Вот она – на поверку – НАЦИОНАЛЬНАЯ ИДЕЯ, вся «тайна» которой в том, что, в сущности, идеи-то никогда и не было (помните: «Да был ли мальчик-то, может, его и не было?...»), она заключалась в самом ПОИСКЕ, чаще всего неистовом – от «неистового протопопа» до «неистового Виссариона» и от героической смерти до столь же героической (то есть отрешенной от себя) жизни в поистине апокалиптическом ожидании ВЕЛИКОГО БУДУЩЕГО.

Именно из этого комплекса вырастает и вся прославленная национальная «святость» (боговышенность святым и богобоязненность простых), и народное вековечное полагание на «авось» - то есть неумение (во многом тайное, скрытое от собственного сознания) справляться с обстоятельствами: ан Бог поможет. Несравненный знаток русского языка и через него народной психологии Владимир Даль фиксировал в своем словаре: «Авось - нар.: может быть, становится, сбудется, с выражением желания или надежды... Авось Бог поможет. Авось - вся надежда наша. РУСАК НА АВОСЬ И ВЗРОС. Ждем, пождем, авось и мы свое найдем. АВОСЬ НЕ БОГ, А ПОЛБОГА ЕСТЬ. Авось живы, будем - авось помрем. И, наконец: держись за авось, поколе не сорвалось».

И, заключая большую тему... Почему в нормальных (цивилизованных) странах, где правит Разум (Франция), Воля (Англия), даже Страсть (Испания), а тем более Деловой педантизм (Германия) или Предприимчивость (США), никакие реальные попытки СТРОИТЕЛЬСТВА ВЕЛИКОГО БУДУЩЕГО (вроде коммунистической утопии) никогда не будут поддержаны цивилизованным большинством народа и, следовательно, практически невозможны? Потому что они живут во внутреннем согласии с известным заветом Бисмарка: «Если хотите построить социализм, выберите страну, которую не жалко». Только страна, в коей правит НАЦИОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, выбрала сама себе этот жребий и сейчас продолжает лихорадочно искать очередную «национальную идею»...» (М.Капустин, 2002).

Особой популярностью пословицы и поговорки стали пользоваться для доказательства правоты в советское время. И сегодня остаются традиции опираться на пословицы. Как на доказательство своей идеи, но приводят, как правило, одну - две пословицы. Однако десятки, сотни пословиц говорят об обратном и это можно рассматривать как фактор пассивного протesta против навязываемой режимом сверхэксплуатации населения за мизерную плату. Отсюда появилась и современная поговорка «государство делает вид, что платит, а мы делаем вид, что работаем». Профанация работы на тоталитарный режим всегда была очевидна при сборе урожая со своего огорода и колхозного поля. Ведь чужое поле было и при крепостном праве, и при советской власти.

Когда же речь идет о работе на себя, тут нет и следа лени:

«кто рано встает, тому Бог подает»,
«осенью день — год кормит»,
«что посеешь, то и пожнешь»,
«цыплят по осени считают»,
«терпение и труд — все перетрут»,
«без труда не выловишь и рыбку из пруда»,
«куй железо, пока горячо»,
«бери быка за рога»,

«коси коса пока роса»,
«не откладывай на завтра то, что можно сделать сегодня»,
«не за свое дело не берись, а за своим не ленись»,
«любишь кататься — люби и саночки возить»,
«не убив медведя, шкуру не делят»
и апофеоз всего «капля камень точит» и т.д.

Да и о какой лени и «авоси» можно говорить, если Россия и сейчас занимает 1/6 часть суши, страна давно бы распалась, если бы люди не умели работать, одним экспортом природных ресурсов это не объяснишь. Даже в наших условиях вечного запретительства и подавления любой инициативы русский человек сумел сохранить свою деловую хватку, что он нам сейчас и демонстрирует.

А что огромные капиталы, сделанные в России, уплывают за рубеж, то спасибо надо сказать за это нашим законодателям, сделавшим для этого все возможное. Что совершенно естественно — ведь они выполняют заказ наднационального образования — чиновничества. Вот здесь уместна пословица «мели Емеля, твоя неделя». В пословице представлен тонкий юмор, скепсис, назидание и понимание того, что неделя пройдет, а что будет дальше.

С чем можно согласиться в рассуждениях доктора философии, так это в том что «Самопознание выступает как самопреображение». В индивидуальной психологии он состоит в глубоком самопознании - через проникновение в тайны своего бессознательного.

И тогда мы должны изучать истинные доминанты и архетипы Российского коллективного бессознательного и исходя из истинных посылок, делать выводы и практические шаги.

Усиливающееся противоречие внутри личности между Национальным и Наднациональным коллективным бессознательным (чиновничество - наднациональное здесь рассматривается как искусственное образование) выливается в длительный внутриличностный конфликт, который заканчивается развитием различных заболеваний в биологическом человеческом теле или соматическими разрядами в различных органах и тканях человека. Начинается как социальная проблема, а заканчивается в клиниках и моргах. Опять крайними оказываются врачи - плохо лечат или плохие специалисты и т.д. Да и трудно воспринимать эти составляющие на больших отрезках человеческой жизни. Внутри одной личности эти разнонаправленные духовные составляющие начинают работать на разрыв и способствуют дестабилизации личности. В своем развитии это глобальное противоречие личности затрагивает не только психологическую сферу человека, но и через некоторое время существования увеличивают возможность соматической разрядки (болезнь, смерть и т.д.).

Есть несколько путей избавления себя от видимо составляющей внутриличностной напряженности. Первый путь — максимально не общаться с коллективным бессознательным этноса. Это достигается путем собственной изоляции: отдельные дома, дачи, машины, распределители, санатории, квартиры, охраняемые угодья и т.д. Тем большее угнетение личности испытывает человек при условии, если его лишают всего этого ограждения.

Следующий путь снижения внутриличностной напряженности — это прием алкоголя. Люди, попавшие в ситуацию противоречия между различными составляющими бессознательного, пытаются путем алкоголизации ежедневно снижать тревогу, постоянно существующую и непонятную для них. Однако здесь их подстерегает опасность стать алкоголиками. И опять проблема, начавшаяся как социальная, заканчивается в кабинете у врача.

На вершине власти работают не только личностные претензии к среде, но и среда оказывает воздействие на личность, корректируя ее поведение. Если эта личность не выполняет требования среды и коллективного бессознательного этноса, то эта личность уходит в забвение. Тем более что надо учесть: коллективное бессознательное этноса во многом передается через культуру языка, и лингвистические обороты этноса обладают основным воздействием коллективного бессознательного на личность. Вот здесь как раз и играет основную роль врожденное социальное чувство по А.Адлеру.

На протяжении Советской власти были попытки реформировать наднациональное бессознательное образование КПСС, как ядро тоталитарного режима. Однако эти попытки заканчивались ничем. Режим не видоизменялся в связи с его внутренними законами, и все это привело к тому, что произошла вообще полная дискредитация этого наднационального бессознательного образования — КПСС. Как только исчезла идеологическая опора режима, все остальные наднациональные бессознательные образования повисли в воздухе и начала проступать их искусственность. Но все эти надстройки имеют определенную инертность в развитии. Соответственно этой инертности должно прийти новое обоснование их существования, после чего они благополучно начнут подстраиваться под нужды коллективного бессознательного этноса. Человек, попавший в жернова между национальным и наднациональным образованием, как правило, начинает реагировать болезнями. А если не сам страдает, потому что биологически очень здоровый от природы, то обязательно начинает страдать второе или третье поколение. Давление коллективного бессознательного этноса на каждого члена этноса, хотя не ощущается напрямую, но, в конечном итоге, приносит конкретной личности массу неприятностей.

Нарушение на каком-то этапе собственного логического пути личности требует в конечном итоге

возврата на точку ошибки и исправления ее. Исправление ошибки логики пути личности может происходить не только за счет первого поколения, но и происходит обязательно за счет и второго, и даже третьего поколения.

На протяжении веков мы наблюдаем короткие периоды единства национального и наднационального коллективных бессознательных. Все войны от Батыя до Гитлера демонстрируют это единство в полной мере. В эти периоды наднациональные бессознательные образования (ВПК, Армия, Чиновники) становятся в единую упряжку с этническим коллективным бессознательным, и тогда мы наблюдаем величайшие свершения и подвиги личного и коллективного бессознательного. Когда же начинают доминировать законы наднационального бессознательного образования (КПСС, ВПК, Армия, чиновничества), не отражающие этническое коллективное бессознательное, это сразу же ведет страну в пропасть развала, мздоимства, воровства и извращений в поведении. В свою очередь подобная позиция уже в самом начале предопределяет развал этих наднациональных образований. Они разъезжаются изнутри, заложенными противоречиями противостояния коллективному бессознательному этноса.

Поэтому самые устойчивые образования в государстве это те наднациональные бессознательные образования, которые отражают в своих проявлениях национальные коллективные бессознательные.

Они органически друг друга дополняют и пытаются друг от друга, не выходя за рамки динамической статики Российского коллектива бессознательного.

Самочувствие личности, отражающее внутри себя единство национального и наднационального бессознательного, получает устойчивость. Личность длительно может работать, используя в качестве подпитки огромную массу эмоциональных энергетических запасов национального и наднационального бессознательных. В этом огромный смысл жизнеспособности личности. Через мелочи обыденной жизни, замечания, отдельные высказывания и т.д., все описать практически невозможно, личность постоянно получает подтверждение правильности пути, который эта личность избрала. Соответственно этому сохраняется в устойчивости внутренняя сфера психологической и духовной жизни человека, что благоприятно оказывается на самочувствии самого человека и государства.

Последние 100 лет появился феномен, качественно изменивший характер проявления и формирования коллективного бессознательного этноса — это Средства Массовой Информации. В своем развитии СМИ на несколько порядков убыстряют процессы, протекающие в коллективном бессознательном этноса. Коллективное бессознательное Российского этноса динамически развивающихся

общностей человечества. Из русской, белорусской, украинской, татарской и других наций продолжается, начавшийся три столетия назад, процесс формирования Российского этноса. Повторный развал империи (Российской и Советской) показывает закономерный процесс, протекающий на территории бывшего суперэтноса Советский народ.

К стратегическим задачам, которые решает Российский этнос, относятся следующие:

- борьба за частную собственность на землю;
- отношение к религиям;
- отделение излишних территорий, грузом висящих на этносе, освобождение от «замусоренности» Российского этноса;

- освобождение от сверхэксплуатации государственного инстинкта российского человека;
- свободное развитие ключевых архетипов поведения Российского коллективного бессознательного:

- деловая хватка, уживчивость,
- национальная толерантность.

Все это непосредственно выходит из третьей составляющей теории А.Адлера – врожденное социальное чувство человека. А вот таким образом это социальное чувство использовалось правителями – это вопрос их недостатков воспитания и образования, а также комплекса неполноценности и его псевдокомпенсации.

Литература

1. Егоров Б.Е. *Российский клинический психоанализ – новая школа.* - М., Академический проект – 2002. - 465 С.
2. Капустин М.П. *Национальная идея или национальный синдром?* М., 2002.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ *(литературный обзор)*

Ж.А.Жолдасова

Несомненно, что в лечении и реабилитации больных с наркотической зависимостью необходимо психотерапевтическое воздействие. Но никакое психотерапевтическое воздействие не будет полным, если оно будет игнорировать телесные ощущения, т.к. эмоциональные конфликты, слова, мысли являются строительным материалом для тела и отражаются на физическом состоянии или соматическом состоянии любого человека (74, 90, 104). В своей книге Lamrecht рассматривает связи между душой и телом в историческом аспекте, между внутренним содержанием пациента и внешним проявлением болезни (134). Нельзя не согласиться с исследователями Р.Таннахилл, П.Сорокин и Г.Маркузе, пришедшими на этом основании к выводу, чувственная сфера человека имеет большое значение в формировании новых цивилизаций, и «без изучения чувственно-сексуальной стороны жизни человека – этого важнейшего стимула человеческого поведения – любая «всебощая история человечества» будет неполной и искаженной» (147, 151). Развитие непосредственно-чувственного опыта является одним из важнейших условий личностного развития и формирования субъективного отношения к своим возможностям и тем задачам, которые ставят перед нами окружение; позволяет

расширить возможности нашего зрительного, слухового, тактильного, вестибулярного, кинестетического восприятия, уверенное ориентироваться в самых разнообразных условиях (4).

Телесно-ориентированная психотерапия расширяет возможности психотерапевтического воздействия. Именно она рассматривает человека в единстве его психосоциального и биологического функционирования, помогает клиенту с помощью двигательных психотехник более точно распознать и вербализовать собственные эмоции, пережить заново свой прошлый опыт, и способствует расширению сферы самосознания и формированию более эмоционально благоприятного отношения к себе, расширить диапазон осознаваемых пациентом изменений его личности, дать систему психологической самопомощи (74, 14). Но эта взаимосвязь была известна ещё в глубокой древности: целостность человеческого организма и его функций, а также его взаимосвязь и зависимость от окружающего мира. Согласно системе Инь-Ян в человеческом организме Инь означает материальные составляющие тела, а Ян – его функции. Они никогда не находятся в покое; они постоянно дополняют и изменяют друг друга (30). Таким образом, получаем тождественное положение с современной

телесно-ориентированной психотерапией о том, что, изменяя тело, мы изменяем его функции (в том числе и психические) и наоборот. Успешность решения жизненных проблем человеком напрямую зависит от его общего физического состояния и энергетического потенциала (4). Рассмотрим, чего можно достичь при использовании телесно-ориентированной с элементами восточных систем оздоровления психотерапии в наркологической практике.

Наше тело и психика очень тесно взаимосвязаны, вследствие чего, именно наши потребности и мотивы определяют сначала действия, а через них и наш физический облик. Из громадного числа генетических возможностей нашего тела реализуется только одна (15, 84, 6, 66) под влиянием психики конкретного человека и окружающих его людей. Человек изначально телесен, новорожденный младенец любит себя полностью, каждый сантиметр своего тела, он не сравнивает себя с другими и не комплекsuет и знает, что совершенен. Под влиянием семьи, социума отношение к себе и к окружающим меняется, идет социализация телесности. Любая сфера человеческой деятельности: социальная, политическая, экономическая – замыкается на телесности (17). Телесность не сводима ни к индивидуальному, ни к психофизиологическому уровням организации, и выступает способом выражения отношения человека к миру. Её критериями выступают время и пространство (35, 37, 90, 46). Внутренний мир индивида становится внутренним миром личности, когда в нём формируется особый интегральный образ – комплекс информации о самом себе, который характеризуется чрезвычайной устойчивостью, постоянным нахождением в сфере сознания, абсолютным доминированием, активным подкреплением как целостности. Это и есть комплекс «Я», сформированный на основе информации о самом себе, начиная с информации о своём теле (40). «Я» прежде всего, телесно, оно не только поверхностное существо, но даже является проекцией некоторой поверхности (мозговой человек у анатомов). Сознательное «Я» – оно, прежде всего, «телесное Я» (87).

Реализация генетических возможностей происходит непосредственно с самого рождения человека под влиянием, в первую очередь, его родителей. Перед родителями стоит сложная задача – вырастить гармоничную, здоровую, самостоятельную личность, которая формируется только при условии равновесия всех её частей: тела, разума и духа (90), или мыслей, чувств, поведения (90), или тела, психики, мышления, чувств, воображения, движения (74). Слитность инстинктивного и разумного, телесного и одухотворенного в психике неразделима (45). Многие авторы указывают на особенности воспитания детей в формировании химической зависимости. Арман Николь заявил, что эффект профилактики наркомании будет зависеть от того,

смогут ли ведущие страны мира изменить существующую практику воспитания детей (59).

Давно замечено, что при отсутствии физического и эмоционального контакта, даже при символической депривации, младенец отстаёт в развитии: у него развиваются признаки депрессии и ухода в себя, приводя к развитию психопатоподобной или неврозоподобной личности; и он может погибнуть, что говорит о феномене сенсорного голода и о важной роли физических контактов в жизни ребёнка (5, 66, 55, 97, 150, 24, 97). Прикосновения в жизни человека более значимы, чем обычно принято считать, и жизненно необходимы для развития организма (74, 56). В некоторых работах исследовалось влияние касания на сердечно-сосудистую активность. Установлено, что касание спины человека, находящегося в спокойном состоянии, вызывает у него снижение ЧСС. У женщин, которые до операции имели более частые контакты с другими пациентами в виде касания плеч и спины, в послеоперационный период обнаруживались лучшие показатели артериального давления. В опытах Т.Камарка было исследовано влияние касания на вегетативные реакции (АД и ЧСС) – присутствие друга снижало симпатические реакции, вызываемые арифметическим тестом (21).

Ощущения первичны, человек с момента рождения сначала только ощущает с помощью органов чувств – это элементарный уровень, который носит «телесный» характер и является отражением в психике «телесного». Вслед за ощущениями возникают эмоции, которые отражают уровень «душевного». Говоря словами Лоуэна, первичная ориентация жизни направлена на удовольствие, дальше от боли. Это биологическая ориентация, потому что на телесном уровне удовольствие способствует жизни и благосостоянию организма и является условием самосохранения, размножения и естественного отбора (56). В нашей культуре принято тормозить здоровое развитие у ребёнка чувства удовлетворения от собственного тела. Результаты анализа такого торможения, с учётом стадий развития по Фрейду, представлены в книге А.Данилина «Как спасти детей от наркотиков» (20).

На оральной стадии развития младенец получает удовольствия от акта сосания, и центром телесной чувствительности являются губы и слизистая оболочка рта, а также большую роль играет непосредственный физический контакт с матерью (20). Это сенсорно-моторная или поведенческая организация психики, которая присутствует у каждого человека до конца его жизни (27). Многие авторы подчёркивают, что мать обязательно должна демонстрировать жизнерадостные чувства, находясь в поле зрения младенца. Есть чёткая зависимость физического развития новорожденных от психического состояния матерей (167). И именно отсутствие данного фактора может рассматриваться, как

один из основных в предрасположенности к химической зависимости (125, 129, 148, 120, 127, 131, 121, 124). Жизнь наркомана проходит в чередовании «удовлетворения» наркотического голода и наркотического ступора, как в жизни младенца чередуется чувство голода и сон. Пока напряжение не будет полностью снято, аддикт остаётся в ситуации, напоминающей недифференцированное состояние новорождённого, когда тот, не способный связывать напряжение, оказывается переполненным стимулами, от которых у него пока нет адекватного механизма защиты (144). Гловер в статье «Предотвращение и лечение химической зависимости» говорил, что необходимо больше узнать о первых двух годах жизни зависимых от химических веществ пациентов (150). 40% алкоголиков, 60% наркоманов, 75% токсикоманов находились на искусственном вскармливании (20). Сенсорная информация на протяжении всей жизни имеет большое значение, без неё «зрелый мозг со всем богатством его прошлого опыта и приобретённых навыков не способен осуществлять процесс мышления, не способен даже бодрствовать и реагировать, если он лишен своего воздуха – сенсорной информации» (22, 18). Так, например, Сукиасян С.Г. описывает психические нарушения, которые наблюдаются в условиях световой депривации (82). В условиях сенсорной изоляции происходит спонтанная активация рецепторных зон, лишенных стимулов извне, а также тех отделов мозга, в которых накапливается ранее воспринятая информация, отсюда и нарастание тревоги (39), что характерно при доминировании правого полушария. У опийных наркоманов и полинаркоманов самыми стойкими психопатологическими расстройствами являются беспокойство, тревога, расстройства настроения, депрессии (143, 154, 115, 140).

На анальной стадии дети получают удовольствие от акта дефекации, т.е. развивается чувство естественного избавления от напряжения с помощью своего тела. Во взрослом состоянии избавлением от агрессии (напряжения) должен быть половой акт. Во многих семьях приучение к горшку идёт с помощью насилия и диктаторства. В результате чего 80% наркоманов принимают наркотики, чтобы расслабиться, снять агрессию и напряжение (20, 19, 31, 9).

Во время фаллической стадии до 5 лет переживается Эдипов комплекс, для которого необходима полная семья. В нашей же культуре формируется запрет на половые органы. В итоге, 90% наркоманов были злостными онанистами, около 50% наркоманов из неполных семей, у 20% наркоманов мальчиков – боязнь сексуальных отношений. В это же время идёт развитие нарциссизма – это единственно разрешённый вид сексуальной активности. Т.е. у ребёнка формируется мысль, что удовольствие можно получать, только любясь собой, его

источник лежит вне тела – это удовольствие, которое получается немедленно. В компьютерных играх, лакомстве и наркотиках подростки ценят именно сиюминутное получение удовольствия, которое перевешивает страх перед возможными последствиями (102). Целью наркомана является немедленное получение удовольствия (отсутствие веры в будущее, т.к. возникает страх). В жизни нормального человека должен действовать принцип, что чем сильнее труд и напряжение, тем сильнее расслабление, а наркотики – это способ получения удовольствия без затраты усилий (20).

К 10 годам – генитальный период – центром телесного удовольствия становятся половые органы. Это период нормального детского онанизма, который обычно запрещён. В результате к 17 годам 100% девочек и 50% мальчиков считают, что секс это не очень приятная необходимость. 90% наркоманов пишут, что главное удовольствие от наркотиков – это тепло, ощущение набухания частей тела и последующее их расслабление, соответствующее половому акту (20, 9). Удовольствие от половых отношений замещается аффектом удовольствия, имеющим фармакогенную природу (66).

Таким образом, во многих семьях при подобном воспитании у детей теряется связь с телом, в результате постоянного отрицательного подкрепления функций своего организма, что приводит к стимуляции только отрицательных эмоций, которые представляют собой реакцию на дефицит информации или на падение вероятности достижения цели (21). Теряется доверие и любовь к родителям, т.к. именно они являются источником отрицательных эмоций. Отсутствие доверительных отношений с родителями, в виде такой извращённой компенсации, ведёт к ранней половой жизни и аддиктивному поведению (91, 24). У детей не развивается культура и умение получать удовольствие от собственного тела, что приводит к поиску источника физиологического, чувственного наслаждения вне тела, вне нормальных сексуальных отношений (20). Жизнь оказывается обеднённой, и удовольствие от половых отношений замещается аффектом удовольствия, имеющим фармакогенную природу. Аддиктивное поведение представляет собой отчаянную попытку вылечить себя столь небезопасным «лекарством». В книге «Психология и лечение зависимого поведения» под ред. Скотта Даулинга говорится, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите (66). При употреблении наркотиков происходит не только стимуляция центров награды, которой не хватило в детстве от родителей, но и торможение центров отрицательного подкрепления или наказания, постоянно сопровождавшее их на протяжении детства (21). Вот и получается, что

наркозависимые пытаются компенсировать психологические травмы, полученные в детстве: недостаток внимания и любви родителей или заменяющих их лиц, дефицит физических контактов; вследствие этого повышают самооценку и компенсируют количество удовольствия, недополученного в детстве с помощью искусственных источников удовольствия – наркотиков (19, 58, 66, 75). Леонгард Шенгольд назвал такое раннее злоупотребление и пренебрежение детьми, убийством души (145). Таким образом, эмоциональные расстройства у наркоманов можно рассматривать как интегративные индикаторы различных форм социального неблагополучия и дезадаптации (49). С точки зрения нейрофизиологии, из-за сенсорной эмоциональной депривации в мозге оказываются несформированными целые участки нервных клеток, что говорит об элементах органического дефекта (52, 60). Вспыхивают проблемы в развитии и структурный дефицит, которые приводят к неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, а также адаптивно изменять и контролировать своё поведение (125, 137, 152, 112, 114, 156, 26). Дети неземоциональных родителей развиваются нередко с нарушениями эмоциональной сферы, что оказывается на всей линии их поведения: они испытывают неуверенность, поведение их импульсивно – они оказываются недостаточно устойчивыми к наркотическому соблазну (39, 146). Работы Хайнца Кохута показывают, каким образом дефицитарность структуры и развития конкретного индивида влияет на поддержание самооценки и как аддиктивные личности, в частности, используют наркотики в целях компенсации, тем самым, усугубляя органический дефект (52). Чем длительнее стаж наркотизации, тем грубее органические изменения головного мозга (64).

В основных чертах дефицитарность восприятия чувства приятного, радости или удовольствия близко к понятию «негативной аффективности» при депрессиях (77). Кохут замечал: «Наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а замещением дефекта в психологической структуре» (116, 117). З.Фрейд в книге «По ту сторону принципа удовольствия» писал, что течение психических процессов автоматически регулируется принципом удовольствия. И по мере взросления человека этот принцип удовольствия должен сменяться принципом реальности, при котором удовольствие по-прежнему остаётся целью, но получение его может быть отсрочено и человек может терпеть некоторое неудовольствие (87). Именно чувство естественного удовольствия делает человека лучше, добродушнее, отнимает зависть и недоверие; из него вырастает социальный инстинкт (62), с помощью него идёт социализация телесности. Путь социализации телесных феноменов пролегает через усвоение (означивание) и

порождение телесных знаков, расширение сети телесных действий (1). На группах телесно-ориентированной психотерапии клиенты учатся получать удовольствие от собственного тела, т.е. идет компенсация дефицита структуры и психологического развития, о которых говорилось выше, вследствие чего и развиваются перечисленные качества, происходит взросление личности и развивается принцип реальности, о котором говорил З.Фрейд; восстанавливается нормальный путь социализации телесности. С точки зрения восточных методов оздоровления для современного поколения, потерявшего связь с природой характерно беспокойство, являющееся следствием застоя энергии. В природе всё в движении – и при этом в покое. В человеке нет движения, есть отсутствие покоя – беспокойство. Человек стал противоположен природе, т.е. своему телу. Застой энергии в восточной медицине соответствует мышечным блокам и барьерам в телесно-ориентированной терапии. Они мешают нормальной циркуляции энергии в теле, вследствие чего возникают болезни. К исцелению ведут два пути: первый путь – работать непосредственно с барьерами; второй путь – научиться правильно дышать, двигаться. Кацудзо Ниши говорит, что первый путь доступен единицам, он очень труден и сложен, а второй путь доступен всем (63). Этот доступный для всех второй путь обретения покоя, которого так не хватает аддиктам, включает в себя все восточные оздоровительные системы: цигун, тайцзицюань, у-шу, йога и др. Именно в них на протяжении пяти тысяч лет были отшлифованы движение, пластика в сочетании с полноценным дыханием и концентрацией внимания.

Принцип удовольствия должен занимать в жизни человека определённое место, – но без крайностей как гипергедонизма, так и аскетизма. Гедонизм – наслаждение, стремление к земным радостям как принцип нравственности. Гедоническое начало (приятное и неприятное), появляется как конкретный механизм (горькое – выплюнуть, и т.д.) (40). Установлено существование анатомических и физиологических аппаратов, включённых в гедоническую регуляцию организма (66). Усиление влияния гедонистического сознания среди молодёжи может стать одним из факторов повышения уровня массового потребления психоактивных веществ. При исследовании гедонистического мировоззрения молодёжи г. Москвы выяснилось, что молодёжь культивирует принцип: «Удовлетворение потребности здесь и теперь», который носит инфантильно-регressiveный характер. Этот принцип является отклонением в «нарциссической» стадии развития, препятствующим социализации, взрослению, сепарации подростков от родителей, т.е. эмоциональной и личностной незрелости, а в ряде случаев существенно способствует приобщению к злоупотреблению ПАВ (48, 19, 102, 59, 3, 12, 66). Таким

образом, для современной молодёжи более характерна ангедония или гипогедония, а психоактивные вещества являются компенсирующим средством. Выявление дисбаланса аффективного реагирования предоставляет возможность судить о наличии нозологически неспецифического психопатологического феномена депрессивного круга (79). Ангедония рассматривается как качественная и количественная характеристика снижения или утраты чувства удовольствия определяется на основании таких симптомов и сфер, как безрадостность жизни, безразличие к развлечениям и прежним интересам, снижением пищевого и полового влечения, снижения восприятия приятных составляющих бытовых отношений, духовных и материальных стимулов, ранее привлекательной деятельности (99). Наркотизм – это гедонизм, подчинённый не удовлетворению потребностей, а самому себе, обслуживающий себя самого; ничего кроме духовного опустошения и телесного обветшания он не обретает (40). Гедонизм присущ всем млекопитающим, тем более человеку и должен являться физиологическим состоянием и имеет функциональный характер, т.е. служит удовлетворению потребностей, которые являются движущей силой жизнедеятельности (57). По данным Киткиной Т.А., больные с длительным стажем наркотизации после улучшения общего состояния отмечают «дефицитарность» качества жизни (36). В результате чего, психотерапевту необходимо научить побудить больного отказаться от какого-либо непосредственного удовольствия в ближайшее время, которое неизбежно приносит вред. Больной должен научиться только тому, чтобы уметь заменять непосредственно предстоящее удовольствие другим, более верным, хотя и несколько отложенным. Или, другими словами, он должен совершить под руководством врача тот переход от принципа наслаждения к принципу реальности, который отличает зрелого человека от ребёнка (88).

Практически все жизненно важные функции организма находятся под контролем опиоидных рецепторов; употребляя наркотики, происходит постоянное раздражение центров положительного подкрепления, как при стимуляции электрическим током (21). А к чему это приведёт, можно судить по широко известному опыту с крысами, которым в центры удовольствия вживлены электроды. В результате животные погибли от голода, не в состоянии отойти от кнопки, стимулирующей электроды (57). По многим данным большинство молодых людей пробует наркотики, чтобы получить удовольствие, испытать приятные новые ощущения (16, 102, 54). По данным А.Лешнера, однажды попав под наркотическую зависимость, человек фактически принимает наркотик не только ради удовольствия, а чтобы избежать болезненных симптомов абstinенции. Он пытается избежать подавленности и

боли, т.е. поднять уровень дофамина, чего не происходит, но он повторяет попытки снова и снова (53, 81). При употреблении наркотиков личностные черты человека сглаживаются, и постепенно идёт развитие «наркоманической личности», о чём говорят многие авторы (32). Для наркозависимых характерно: эмоциональная незрелость, нервозность, отсутствие контроля за своим поведением, неумение ставить цели и добиваться их, ложная система ценностей, выдвигают завышенные требования к жизни, к окружающим, ожидая их немедленного удовлетворения, расхождения между целями, амбициями и желаниями с одной стороны, и возможностями их достижения и удовлетворения с другой, уход от жизненных проблем (31, 102, 65). Употребление наркотиков порождает неуважение к себе, потерю чувства собственного достоинства, а потеря уважения к себе ведёт к заниженной самооценке, отсутствию чувства уважения к себе, ощущению своей слабости, эмоциональной незрелости, способствуя дальнейшему пристрастию к наркотикам. Свой неполноценный образ жизни такие личности компенсируют стимуляцией наркотическим веществом «зон комфорта» – это сигнал о том, что удовлетворены все желания, удовлетворены полностью, удовлетворены наилучшим образом – происходит ложная самореализация и «решение проблемы» (19, 39, 102, 8, 100, 101, 29, 125). Все эти причины развития наркоманической личности соответствуют по Стромстэду причинам, по которым теряется связь с телом:

- любого рода физическое, эмоциональное и/или психологическое насилие.
- ранние детские болезни, трудные роды, дефекты при рождении, травмы тела, полученные на самом раннем этапе жизни.
- плохие ранние объектные отношения, где «отзеркаливание» родителями, так необходимое ребенку для развития здорового ощущения себя, было неадекватным.
- неадекватные или нарушенные границы в межличностных отношениях членов семьи. Чувство стыда и критика, которые родители проецируют на ребенка (когда взрослые не в ладах со своим телом). Также эти чувства могут быть вызваны отвергающим или вторгающимся родителем.
- раннее оставление или игнорирование ребенка. Ощущение ребенком того, что его тело или качество его жизненности не соответствует культурному идеалу или семейному паттерну-стилю.
- религиозное обесценивание чувственности, потребности и роли тела как наиглавнейшей основы нашего восприятия, точки зрения и доступа к миру ощущений.
- выживание в катастрофах, таких как холокост, стихийные бедствия, войны (149).

Как видно, основная масса причин, ведущих к потере связи с телом – это взаимоотношения в

семье. Нарушения межличностных взаимоотношений в семье, в частности инфантильный невроз, являющийся фобическим ядром у большинства наркоманов (155, 157), таждественны психологическому состоянию после выживания в катастрофах, стихийных бедствиях, войнах: например у жертв Холокоста, у ликвидаторов Чернобыльской АЭС (128, 138, 139, 122, 123). Кристал предположил, что аффекты подвержены нормальному прогрессивному развитию, однако сами приводят к замедлению развития или травматической регрессии. В других случаях эмоциональный вакуум прерывается лёгкими вспышками ярости и гнева, МакДугалл называет таких пациентов «диз-аффективными», т.е. лишёнными аффектов (136). Вследствие этого определённые индивидуумы не способны дифференцировать свои чувства и телесные ощущения, склонны к соматизации аффекта, и не могут выражать свои чувства словами – это признаки Алекситимии, характерные для наркозависимых и для бывших узников концлагерей, для лиц с хроническими заболеваниями (118, 130, 133, 98, 103, 141, 41). О соматизации депрессий у детей и подростков в результате проведённого анализа говорит Исаев Д.Н.; вместо эмоциональных расстройств на передний план выступают хронические соматические симптомы, как желудочно-кишечные расстройства, энурез, расстройства сна, и т.д. (33, 34), т.е. депрессивный аффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями (83). О чувственной тупости при наркомании говорил ещё Случевский И.Ф.; затем Курек Н.С. и Самойлова М.В., в своих исследованиях обнаружили у них снижение точности распознавания эмоций по невербальной экспрессии и увеличение числа неэмоциональных ответов, что можно рассматривать как признак снижения эмоционального резонанса в общении, эмпатии, повышении порога чувствительности к переживаниям другого человека, т.е. эмоциональной тупости (76, 50). По Лоуэну, постоянная соматизация аффекта приводит к формированию хронических мышечных блоков, вследствие чего идёт нарушение потока энергии по телу. Регулярное выполнение упражнения «арка Лоуэна» очень помогает, т.к. происходит напряжение всех мышц в теле. Оно помогает найти человеку связь со своим телом, почувствовать нарушения и напряжения и понять их значение. Хроническое мышечное напряжение, блокирующее свободное течение возбуждения и чувства, часто обнаруживается в диафрагме, мышцах, окружающих таз, и в верхних частях ног. При наркотическом опьянении это течение наверх происходит на ранней стадии; а затем энергия уходит из головы, так же как и из нижних частей тела. Лицо теряет цвет, глаза становятся пустыми, или стеклянными, теряется жизнность. Тем не менее, остаётся ощущение приподнятости благодаря оттоку энергии вверх от земли.

На другом конце тела отток энергии от головы вызывает диссоциацию разума, который кажется плавающим свободно, без телесных границ (56). Наркотики постоянно используются в качестве искусственной аффективной защиты; они компульсивно употребляются для избавления от переполняющих человека эмоций. При использовании наркотиков всегда присутствует фармакологически подкреплённое отрицание и блокирование аффекта, что предполагает склонность к массивной аффективной регрессии (126, 129, 132). Исследования «расщеплённого мозга», проведённые Хоппе, показали, что к Алекситимии приводит анатомическая или функциональная диссоциация мозговых полушарий, преимущественно функциональная недостаточность правого полушария, возникающая как результат прижизненного формирования психики в особых, дефицитарных в том или ином отношении условиях (106, 107, 108, 61, 42). Алекситимия, по данным А.К.Бурцева, выступает в ряду приобретённых психологических качеств и корректируется с помощью психотерапевтических мероприятий (10). Немногочисленные и, главное, успешные попытки психокоррекционной работы с Алекситимиками направлены на использование невербальных средств общения, развитие и расширение арсенала средств символического выражения переживаний, базируются на принципе гармонизации двух слоёв опыта человека – смыслов и значений (1, 73, 72). Должна произойти интеграция, с точки зрения нейрофизиологии, это переструктурирование значимых для пациента матриц долговременной памяти, формирование центрально-детерминированных условных рефлексов. Возможно, в интеграции, как в физиологическом процессе, особую роль должно играть изменение межполушарной асимметрии корректируемого паттерна (особенно в отношении структур, связанных с обеспечением эмоций) (68, 71). Развитие творчества, образного мышления, например рисования и некоторых упражнений телесно-ориентированной психотерапии приводит к налаживанию контакта с правым полушарием (92). Положение о творческой сущности телесности лежит в основе телесно-ориентированных подходов. Высвобождение природных, спонтанных импульсов тела в ходе терапевтического взаимодействия создаёт возможности самораскрытия человека, проявления его творческой природы. Телесно-ориентированная терапия позволяет восстанавливать утраченные, искажённые, либо высвобождать отсутствующие взаимосвязи между чувствами, разумом и телом (35). Шанина Г.Е. в своей работе предлагает комплекс упражнений, направленных на устранение нарушений межполушарных взаимодействий, включающий в себя дыхательные упражнения, точечный массаж, движения и определённые позы (94). Все предложенные техники являются элементами телесно-ориентированной

психотерапии, основанные на восточных методах оздоровления.

По данным И.Н.Пятницкой – 2/3 наркоманов – это люди с незрелостью характера, не сумевшие освоить ценности общества, а потому – отвергающие их. Именно в молодёжной среде противоречия жизни достигают максимума. Психологи установили, что деятельность неформальных молодёжных групп должна быть экстремальной хотя бы по одному параметру: либо запрещённой, либо супермодной, экстраординарной, выходящей за рамки общепринятого, либо опасной и рискованной. Алкоголь и наркотики являются запретными, рискованными символами протеста против общественного, нормального и спокойного. Потому-то сейчас так велика опасность, что наркотики превращаются в часть молодёжной культуры. Проблемы молодёжной среды тесно взаимосвязаны, и проблема наркомании становится молодёжной проблемой (155, 65, 66, 44, 69). Последний пик молодёжной моды – пирсинг – «дырки в теле», с точки зрения психоанализа говорит о том, что наши дети протестуют против социального прессинга, их неприятие окружающего мира и себя в этом мире выливается в агрессию, направленную против собственных тел (17). Это один из признаков саморазрушающего поведения, к которому относится и наркомания. По данным С.В.Березина, К.С.Лисецкого, И.Б.Орешниковой, саморазрушающее поведение – антитеза личностному росту, в которой отмечается тенденция к регрессу, возникновению и фиксации механизмов психологической защиты, нарушению процесса созревания когнитивных структур у подростков (65). Целью саморазрушающего поведения является уменьшение непрестанной внутренней тревоги, это выход своему внутреннему напряжению, который позволяет ему не осознавать болезненные переживания (70). Произошёл процесс денивидуализации, который представляет собой психологическое состояние сниженной самооценки и критичности по отношению к себе, характерной для большинства современной молодёжи, что и ведёт к антинормативному и деструктивному, т.е. саморазрушающему поведению (142).

Аддиктивные больные в общем больше поддаются лечению, чем грубо ограниченные пациенты, по-настоящему страдающие от алекситимии (66). Можно сказать, что наркоман не лечится, а перестраивает свою психику, учится быть гибким в решении своих проблем. Делая более гибким тело, мы делаем более гибкой и душу, и наоборот. Тело воспринимается как процесс, а не как предмет, объект или субъект. Слово «процесс» подчёркивает, что мы имеем дело не с данностью, статикой, а с чем-то постоянно изменяющимся. Суть такого процесса лучше всего отражает один из принципов Дао: способность видеть статику в движении и движение в статике (31, 6). Согласно чисто феноменологической

точке зрения привлекательность того или иного индивидуума может быть, в основном, описана расслабленностью его мускулатуры, которая сопровождает гибкую психическую реакцию. Ритмичность движений, чередование мышечного напряжения и расслабления при движении сочетается со способностью к лингвистической модуляции и музыкальности. У таких людей имеется чувство непосредственного психического контакта (74), что не характерно для наркозависимых. Только с помощью наркотиков они достигают ощущения «раскрепощённого или открытого тела», пик которого приходится на область сексуального энергетического центра. Это «тайна» любого наркомана: «открытое тело» и «пластичное сознание», позволяющие достигать специфического психосоматического состояния (47, 38). Именно чувство непосредственного психического контакта и умение получать удовольствие от своего тела и своей жизни говорит о самостоятельности личности, что не характерно для наркозависимых. Самостоятельность человека – это характеристика, в основе которой лежит именно качество его мотивации (40). Без приятных ощущений нет мотивации защищать целостность личности (56). Каждый нормальный человек нуждается для психологического тонуса в определённом количестве положительных эмоций, в состоянии телесного комфорта. Человек может давать пустые обещания относительно намерения измениться, но до тех пор, пока он не столкнётся со своей проблемой на телесном уровне, реальные перемены вряд ли возможны (56). Способность заботиться о себе, в явной форме, выражена у взрослых в виде разумного планирования и осуществления деятельности, предчувствия вероятного вреда, опасности или угрожающей ситуации. Она сопровождается выраженным в определённой степени предупреждающими аффектами – чувствами страха, беспокойства или стыда. Такие реакции абсолютно отсутствуют или не развиты у аддиктов. Они периодически оказываются не в состоянии понять, что их поведение и реакции не учитывают ситуацию и условия, и поэтому подвергают опасности своё благополучие, не в состоянии предвидеть последствия своей зависимости (114, 110, 111, 113).

Психотерапевтически значим психобиологический уровень функционирования пациента, процессы которого субъективно воспринимаются пациентом как «текущие во мне», внутри организма. В личности он представлен преимущественно личностным статусом «Я – телесным», где фиксируются основные потребностные циклы организма (13). Наблюдения за животными показывают, что их поведение полностью отвечает запросам тела: они не переедают и не потребляют чрезмерного количества жидкости, и обычно пребывают в прекрасном физическом состоянии вплоть до глубокой

старости. Люди обычно меньше прислушиваются к своему телу. Они едят по многим причинам: чтобы испытать удовольствие от еды, чтобы успокоиться и т.д. По большей части мозг управляет событиями бессознательного внутреннего мира автоматически, и все действия предпринимаются либо периферической нервной системой, либо нижними уровнями ЦНС. Обращение к сознанию происходит только в тех случаях, когда для принятия решения нижним этажам не хватает прошлого опыта или там нет готовой программы действий (7). Контролируя сознанием тела, могут возникнуть не всегда объяснимые симптомы, боли, появляется постоянно ощущаемое напряжение в теле, скованность, спектр движения становится все более ограниченным (6). Движение есть естественный результат чувственного процесса, независимо от его качественного содержания и при рефлексе, и при внешнем проявлении эмоции, и при волевой деятельности (23). Эмоциональная жизнь человека зависит от подвижности его тела, которая в свою очередь является функцией потока возбуждения, проходящего через него. При нарушениях этого потока появляются блоки, проявляющиеся в тех местах, где уменьшена подвижность тела. То, что человек чувствует, также можно прочесть по положению тела. Эмоции являются телесными проявлениями; они – это движения или жесты внутри тела, обобщённым результатом которых является некое внешнее действие (56). В основе многих психосоматических симптомов можно обнаружить недооснащённость, недифференцированность системы значений: неразвитые образ тела, категориальные оценочные шкалы интрацепции, сложности перехода от операциональных, предметных значений к более развитым формам – верbalным (80). По данным Толмачёвой С.В., Ляшенко Г.П. у больных наркоманиями выявлена слабая способность использования верbalных стимулов в выработке мотивов поведения. В силу специфических особенностей психической деятельности традиционные методы рациональной психотерапии в лечении наркозависимых не приносят положительных результатов (85). В процессе взаимодействия врача и больного от 60% до 80% коммуникаций осуществляется за счёт неверbalных средств выражения и только 20–40% информации передаётся с помощью верbalных. С учётом этого авторы Юрьева Л.Н., Полтавец В.И., Ерчкова Н.А. и др. большое внимание уделяют подробному исследованию и описанию языка жестов и телодвижений (95). Отношение человека к жизни или его личный стиль отражается в том, как он держит себя, в его осанке, и в том, как он двигается (56).

В современной психотерапии имеется множество различных методик, техник, которые позволяют решать различные проблемы психической целостности личности. На состояние психической

целостности индивидуума, без сомнения, влияет физическое состояние его тела. По мнению Н.Курдюшова, психическая целостность имеет отношение к осознанию человеком своего тела, его динамических способностей, законов его существования в окружающем мире (47). Любое телесное движение представляло как актуализация психической активности. (84) И именно тело является единственным источником получения естественного удовольствия (20, 56). Тело и психика связаны нераздельно и оказывают постоянное взаимное влияние друг на друга (6, 56). Расслабление мышц с помощью как физического, так и психологического подхода позволяет людям начать чувствовать «целостность» (56). Понятие тела включает в себя сексуальность, которая является одной из основных функций, а также даже более важные функции: дыхание, движение, чувственность и самовыражение. Человек, который не дышит глубоко, уменьшает жизнь своего тела. И если его самовыражение сокращено, он лимитирует жизнь своего тела. Так как целью терапии является помочь человеку стать более непринуждённым и более выражающим себя, что в свою очередь ведёт к увеличению ощущения себя, терапевтическое лечение должно помочь убрать барьеры или блоки на пути самовыражения. Осознание процессов в теле является самым глубоким и широким уровнем сознания. Этими процессами являются ритмическое дыхание, вибрирующее состояние мускулатуры, непроизвольные и спонтанные действия, ощущения движения и пульсирующее расширение и сжатие кардиоваскулярной системы (56). Дыхание – это один из аспектов глубокого телесного ритма расширения и сжатия, который находит своё выражение также в пульсации сердца. Свободное, глубокое дыхание помогает достичь подавленных чувств и освободить их (55). Высокой эффективностью обладают в этой связи традиционные психофизические упражнения, прямо апеллирующие к «энергетической структуре» человека – йога, тайцзицюань, цигун, тайцзицигун и др. Именно поэтому в качестве терапии, работающей с телом необходимо применять и восточные оздоровительные системы. В них на протяжении тысячелетий, сохранились различные техники и упражнения, сочетающие в себе дыхание и движение. Восточные упражнения отражают интерес к жизненности тела или его духовности (55, 4, 25, 135). В частности в наркологической практике по данным Дэвида Торпа, при использовании йогических дыхательных практик в сочетании с техниками сакрального звука и аффирмациями появляется более свободное течение чувств, которое переживается как увеличение количества жизненной силы, состояние внутреннего комфорта и благополучия, улучшение здоровья и просто больше радости и экстатических состояний в жизни. Замечено, что при использовании данной техники

наступает улучшение в течении не только практических всех известных заболеваний, но и зависимостей, а также различных форм антисоциального поведения (86).

Одной из целей психотерапии является помочь пациенту в изменении своего мышления и поведения таким образом, чтобы стать более счастливым и продуктивным (51). Другой целью современной психотерапии является выдвижение формирования навыков на передний план психотерапии, в данном случае сформировать у наркозависимых навыки саморегуляции. По данным Уилсона и др. было обнаружено, что больные, страдающие опиатной зависимостью, имеют больше трудностей, связанных с саморегуляцией, чем обычные люди (153). Включение телесно-ориентированной психотерапии в работу позволяет повысить качество психотерапевтической помощи и расширить диапазон осознаваемых пациентом изменений его личности, дать систему психологической самопомощи, а также формирование навыков получения удовольствия от тела (14, 96). Многие аддиктивные пациенты не способны распознавать и идентифицировать переживаемые ими внутренние чувства; во время сеанса телесно-ориентированной психотерапии терапевт помогает им идентифицировать эти чувства (118). Человек, ощущая различные части своего тела, тела партнёра, совершая вместе с партнёром различные движения, толчки, шлепки, - обогащает собственное внутреннее содержание (4). Для человека, как для живого существа природы не характерна жажда одурманивания (59). Человек не склонен к химической зависимости, если он находится в согласии с самим собой и своими чувствами и способен адекватно выражать эти чувства, если он поддерживает здоровые отношения с другими людьми и может позаботиться о себе (66). С помощью телесно-ориентированной терапии можно компенсировать тот недостаток чувств и ощущений, приведший к наркозависимости; создаётся базовый опыт, который выведет наркозависимого из череды стереотипных реакций. Таким образом, выполняется ещё одно условие эффективности психотерапии наркозависимых по данным Khanzian, E.J., Halliday, K.S., & McAuliffe, W.E., который гласит о том, что необходимо научить аддиктов распознать у себя и у других, а затем прервать бесконечную череду повторения самопоражающих паттернов или модифицировать их, развивая более зрелые, менее стереотипные реакции, не требующие использования наркотиков и соответствующего стиля поведения (109). Особое место в телесно-ориентированной терапии отводится важности прикасания, который имеет неоспоримый терапевтический эффект. В то же время он чувствует себя связанным и неразрывным со своим телом и через тело – со своим окружением. У него появляется

чувство удовлетворения и внутреннего мира. Биоэнергетика – это терапевтическая техника, помогающая человеку вернуться обратно к своему телу и в полной степени насладиться своим телом (56).

Говоря об эффективности программ, воздействующих на тело и чувственную сферу можно вспомнить популярные на западе в 70-80 гг. программы, ориентированные на чувства. В результате исследования показано, что их влияние помогает прояснить личные взгляды на использование наркотиков (78). Доказана эффективность телесно-ориентированной психотерапии в лечении психосоматических заболеваний. Так, в работе Арнаут Л.А. с сотрудниками отмечается снижение пиков по шкалам ипохондрии, депрессии и тревожной мнительности, т.е. эта психотерапевтическая методика является эффективным средством коррекции невротоподобных нарушений (2). По данным Завьялова В.Ю., Теркулова Р.А., Татаринова С.В., телесно-ориентированная психотерапия с элементами йоги с успехом применяется в реабилитации больных с неврозами и алкоголизмом. У пациентов с неврозами наблюдалась редукция невротических синдромов, улучшилась социальная адаптация. У больных с алкоголизмом наблюдалась редукция патологического влечения к алкоголю: значительно уменьшилась субдепрессивная симптоматика и тревога, снизилась эмоциональная лабильность и дисфория, уменьшилось количество снов с алкогольным содержанием – в итоге в экспериментальной группе преобладают активные жизненные установки с предпочтением действенных альтернатив аддикции с разрушением старых жизненных алкогольных стереотипов (28).

Применение восточных систем оздоровления, доказавших свою эффективность на протяжении тысячелетий, в качестве телесно-ориентированной психотерапии очевидна, т.к. восточные методы относятся к психофизическому тренингу, куда относятся цигун, тайцзицюань, йога и др. Лечебное действие этих систем заключается в том, что благодаря определённым последовательным положениям тела, дыхательным упражнениям с концентрацией внимания, удаётся регулировать энергетические потоки организма, восстанавливать нарушенную гармонию и даже накапливать энергию (11). Эта философия полностью совпадает с теорией биоэнергетики и упражнениями Лоуэна. Основой восточных техник являются три составляющие: регулирование тела, дыхания и, вследствие этого, регулирование сознания (11), которые являются основой и телесно-ориентированной психотерапии.

Таким образом, очевидна необходимость использования телесно-ориентированной психотерапии на базе восточных оздоровительных систем в лечении и полноценной реабилитации наркозависимых.

Литература:

1. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // В кн. Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В.В., Тищенко П.Д., М., 1993, С. 48-58
 2. Арнаут Л.А., Михайлов Б.В., Филатов А.Т., Сердюк А.И. Методика телесно-ориентированной психотерапии при лечении психосоматических заболеваний // Журнал психиатрии и медицинской психологии. №1 (5), 1999, С. 100-102
 3. Багаева Н.В. О борьбе с вредными привычками в школе // Предупреждение вредных привычек у школьников. М.: Изд-во АПН СССР. - С.85
 4. Баскаков Ю.В. Телесно-ориентированная психотерапия и психотехника: обобщение и сравнительный анализ существующих подходов // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В.В., Тищенко П.Д., М. - 1993, С.58-65
 5. Берн Эрик «Игры, в которые играют люди» // Минск, 2000. - С. 3, 60
 6. Бирюкова И.В. Танцевально-двигательная терапия: тело как зеркало души // Журнал практической психологии и психоанализа. 1-2 май, 2001
 7. Блум Ф., А.Лейзерсон, Л.Хофстедтер. «Мозг, разум, поведение» // М., 1988, С. 50, 51, 125, 143, 207
 8. Борьба с наркоманией: проблемы и перспективы. Под ред. Е.Г.Мартынчик // Кишинёв, 1990. - С. 19, 30, 45
 9. Бузина Т.С. Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии // Вопросы наркологии. 1994. № 2. – С. 85
 10. Бурцев А.К. Алксситимия и соматогенные депрессии // Журнал психиатрии и медицинской психологии. №1 (5), 1999. - С. 29-35
 11. Бянь Чжичжун. Даосская оздоровительная гимнастика // Пер. с англ. Цзи Хуа, Киев, 2000
 12. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. Фонд НАН.М. – 1997. - С. 40
 13. Валентик Ю.В. «Миссии психотерапии в наркологии» // Лекции по наркологии под ред. проф. Иванца Н.Н., М., 2000
 14. Васильева В.Ю. Один из путей освобождения чувств через возвращение ощущений своего тела // Я встретил вас и всё... Проблема заземления чувств в русском теле. Материалы темат. конф. по телесно-ориент. психотер., М., УМК «Психология», 2000. – С. 52-55
 15. Воробьёв М.З. Психосоматика в культуре личности и социума (теоретическое обоснование роли и места) // В кн. Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В.В., Тищенко П.Д., М., 1993. - С.6
 16. Горбушева С.Н., Киреева Т.А. «Медико-социальные и педагогические проблемы наркомании и токсикомании у подростков и молодёжи // Уфа, 1999. – С. 4, 5, 8
 17. Грачёва В., Заренова И. «Тайны моего тела» // СПб, 1998. – С. 21, 36, 51, 52, 62, 71, 77, 83, 86, 89, 90, 92, 96, 97, 98, 101, 102, 125, 195
 18. Григорьева Е., Брюн Е.А.. Влечения и впечатления // Семья и школа. 1997, № 5. - С. 22, 23
 19. Гурски Станислав «Внимание, родители: наркомания» // Профиздат, 1989. – С. 40, 43, 44, 63, 92, 93
 20. Данилин А., Данилина И. «Как спасти детей от наркотиков» // М. 2000.- С. 33, 35, 54
 21. Данилова Н.Н. «Психофизиология». М. - 2000
 22. Дельгадо Х. «Мозг и сознание» // М., 1971. – С. 65
 23. Джемс У. Психология. М.: Педагогика, 1991. С. 313-332, 351-354
 24. Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследование образа физического Я: некоторые результаты и размышления // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаевой В.В., Тищенко П.Д., М., 1993. – С. 71-74
 25. Елисеев В.А. Психическая активность и психосоматические соотношения в традиционных взгляниях китайской народной медицины // Активность и жизненная позиция личности. – ИП АН СССР, М., 1988. - С 186-201
 26. Елисеев И.М. О социально-трудовой дезадаптации у больных полинаркоманиями // В сб.: Клинические аспекты социальной реадаптации психических больных. М., 1976. – С. 151-161
 27. Журнал практической психологии и психоанализа. 1-2 май 2001г. Формирование фантазии: точка зрения детского аналитика.
 28. Завьялов В.Ю., Теркулов Р.А., Татаринов С.В. Опыт применения телесно-ориентированной психотерапии с элементами йоги в лечении наркологических больных // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии. Новосибирск, 1996. – С. 35-37
 29. Засухин Е. Грань дозволенного // Свет. Природа и человек. 2001 – 4. - С. 24, 25
 30. Захаров Ю.А. Золотые рецепты китайской медицины // М., ООО «Пресверк», 2001. - С. 18
 31. Захаров Ю.А. Наркотики: от отчаяния к надежде // М., 1999. – С. 55, 57, 92, 93, 155, 167, 169
-
-

-
-
32. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Львова О.Ф. *О работе диссертационного совета при НИИ наркологии в 1999 году // Вопросы наркологии. № 1. - 1999. - С. 10-11, 12*
33. Исаев Д.Н. *Психосоматический (целостный) подход к анализу нервно-психических расстройств в детско-подростковом возрасте // Теория и практика мед. психологии и психотерапии / Тр. НИИ им. В.М. Бехтерева, СПб., 1994. - Т. 134. - С. 70-76*
34. Калитеевская Е.Р. *Отношение к болезни у подростков и юношей с хроническими соматическими заболеваниями // Психологическая диагностика отношения к болезни нервно-психической и соматической патологии. Тр. НИИ им. В.М. Бехтерева, СПб., 1990. - Т. 127. - С. 81-85*
35. Киселёва Л.А. *Телесно-ориентированная психотерапия. Введение. // Бюллетень ассоциации телесно-ориентированных психотерапевтов. М., 2001. - № 1. - С.23-27*
36. Киткина Т.А. *Типология ремиссий у больных опийной наркоманией // Материалы международной научной конференции. Часть 11. Гродно, 1993. - С. 328-329*
37. Киященко Л.П. *О границах телесности человека // В кн. Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В.В., Тищенко П.Д., М, 1993. - С. 7*
38. Козлов В., Майков В. *Основы трансперсональной психологии. М., Издательство Трансперсонального института, 2000*
39. Колесов Д.В. «Не допустить беды» // М., 1988. – С. 28, 108, 109, 144
40. Колесов Д.В. «Эволюция психики и природа наркотизма» // М., 1991. - С. 6, 11, 36, 42, 48, 148, 149, 165, 187, 189, 229, 235, 274, 287, 288, 303, 305
41. Коркина М.В., Марилов В.В. *Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1995. - Т. 95, № 6. – С. 43-47*
42. Коростелёва И.С., Ротенберг В.С. *Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаевой В.В., Тищенко П.Д., М. 1993. – С. 142-150*
43. Косенков Н.И., Соловьёв М.В. *Психологические особенности больных бронхиальной астмой, перенесших воздействие комплекса факторов радиационной аварии // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1997. - № 4. – С. 283-286*
44. Кошкина Е.А. *Наркомания: ситуация в среде учащихся Москвы // В сб.: Пульс. - № 9 (207), 1999*
45. Кривцун О.А. *Психологические корни эротического искусства // Психологический журнал, том 13, № 1, 1992. – С. 95-106*
46. Кривых Л.В. *К вопросу о типологии чувственности. // В кн. Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В.В., Тищенко П.Д., М., 1993. – С. 14*
47. Кудряшов Н. *Гиперборейская система целостного движения. Вопросы оздоровления // Вопросы ментальной медицины и экологии, том 7, № 2, 2001. - Москва-Павлодар. - С. 41-48*
48. Курек Н.С. *Гедонистическое мировоззрение в молодёжной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ // Вопросы наркологии. - № 2, 1996*
49. Курек Н.С. *Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова, 1991. - Т. 91, № 2. - С. 64-67*
50. Курек Н.С., Самойлова М.В. *Психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опийной и эфедроновой наркоманиями (мужчин) // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы респ. совещания наркологов 24-25 апреля 1989 года. Ашхабад, 1989. – С. 66-70*
51. Курис И.В. *Релаксационное движение, как инструмент психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии, том 7, № 3, 2001. - Москва-Павлодар. - С. 11-13*
52. Ланда А.Н. *Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами // Некоторые проблемы наркоманий. Сборник научных трудов. М., 1989. – С. 103-110*
53. Лешнер А. *Наркомания – заболевание мозга // Глобальные вопросы, 1997. - Т.2, № 3. Июнь. - С.2*
54. Личко А.Е., Битенский В.С. *Подростковая наркология. - Л., 1991. - С. 25, 37, 53*
55. Лоуэн А. *Психология тела. - М., Институт общегуманитарных исследований, 2000. - С. 7, 11, 18, 36, 43, 49, 72, 74, 75, 89, 109, 136, 143, 171, 178, 187, 190*
56. Лоуэн А. *Терапия, которая работает с телом. Биоэнергетика. - СПб., 2000. - С. 18, 20, 24, 30, 31, 39, 41, 43, 52, 58, 63, 72, 103, 105, 109, 111, 115, 129, 143, 173, 204, 206, 248, 250, 251, 253, 256, 268, 270*
57. Медико-биологические аспекты вредных привычек. - Нижний Новгород, 1995. С. 4, 5, 22, 28
58. Михайлов Д. *Наркома бросает вызов // Свет. Природа и человек. 2001 – 5. С. 6, 7*
59. Михлин В.М., Дюбин Е.А. *Осторожно: белая смерть. - Кишинёв, 1989. - С. 38, 43, 107, 135, 136, 137, 185, 201*
60. Найдёнова Н.Г. *Исходные состояния в клинике наркоманий // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Реп. сборник научных трудов. / Под ред. проф. И.Н.Пятницкой. М., 1992. - С. 51-57*
-
-

-
-
61. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаевой В.В., Тищенко П.Д. - М., 1993. - С. 84-93
62. Ницше Ф. Сочинения в 2 т. - М., 1990. - С. 279, 281, 283, 291, 296, 349, 456
63. Нииши Кацуудзо. Энергетическое дыхание. - СПб, изд. «Невский проспект», 2001. - С. 18, 19
64. Похилько Т.Т. Сравнительный клинико-экспериментальный анализ личностных особенностей больных с различными формами хронических интоксикаций наркотиками // Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. Ч. 1. Вопросы наркологии. Фрунзе, 1980. - С. 11-13
65. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. Под ред. С.В.Березина, К.С.Лисецкого, И.Б.Орешиковой. - М., 2000, Издательство института психотерапии. - С. 15, 19, 24, 25, 34, 35, 48, 56, 67, 75, 79, 97
66. Психология и лечение зависимого поведения. Под ред. Скотта Даулинга. Пер. с англ. Р.Р.Муртазина под ред. А.Ф.Ускова. - М., 2000. - С. 17, 18, 19, 25, 28, 29, 35, 51, 56, 90, 103, 105, 109, 111, 152, 154, 164, 175, 179, 205
67. Психосоматические и соматические расстройства у детей: Сборник / Под ред. Д.Н. Исаева, Б.Е. Микиртумова. - Л., 1990
68. Рабинович М.Я. Замыкальная функция мозга. - М.: Медицина, 1975. - С. 226
69. Романова О.Л., Швецова О.В. Программа профилактики приобщения к психоактивным веществам для дошкольников // Вопросы наркологии, 1993. - № 3. - С. 60-64
70. Рудестам Кьел. Групповая психотерапия. - Питер, 2000. - С. 110, 190
71. Сандромирский М. Интеграция – миф или реальность? // Свободное дыхание. Под ред. Козлова В. - Россия, 1994. - С. 66-71
72. Семёнова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаевой В.В., Тищенко П.Д. - М., 1993. - С. 94-100
73. Семёнова Н.Д. Групповая психологическая коррекция в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой // Автореферат канд. дисс. М., 1988
74. Сергеева Л. С. Телесно-ориентированная психотерапия. - СПб., 2000. - С. 16, 17
75. Скворцов В. К вопросу о терапии неврозов // Свободное дыхание. Под ред. Козлова В. - Россия, 1994. - С.113-114
76. Случевский И.Ф. Психиатрическая клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности. - М., 1956
77. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. - М., 1997. - С. 28-53
78. Соломзес Джон А., Чеурсон Вэлд, Соколовский Георгий Наркотики и общество. - М., 1998. - С. 183
79. Степанов И.Л. Место ангедонии в дисбалансе аффективного реагирования // Ж. Социальная и клиническая психиатрия, 2002. - № 1. - С. 97-99
80. Стеценко А.П. Понятие «образ мира» и некоторые проблемы онтогенеза сознания // Вест. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1987, № 3. - С. 26-37
81. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. - М.: Медгиз, 1956. – С. 346
82. Сукиасян С.Г. Световая депривация как один из факторов социально-стрессовых расстройств в условиях социально-психологического дискомфорта // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева, 1994. - № 1. – С. 37-45
83. Сукиасян С.Г. Соматизированные психические расстройства как маскированные депрессии: Обзор // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева, 1993. - № 2. – С. 60-70
84. Тищенко П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // В кн. Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В.В., Тищенко П.Д. - М., 1993. – С. 35, 36, 37, 38
85. Толмачёва С.В., Ляшенко Г.П. Особенности работы службы психоdiagностики и психотерапии в центре медицинской реабилитации больных наркоманиями // Современные проблемы наркологии, Астрахань, 1999. – С. 149-151
86. Торп Дэвид. Трансформирующее дыхание как способ интеграции сильных чувств // Я встретил вас и всё... Проблема заземления чувств в русском теле. Материалы темат. конф. по телесно- ориент. психотер. - М.: УМК «Психология», 2000. - С. 22-28
87. Фрейд З. Введение в психоанализ. – Минск, 1999. - С. 35, 43
88. Фрейд З. Психоанализ и учение о характерах. - Минск, 1999
89. Фридман Наркология
90. Хей Луиза Здоровый дух – здоровое тело. - М., 1998. - С. 6, 10, 109
-
-

-
-
91. Худяков А.В., Ульянов И.В. Аддикция к психоактивным веществам и ранняя половая жизнь подростков // Современные проблемы наркологии. - Астрахань, 1999. - С. 167-172
92. Цымбал А. Работа с телом как путешествие к целостности // Я встретил вас и всё... Проблема заземления чувств в русском теле. Материалы темат. конф. по телесно-ориент. психотер. - М.: УМК «Психология», 2000. - С. 47-51
93. Шабанов Наркомании
94. Шанина Г.Е. Специальное мышечное тестирование в системе диагностики и коррекции психоэмоционального состояния // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - № 2, 2000. – С. 39-43
95. Юрьева Л.Н., Полтавец В.И., Ерчкова Н.А. и др. Клинико-психопатологическое исследование и описание психического статуса. - Днепропетровск, 1994. - С. 3
96. Blatner Adam (*Individual Psychology*, 53(4), 476-482, Dec.1997); Постмодернизм и задачи психотерапии
97. Brazelton, T.B. & Tronick, E. *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*. J. Amer. Child Psychiatry, 1978, 17:1-13
98. Brown E.L., Fukuhara J.T., Feiguine R.G. *Alexithymic Asthmatics: The Miscommunication of Affective and Somatic States*. // *Psychother. Psychosom.* 1981. N36, pp.116-121
99. Chapman L., Chapman J., Raulin M. *Scales for Physical and Social Anhedonia* // *J. Abnorm. Psychology*, 1976, Vol.85, N 4, P. 374-382
100. Chein I. *The road to Heroin: Narkotics, Delinquency and Social Policy*. L., 1964
101. Cormier D. *L'acceptation de soi et la consommation de drogues fortes*. // *Toxicomanies*. P., 1973. Vol. 4 N 2. P.111-133
102. Dimoff T. and Carper S. "How to tell if your kids are using drags." // N.Y., 1992г., cmp. 33, 88, 102, 127, 139
103. Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. *Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma*. // *Psychother. Psychosom.* 1981. N36, pp. 63-71
104. Frommer J. *Methodologische Aspekte des Leib – Seele – Problems in Psychosomatik und Psychotherapie* // *Z. fur clinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*. 1996, N 3, S. 231-242
105. Glover, E. *The prevention and treatment of drug addiction*. // *Brit. J. Inebriety*, 29:13-18
106. Hoppe, K.D. *Severed ties*. In: *Psychoanalytic Reflections on the Holocaust: Selected Essays*, ed. S.A.Luel & P.Markus. New York: Ktav Publishing House, 1984, pp. 113-133
107. Hoppe, K.D. *Split brain and psychoanalysis*. *Psychoanal. Quart.*, 1977, 46:220-244
108. Hoppe, K.D. *Split brain – Psychoanalytic findings and hypotheses*. *J.Amer. Acad. Psychoanal.* 1978, 6:193-213
109. Khanzian, E.J., Halliday, K.S., & McAuliffe, W.E. *Addictions and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for substance Abusers (MDGT)*. // New York: Guilford Press
110. Khanzian, E.J. & Mach, J.E. *Alcoholics Anonymous and contemporary psychodynamic theory*. In: *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 7, ed. M.Galanter. New York: Plenum, 1989, pp. 67-89
111. Khanzian, E.J. & Mach, J.E. *Self-preservation and the care of the self –ego instincts reconsidered. The Psychoanalytic Study of the Child*, 38:209-232. New Haven, CT: Yale University Press. 1983
112. Khanzian, E.J. *Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment*. // *Amer. J. Psychotherapy*. 1974. 28:59-70
113. Khanzian, E.J. *Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions*. In: *Recent Developments in Alcoholism*, Vol.8, ed. M.Galanter. New York: Plenum, 1990, pp.225-271
114. Khanzian, E.J. *The Ego, the self and opiate addiction: Theoretical and treatment considerations*. *Internal. Rev. Psychoanal.* 1978. 5:189-198
115. Khanzian E.J., Treese C. // *Arch. Gen. Psych.* 1985, N 42, pp. 1067
116. Kohut, H. *The Analysis of the Self*. International Universities Press. 1971. P.46
117. Kohut, H. *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press. 1977
118. Krystal, H. *Adolescence and the tendencies to develop substance dependence*. 1982. *Psychoanal. Inqu.*, 2:581-617
119. Krystal, H. *Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment*. // *Internal. J. Psychoanalytic Psychother.*, 1982-1983. 9:353-388
120. Krystal, H. *Aspects of affect theory*. *Bull. Menninger Clinic*, 1977, 41:1-26
121. Krystal, H. *Catastrophic psychic trauma and psychogenic death*. In: *Psychiatric Problems in Medical Practice*, ed. G.U. Balis, L. Wurmser, E. McDaniel, & R.G. Grenell. Boston: Butterworth, pp.79-97
122. Krystal, H. & Nederland, W.G. *Clinical observations of the survivor syndrome*. In: *Massive Psychic Trauma*, ed. H. Krystal. New York: International Universities Press. 1968, pp. 327-348
123. Krystal, H. & Nederland, W.G. *Psychic Traumatization*. Boston: Litde, Brown
-
-

-
-
124. Krystal, H. & Raskin, H. *Addiction and pain*. Mimeographed. 1963
125. Krystal, H. & Raskin, H. *Drug dependens, Aspects of Ego Functions*. // Detroit: Wayne State University Press. 1970
126. Krystal, H. *Self and object-representation in alcoholism and other drug dependence: Implications of therapy*. In: *Psychoanalytic Memos of Drug Dependence*, ed. J.D. Blaine & D.A. Julius. NIDA Research Management 12. Washington, DC: Department of Health, Education and Welfare/U.S. Public Health Service, 1977, pp. 98-100
127. Krystal, H. *Self-representation and the capacity for self-care*. The Annual of Psychoanalysis, 1977, 6:209-246. New York: International Universities Press
128. Krystal, H. *Studies of concentration camp survivor*. In: *Massive Psychic Trauma*, ed. H. Krystal. New York: International Universities Press. 1968, pp.256-276
129. Krystal, H. *The genetic development of affects regression*. The Annual of Psychoanalysis, 1974. 2:98-126. New York: International Universities Press
130. Krystal, H. *The opiate withdrawal syndrome as a state of stress*. Psychoanal. Quart., 1962, (Suppl.) 36:53-65
131. Krystal, H. *Trauma and affect*. The Psychoanalytic Study of the Child, 1978, 33:81-116. New Haven, CT: Yale University Press
132. Krystal, H. *Trauma and the stimulus barrier*. Paper presented to meeting of American Psychoanalytic Association, New York. 1970
133. Krystal, H. *Trauma: Consideration of its intensitu and chronicity*. In: *Psychic Traumatization*, ed. H. Krystal & Niederland, W.G. Boston: Little, Brown, 1971, pp.11-28
134. Lamrecht. *Die psychosomatische Medizin zwischen Erklären und Verstehen* // Z. für clinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 1996, N 2, S. 213-219
135. Maisel, E. *Tai chi for Health*. N.-Y., 1972
136. McDougall, J. *The "dis-affected" patient: Reflections on affect pathology*. Psychoanal. Quart., 1984. 53:386-409
137. Milkman, H., & Frosch, W.A. *On the preferential abuse of heroin and amphetamine*. // J. Nerv. Ment. Dis., 1973. 156:242-248
138. Niederland, W.G. *Psychiatric disorders among persecution victims: A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its aftereffects*. J. Nerv. Ment. Dis., 1964, 139:458-474
139. Niederland, W.G. *The problem of the survivor*. Hillsides Hosp., 1961, 10:233-247
140. Nunes E.V., Donovan S.J., Brady R., Quitkin F.M. *Evaluation and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Opioid-dependent Patients*. // J. Psychoactive Drugs. 1994 (Apr.- Jun.), N 26 (2), pp. 147-153
141. Parker J.D., Badby R.M., Taylor G.J. *Toronto Alexithymia scale, EPQ and self-report measures of somatic complaints*. // Person. Individ. Diff. 1989. V. 10, N6, pp. 599-604
142. Postmes Tom, Spears Russell. *Deindividuation and antinormative behavior: A meta-analysis*. / Psychological Bulletin. 1998. Vol. 123. P. 238-258
143. Rounsville B.J., Kosten T.R., Weissman M.M., Kleber H.D. *Prognostic Significance of Psychopathology in Treated Opiate Addicts: a 2.5 Year Follow-up Study*. // Arch. Gen. Psychiatry. 1986, N 43, pp. 739-745
144. Savitt, R. *Psychoanalytic studies on addiction: Ego Structure in narcotic addiction*. // Psychoanal. quart., 32:43-57
145. Shengold, L. *Soul Murder*. New Haven, CT: Yale University Press. 1989
146. Seldin N.E. *The Family of the addict* // International Journal of the Addictions. N.Y., 1972. Vol. 7. N 1. P. 97-107
147. Sorokin P. *Sane sex order*. Bombay, 1961; Marcuse G. *Eros and civilization*. L., 1956
148. Stern, D.N. *The Interpersonal world of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books. 1985
149. Stromsted, T. «Re-inhabiting the female body» / Somatics(r). 1994-1995. V.10. N1. P.18-27
150. Spitz, R.A. *Hospitalism. The Psychoanalytic Study of the Child*, 1945, 1:53-74. New York: International Universities Press
151. Tannahill R. *Sex in History*. N. Y., 1980. P. 4
152. Wider, H., & Kaplan, E. *Drug use in adolescents*. The Psychoanalytic Study of the Child. 1969. New York: Internat. Univer. Press. 24:399-431
153. Wilson, A., Passic, S.D., Faude, J., Abrams, J., & Gordon, E. *A hierarchical model of opiate addiction: Failures of self-regulation as a central aspect of substance abuse*. // J. New. Ment. Dis. 1989. 177:390-399
154. Woody G.E., McLellan T.A., Luborsky L., O'Brien C.P. *Psychotherapy and Counseling for Methadone-maintained Opiate Addicts: Results of Research Studies*. // NIDA Res. Monogr. 1990, N 104, pp. 9-23. Wurmser, L. *Phobic core in the addictions and the addictive process*. Internal. J. Psychoanal. Psychother., 1980, 8:311-337
-
-

-
-
155. Wurmser, L. *Phobic core in the addictions and the addictive process*. Internal. J. Psychoanal. Psychother., 1980, 8:311-337
156. Wurmser, L. *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use*. //J. Amer. Psychoanal. Assn. 1974. 22:820-843
157. Wurmser, L. & Zients, A. *The "return of the denied superego" – A psychoanalytic study of adolescent substance abuse*. Psychoanal. Inqu., 1982, 2:539-580

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ, ИССЛЕДУЮЩИХ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ – ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС»

А.Парпиева

г. Бишкек

Подчеркивая значение клинического исследования больного, необходимо отметить важную роль системы взаимоотношений врача и пациента [44, 62, 79, 80]. Как заметил Р.А.Лурия, по мере успехов инструментального и лабораторного исследования больных, у врачей часто все больше и больше отходит на задний план изучение субъективных ощущений, а главное личности больного.

Начало исследований личности как системы отношений связано с именем одного из основателей русской медицинской психологии, сотрудника В.М.Бехтерева - А.Ф.Лазурского [41, 42]. В дальнейшем его исследования были продолжены В.Н.Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка этой концепции личности [27].

Главной характеристикой личности В.Н.Мясищев считает систему ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях [47, 48]. Избирательная психологическая связь человека с различными сторонами жизни выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Личность проявляется в различных областях отношений – это, прежде всего, социальные отношения и взаимоотношения, отношения в семье, на рабочем месте, а также во взаимодействии с врачом и с собственной болезнью [28].

В.Н.Мясищев определяет личность как систему отношений индивида с окружающей средой, как целостную, организованную систему активных, избирательных, сознательных и социальных связей с реальной действительностью. Отношения, определенным образом связанные между собой, образуют систему отношений с индивидуальной значимостью и иерархизацией. Система отношений дает определенные способы поведения и играет в плане целостного поведения направляющую и динамицирующую роль, определяя, таким образом, социальное функционирование и адаптацию

личности в самом широком диапазоне, что и является ее важнейшей функцией. В.Н.Мясищев выделяет основные классы или подсистемы отношений: 1) отношение к миру явлений и предметов; 2) отношение к другим людям; 3) отношение к себе [29, 49].

Интересны воззрения Гарри Стэка Салливана на терапевтический процесс. Он полагает, что исследования в области душевного здоровья должны быть главным образом направлены на изучение процессов, которые затрагивают не одного человека, а людей, а именно отношения между ними: «Душевные расстройства или психиатрическую симптоматику во всех ее разнообразных проявлениях следует перевести в термины межличностных отношений. Человек достигает душевного здоровья в той степени, в какой он осознает свои межличностные взаимоотношения». В свою очередь, Ирвин Ялом (2000) также подчеркивает, что психиатрическое лечение заключается в «расширении Я» пациента до такой степени, что он, каким он известен себе, и он, определенным образом ведущий себя по отношению к окружающим, становится в значительной мере одной и той же личностью [82, 168].

Результатом изучения взаимоотношений пациента с врачом и с собственной болезнью явилось учение об аутопластической картине болезни, предложенное впервые немецким психологом Гольдшайдером. Немецкий автор отнес сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагает больной из прежнего своего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными. Гольдшайдер рассматривает сензитивную и интеллектуальную части аутопластической картины болезни. Первую составляют субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного. Вторая, является надстройкой над ними, созданной уже самим больным, размышлением о своей болезни, своем самочувствии и состоянии [67].

Советский ученый Р.А.Лурия предложил систему отношений пациента с собственным расстройством назвать внутренней картиной болезни (ВКБ). Под ВКБ подразумевается все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм [44].

Первые попытки моделирования ВКБ были сделаны Резниковой Т.Н. и Смирновым В.М. в 1976 году. Они выделили функциональную структуру ВКБ, в основу которой положили понятие «церебральное поле болезни» и формируемая на его основе «психологическая зона информационного поля болезни». Авторы считают, что материальным субстратом церебрального информационного поля болезни являются матрицы долгосрочной памяти, фиксирующие информацию о нарушениях процессов жизнедеятельности организма, вызванных болезнью, об особенностях функционирования организма в тех условиях, которые вызывает болезнь. Эти матрицы ассоциируются в функциональные комплексы, а последние служат основой представлений личности о своей болезни. Названные матрицы или их комплексы могут включаться в информационные системы мозга и благодаря этому влиять на различные стороны работы мозга, а, следовательно, и психики [61, 66].

В 1989 году Соложенкиным В.В. была разработана конструкция личностно-средового взаимодействия (ЛСВ), как ведущего компонента хронического эмоционального стресса, лежащего в основе развития психосоматической патологии. В системе ЛСВ выделено понятие близкое к понятию ВКБ, являющееся основным адаптационным механизмом при взаимодействии с болезнью - это «адаптационный образ болезни» (АОБ), связанный с «адаптационными образами Я» и «среды». Автор выделил три самостоятельных блока, составляющих адаптационный образ болезни: 1) блок происхождения и механизмов возникновения заболевания; 2) блок модели болезни и ее прогноза; 3) блок прогноза результатов терапии и исхода заболевания. Было подчеркнуто, что основным отличием адаптационного образа болезни от внутренней картины болезни является то, что АОБ раскрывает адаптивный характер взаимодействия пациента с собственной болезнью [68].

В своем учении Р.А.Лурия отметил, что изучение внутренней картины болезни является результатом психологического контакта двух личностей – личности врача и личности пациента: «Влияние личности врача на психику больного настолько велико,

что в целом ряде случаев оно иногда даже определяет течение болезни и, во всяком случае, играет исключительно большую роль в установке больного, резко изменяя окраску его ощущений, особенно интеллектуальную часть внутренней картины болезни». Взаимоотношения врача и пациента Р.А.Лурия описал как психологический контакт, который во многом обеспечивает и правильный диагноз, и эффективную терапию. Более того, подчеркивается, что уже с исследования начинается «могучее влияние врача на больного со всеми благоприятными и неблагоприятными результатами, свойственной всякой терапии». Процесс исследования пациента является терапевтическим методом, однако до сих пор этому вопросу уделяется недостаточное внимание [44].

В исследованиях многих авторов встречается понятие терапевтический контракт как наиболее гибкой формы терапевтического контакта. В основе терапевтического контракта лежит взаимно согласованное терапевтом и пациентом понимание болезни и лечения [7, 8, 40]. Заключение терапевтического контракта преследует цель оптимизации решения проблем ожиданий, требований пациента и индивидуализации терапии. «Контрактная (договорная)» модель взаимоотношений «терапевт – пациент» с одной стороны, соответствует духу частного предпринимательства, рыночных отношений спроса и предложения, этике купли-продажи, а с другой он позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими его участниками. Психотерапевт и пациент могут с большим удовлетворением и мотивацией приступить к лечению на основе соглашения (контракта, договора) относительно общего понимания болезни и стратегии лечения [30, 31].

По определению Кроун С. (1997) сущностью терапевтического контракта является достижение согласия между терапевтом и пациентом относительно проблем, с которыми нужно работать, и связанных с ними целей, в терминах, понятных клиенту. А также уточнил, что терапевт должен сформулировать рабочую гипотезу, которая основана на его понимании психодинамического фундамента проблемы, ее развития и имеющихся проявлений [37].

В работах Ральфа Р.Гринсона (1965) отслеживается понятие созвучное с понятием терапевтического контракта – это «рабочий альянс» [16]. Р.Р.Гринсон писал, что «рабочий альянс» является важным терапевтическим ингредиентом, который жизненно важен для успеха или провала терапевтического лечения. Рабочий альянс – это относительно неневротические, рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, которые дают возможность пациенту целеустремленно работать в аналитической ситуации. В работах З.Фрейда упоминается «эффективный перенос», как форма взаимопонимания, которая должна быть установлена до того, как интерпретация будет дана

пациенту. Феничел (1941) описывает «рациональный перенос», Стоун (1961) говорит о «продуманном переносе», Зетцель (1956) – о «терапевтическом альянсе», Нач (1958) – о «присутствии аналитика» – все это относится к одной и той же концепции – концепции терапевтического контракта.

Рабочий альянс, по определению Штерба (1934), формируется между сознательным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика. Клиническое проявление рабочего альянса состоит в готовности пациента выполнять различные процедуры психоанализа и в его способности работать аналитически с теми инсайтами, которые являются регрессивными и причиняют боль. Рабочий альянс – часть взаимоотношений с аналитиком, которая делает возможным для пациента сотрудничество во время аналитического сеанса [19].

Детализируя некоторые аспекты заключения терапевтического контракта, Сидней Блох [9] отмечал, что основной позицией терапевта должна быть гибкость, а относительно пациента – это наличие, так называемого, базового доверия. Базовое доверие – особый вид перенесения являющийся основой терапевтического союза и обеспечивающий поддержание взаимоотношений терапевта и пациента в течение довольно длительного времени. В течение терапии, процессе взаимодействия всякие изменения не должны носить импульсивного, спонтанного характера, а должны подвергаться тщательной проработке. Вышеописанное позволяет понять все последствия изменений в личности клиента, его проблем, жизненной ситуации, его отношений с терапевтом.

Lazare, Ewenthal, Wasserman (1975), обсуждая проблему основ взаимодействия в системе «врач-пациент», остановились на двух процессах, происходящих во время терапии: во-первых, исследуя трудности пациента, терапевт пытается создать относительный порядок и понимание вместо хаоса; во-вторых, делая это, терапевт излагает свое понимание происходящего на языке, понятном пациенту. По мнению этих авторов [9] именно описанные два процесса предполагают осторожное и детальное обсуждение различных, иногда противоречащих друг другу систем ценностей, в результате чего создается основа для терапевтического союза.

Немаловажное значение приобретает исследование вопросов, касающихся системы взаимоотношений врач-пациент в комплексном понимании проблемы синдрома зависимости [30, 31, 46, 50-55, 63]. Продуктивность взаимоотношений нарколога с пациентом, лежащая в основе так называемого терапевтического контракта, обуславливает эффективность терапии проблем зависимости [46, 50-55, 63].

Однако в исследованиях некоторых авторов можно проследить идею того, что синдром зависимости не является показанием к проведению психотерапии [9]. Так существует убеждение, что психотерапия

показана всем людям, у которых психологические факторы признаны основной или одной из основных причин дистресса и нарушения способности жить нормальной жизнью. Лица, имеющие химическую зависимость, отнесены этими авторами к категории «неуправляемые», в силу их болезни, имеющей больше органическую природу [9].

Hartocollis (1977) заметил, что пациенты с зависимостью от наркотиков и алкоголя – неподходящие кандидаты для психотерапии. Сидней Кроун (1977) [37], в свою очередь, утверждал, что одним из интрапсихических противопоказаний к психотерапии является низкий контроль над импульсивностью: «Зачастую импульсивность сочетается с плохой переносимостью фruстрации и приводит к значительным трудностям в осознании и прорабатывании неизбежно возникающих во время долгосрочной терапии конфликтов. Такие пациенты стремятся обрвать лечение без особых раздумий или прибегают к импульсивным, самоповреждающим моделям поведения вплоть до суицида. Лица с лекарственной зависимостью, включая алкогольную, особенно склонны к импульсивному поведению.».

Несмотря на вышесказанное, исследованиями многих авторов доказано, что психотерапия выступает в качестве одного из наиболее значимых факторов лечения алкогольной и наркотической зависимости [2-6, 23-25, 28, 36, 50-55, 63], в связи с чем, интересно рассмотреть научные изыскания в сфере психологических особенностей синдрома зависимости.

Завьялов В.Ю. в своих работах, проводя аналогию с концепцией Мясищева В.М., называющей невроз болезнью личности, отнес алкогольную зависимость также к болезням личности. Подчеркивая, что люди не рождаются зависимыми от алкоголя, а становятся таковыми в ходе неблагоприятного развития личности. Под «развитием личности» автор подразумевал «процесс непрерывных, продолжающихся в течение всего цикла жизнедеятельности человека адаптивно необходимых изменений, трансформаций, перестроек и усовершенствования всей системы, именуемой личностью» [26].

Валентик Ю.В. разработал «психогенетическую концепцию личности», выделяющую универсальные личностные статусы (ЛС), составляющие, так называемую, нормативную часть личности. К главным универсальным ЛС отнесены следующие: «Я – телесное»; «Я – ребенок»; «Я – мужчина/женщина»; «Я – партнер»; «Я – родитель»; «Я – член группы». В условиях хронически текущего психического расстройства, каким является зависимость от психоактивных веществ, формируется патологическая часть личности – патологический личностный статус – «Я – наркоман». Таким образом, использование данной концепции личности, позволяет обозначить пути для психотерапевтических изменений: нейтрализация, минимизация патологической

части личности и активизация ресурсов нормативной части личности [12].

Некоторые исследования дают следующие характеристики личности пациентов с синдромом зависимости: наличие установки на быстрое удовлетворение потребностей при малых затратах усилий; установки на пассивные способы защиты при встречах с трудностями; установки на избегание ответственности [10, 17, 18, 33, 34, 43].

В работах Трескова В.Г. (1979) рассмотрены вопросы формирования «Я – концепции» у лиц с алкогольной зависимостью. Активное формирование «Я – концепции» происходит под влиянием «сферы свободного общения», под которой Тресков В.Т. подразумевает окружение, в которой проходит прием алкоголя. Формирование «концепции собственной болезни» автор связывает с распадом системы так называемых «защитных механизмов личности» [74].

Защитные механизмы или «алкогольная анозогнозия» в исследованиях Л.В.Ключковой (1989) рассмотрены с позиции формирования внутренней картины болезни у больных с алкоголизмом. Автором отмечено, что так называемая «общественная анозогнозия» в сочетании с положительным отношением к алкоголю в обществе формирует и поддерживает неадекватные представления об алкоголизме, и именно эти феномены лежат в основе первичной внутренней картины болезни у больных алкоголизмом. «Общественная анозогнозия» является тем эталоном, с которым больной алкоголизмом сравнивает собственный опыт алкоголизации и который длительное время удерживает больного от обращения к врачу-наркологу [32].

В работах А.Н.Шурыгина отмечается, что на первый план во внутренней картине болезни при алкоголизме выдвигаются представления «...о существующих нарушениях правопорядка, отношений в производственном коллективе, семейных конфликтах, возникающих вследствие заболевания» [77]. О.В.Лаврентьев, изучая образ болезни при наркозависимости, отметил, что среди лиц с наркотической зависимостью преобладает дезадаптивный тип взаимодействия с болезнью и преобладающим является психосоматический вариант. Преобладающие психологические защиты: вытеснение, «откладывание решения проблемы на будущее» [39].

Елшанский С.П. [22], исследуя механизмы структурирования внутреннего опыта у пациентов с опиоидной зависимостью, отметил, что внутренний опыт данной категории пациентов отличается нестабильностью и неструктурированностью. На более ранних этапах развития личности это приводит к поведенческой дезадаптации и психическим расстройствам, а затем – к наркотизации, что, в свою очередь, усиливает дефицитарность механизмов структурирования внутреннего опыта.

В силу многообразия индивидуальных психологических особенностей формирования синдрома зависимости, возникает вопрос адекватности терапии этим особенностям. Тема адекватного выбора терапевтического подхода при лечении наркологических проблем было посвящено значительное количество работ. Причиной этому явилось общее признание того факта, что результаты лечения, особенно в тяжелых случаях, мало удовлетворительны [20, 142].

В настоящее время считается, что неадекватный выбор вида помощи вносит существенный вклад в неудовлетворительные исходы терапии [107], а также что более точный выбор вида лечения, соответствующего нуждам клиентов, в будущем позволит значительно улучшить его исходы.

Annis H.M., Chan D. (1983) [84] сравнили результаты крайне конфронтационной разновидности групповой терапии с контрольной группой заключенных с алкогольными проблемами. Показано, что клиенты с высоким уровнем самоуважения совершили меньше повторных правонарушений, а клиенты с низким уровнем самоуважения – больше. Таким образом, показано, как важно варьировать подход – в данном случае, к работе с самоуважением клиента, с тем, чтобы решить, кто должен получить соответствующую терапию; клиентам с низким уровнем самоуважения конфронтационная групповая терапия не только не полезна, но даже вредна.

Другой вид «соответствия» вида терапии нуждам клиентов был описан в работе McLellan A.T. et. al. (1983). Эти исследования изучили степень психологических расстройств или «тяжесть психических заболеваний» у клиентов, которые проходили ряд терапевтических программ. Было обнаружено, что исходы лечения клиентов с тяжелыми психическими расстройствами были одинаково неудовлетворительными, как при амбулаторном, так и стационарном режиме лечения; в тоже время исходы лечения клиентов с незначительными психическими отклонениями были значительно лучше вне зависимости от того, в каком терапевтическом формировании они находились. Эти данные [132-137] продемонстрировали взаимосвязь между исходом терапии и тяжестью психических расстройств.

Kadden R.M. et. al. (1990) в исследованиях сравнили навыки разрешения проблем с групповой терапией. Показано, что тренинг навыков разрешения проблем давал хорошие результаты при лечении антисоциальных, психопатичных клиентов и клиентов с маловыраженными когнитивными расстройствами. Неожиданно обнаружилось, что для клиентов с выраженным когнитивными расстройствами более подходящей является групповая терапия; этот факт авторы попытались объяснить тем, что тренинг навыков разрешения проблем предъявляет слишком большие требования к способностям

клиентов с выраженными расстройствами когнитивных функций. Авторы высказали мнение, что во время исследований клиентов следует подразделять на группы (которые различаются по видам оказываемой терапии) как предсказуемым, так и случайнym, поисковым образом [116, 124].

Выбор соответствующей терапии может проводиться с учетом следующих возможностей. Например, в работах Annis H.M. [83, 85-88] описан подход к выбору видов терапии, базирующийся на учете параметров личности клиента или других общих характеристик. Клиентам с высоким уровнем тревоги показан тренинг по уменьшению тревожности. Клиентам с соответствующими проблемами показан тренинг социальных навыков, клиентам с семейными неурядицами, обусловленными употреблением психоактивных веществ – семейная терапия и т.д.. Выбор адекватных видов терапии может проводиться на основе учета таких характеристик, как уровень зависимости, степень выраженности обусловленных психоактивным веществом проблем, возраст, пол и семейный статус.

В дополнение к характеристикам клиента, при выборе видов терапии следует учитывать и характеристики терапевта. Характеристики терапевта в значительной степени влияют на мотивацию клиента к выздоровлению [118, 122]. В литературных источниках по психотерапии и бихевиоральной терапии традиционно говорят о «неспецифических» факторах лечебного процесса. Такие неспецифические факторы имеют отношение ко всем формам лечения и являются общими моментами, обеспечивающими успешные исходы лечения. Среди неспецифических факторов наиболее важны характеристики терапевта и стиль его взаимодействия с клиентом [15, 35, 78].

Так, Карл Роджерс и его последователи [121, 151, 152, 170] описали три переменных – три характеристики терапевта, которые, по их мнению, в основном определяют улучшение состояния клиента. В этой известной триаде терапевт является аутентичным. Аутентичность – понятие, разработанное в гуманистической психологии и психотерапии, отражающее одну из важнейших интегративных характеристик личности. Он стремится сохранить, безусловно, положительную позицию по отношению к больному, принимая (акцептируя) его с уважением как личность, и эмпатичным (сопереживающим).

Обладать эмпатией – означает воспринимать субъективный мир, охватывающий весь комплекс ощущений, восприятий и воспоминаний другого, доступных сознанию в данный момент, воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как, если бы воспринимающий сам был этим другим человеком [31]. По определению Хизера Н.(1999), эмпатия – это способность аккуратно отражать опыт клиента таким образом, чтобы это приводило его к серьезным открытиям по поводу самого себя [76].

Ташлыков В.А. [71-73], с точки зрения характера активности врача и участия больного в лечебном процессе выделил две основные формы взаимоотношений: руководство и сотрудничество. При стиле психотерапевтического руководства врач занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Нередко такой врач наделяется «магическими» качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям. Эти больные воспринимают врача как доминирующую силу и ориентированы на подчинение по типу «врач знает все, больной – ничего». Больным с относительно социально не зрелой личностью, нуждающимся в руководстве, авторитетных советах, при слабой мотивации к лечению и пассивной установке необходим этот тип контакта. Ташлыков В.А. отметил, что недостатком такого типа взаимоотношений является низкая активность больного, а также нередко зависимость от врача по завершении лечения.

Для другого типа взаимоотношений врача и больного – психотерапевтического сотрудничества – характерно стремление терапевта к развитию с первых же встреч с пациентом максимально возможной его активности в процессе лечения. Врач при этом считает, что пациент самостоятелен в принятии решений относительно лечения, вопросов, связанных с актуальной жизненной ситуацией, и т.д. Пациент ожидает, что врач будет обсуждать и согласовывать с ним все предпринимаемые им действия, оставляя право принятия решения за пациентом.

К.Левин и др. [31], проводя исследования в сфере взаимоотношений врач-пациент, выделили авторитарный, демократичный и попустительствующий стили руководства и связали их с продуктивностью решения групповой задачи и удовлетворенностью участников групповым опытом.

При авторитарном стиле руководства все виды поведения определяются руководителем. Каждый шаг в деятельности группы директивно продиктован руководителем. Руководитель определяет индивидуальные задачи и партнеров для работы. Он «субъективно» хвалит или критикует отдельных участников, оставаясь в стороне от участия в групповом процессе

При демократичном стиле основные формы поведения определяются групповой дискуссией, а также в ходе групповой дискуссии намечаются цели и задачи. Две или более альтернативные процедуры группового занятия часто предлагаются руководителем. Определение задач и выбор партнеров для их решения – дело группы. Руководитель «объективно» хвалит и критикует членов группы, постоянно стараясь быть участником группы.

Попустительствующий стиль характеризуется полной свободой индивидуальных и групповых решений при минимальном участии руководителя. Материалы для групповых занятий предоставляются

руководителем, хотя информация предлагается им только в ответ на запрос. Руководитель устраняется от руководства. Он редко комментирует действия участников и не пытается оценивать или регулировать ход событий.

Исследования, проведенные Lewin K. et. al. (1939), показали, что демократичный руководитель предпочтительнее, чем авторитарный, стремящийся к жестким способам управления, чем попустительствующий, отказывающийся от управления.

Однако, Bach G. (1966) считает, что структурированный подход усиливает начальную кооперацию, понижает тревожность и сопротивление руководителя и участников, конкретизирует их ожидания и, таким образом, предоставляет им возможность сконцентрироваться на отдельной личности и целях группы [91]. Социально-психологические исследования дают основание полагать, что на ранних этапах развития группы, чем слабее структурирована группа, тем больше участников привлекает центрированная на руководителе ориентация [31].

Продолжая исследовать особенности так называемых «неспецифических» факторов терапевтического процесса, вернемся к работам Ташлыкова В.А. (1984), осветивших вопросы образа «идеального» врача и пациентов. Были выделены следующие образы «идеального» врача:

1. эмоционально-нейтральный, недирективный врач – уравновешенный, спокойный, ровный в отношениях со всеми, внимательный, окружающих оценивает справедливо, проявляя тем самым объективность;

2. эмоционально-нейтральный, директивный врач - наличие твердых убеждений, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до определенного конца. По отношению к больным он внимателен, сдержан, умением убеждать и винить он оказывает сильное влияние на больного. Этот образ врача больше импонировал больным с неврастенией;

3. сопереживающий недирективный врач – добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к глубокому сочувствию и состраданию, вызывающий у больного полное доверие и откровенность, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям больного;

4. сопереживающий директивный врач – ему свойственно стремление проникнуть в суть переживаний пациента, несмотря на склонность к сочувствию, он будет действовать непреклонно и сможет заставить больного следовать его указаниям. Своей чуткостью, отзывчивостью и в то же время твердостью, строгостью он вызывает доверие и уважение. Данный образ чаще отмечался больными неврозом навязчивых состояний.

Свидетельства, полученные в сфере лечения наркологических проблем, подтверждают, что эффективная терапевтическая служба не может

абстрагироваться от учета характеристик терапевта [128, 130, 138, 155]. Данные показывают, что эти характеристики могут в такой же (если не в большей) степени, как вид выбранной терапии, влиять на исход лечения [141, 153].

Исследования в сфере взаимоотношений между врачом и пациентом с синдромом зависимости показывают, что индивидуальный психотерапевтический стиль врача-нарколога в значительной мере определяется соотношением устойчивых личностных характеристик, таких как, выраженность эмпатийных качеств и стремлением к доминированию. Установлению адекватных ролевых взаимоотношений, способствующих формированию конструктивных контактов с больными, имеющими астенические и апатические типы изменений личности, ведущее значение принадлежит эмпатийным качествам врача, которые способствуют проведению недирективных форм психотерапии. У пациентов с эксплозивными и истерическими типами изменений личности конструктивные взаимоотношения формируются успешнее при директивной позиции врача, его стремлении к доминированию и применении суггестивных методов психотерапии [21, 45, 59].

Павлов И.С. и Безносюк Е.В. [59], исследуя отношение больных алкоголизмом к лечению, показали, что более чем $\frac{3}{4}$ пациентов не считают себя больными, поступают на лечение не по собственной инициативе, а вследствие ухудшения социального статуса и материального положения, давления со стороны семьи и общественности. Было отмечено, что формы и методы психотерапевтического воздействия в значительной мере зависят от восприятия больным своей болезни, его отношения к лечению.

Одной из немаловажных проблем взаимоотношений врач-пациент является постановка лечебных целей. Постановка лечебных целей является исключительно важной для достижения эффективности терапии и удовлетворенность ее результатами со стороны, как больного, так и врача [29, 71-73]. Цель – такой мотивационный фактор, при котором осознается результат поведения. Для достижения терапевтических целей необходимо наличие у пациента мотивации, четкое формулирование терапевтических целей, анализ причин, побуждающих пациента к лечению, а также совпадение целей пациента и его врача. Строгое определение целей терапевтического воздействия (почему и для чего) способствует отбору и построению содержания (что), организации терапевтической помощи (как), выбору метода (с помощью чего).

Наиболее трудна постановка реалистических лечебных целей при использовании врачом психотерапевтических методов. Главная область отрицательных результатов психотерапии в соответствии с опросом практиков и исследователей заключается

в «постановке нереальных задач или целей». Нереалистические цели, прежде всего, обуславливаются недостаточным учетом своих возможностей и способностей пациента. Врач не всегда владеет всем диапазоном психотерапевтических методов, а пациент не всегда способен «поддаваться» избранному им методу.

В определенном смысле, терапия наркологических проблем преследует только одну цель: улучшить средний уровень качества жизни клиента. Однако, улучшение качества жизни возможно путем либо полного отказа от употребления психоактивного вещества, либо употребление количества вещества, не превышающих безопасных пределов. Вопрос о том, следует ли рекомендовать на всю жизнь отказаться, например, от алкоголя или же можно уменьшить его потребление до сих пор остается весьма дискутабельным. Существуют различные свидетельства в пользу отказа от алкоголя или уменьшения потребления. В случае, если человек, которого согласно принятым правилам можно назвать клиентом с алкогольными проблемами или с алкогольной зависимостью, успешно снижает количество потребляемого алкоголя до контролируемыемых безопасных пределов и поддерживает эту модель поведения в течение продолжительного времени, то не возникает сомнений по поводу выбора задачи терапии [117]. Как оказалось, верхнего предела тяжести проблем, который бы ограничил возможность возврата к контролируемому потреблению алкоголя, не существует; случаи такого возврата были описаны даже для очевидно хронических и наиболее тяжелых клиентов. Однако контролируемое потребление алкоголя становится менее вероятным при повышении уровня зависимости; на высоте зависимости такое контролируемое потребление является сравнительно редким случаем. Частота успешного контролируемого потребления у высоко зависимых клиентов ниже, чем у мало или умеренно зависимых людей [117]. Вместе с тем, в большинстве работ, в которых было показано, что клиенты с высоким уровнем зависимости мало успешны в контролируемом потреблении алкоголя, сама идея уменьшенного потребления активно дискредитировалась и отрицалась в пользу полного отказа от потребления спиртных напитков.

Консенсус по поводу отказа или уменьшения потребления психоактивного вещества основывается на том, что наиболее важное значение имеют соображения самого клиента и его предпочтения в выборе целей лечения. К сожалению, многие клиенты не уверены в том, какой цели они хотели бы добиться, и будут искать помощи у терапевта в том, чтобы принять это ключевое решение. Вторым элементом консенсуса между двумя описанными выше целями терапии является правило, согласно которому уменьшение потребления в большей степени подходит людям с менее серьезными проблемами,

или, можно сказать, имеющим меньший уровень зависимости. Однако существуют данные, свидетельствующие об имеющихся исключениях из такого правила [104]. Например, Polich J.M. et. al. (1980) обнаружили, что юные клиенты с алкогольными проблемами мужского пола не так часто срывались, если выбирали в качестве цели терапии уменьшение потребление алкоголя, а не полный отказ от спиртных напитков; наоборот, для более взрослых, женатых клиентов с низким уровнем зависимости лучшим выбором оказался полный отказ от алкоголя [149].

Помимо вышеописанных целей, на сегодняшний день существует, так называемая, концепция уменьшения вреда от употребления психоактивных веществ. Впервые для решения алкогольных проблем, эта концепция была предложена Pattison E.M. (1976). Таким образом, этот автор обосновал терапевтическую цель для тех клиентов, которые, исходя из обоснованных посылок, не смогли бы на достаточно долгое время бросить пить и для которых контролируемое потребление алкоголя нереалистично [120]. К этим людям относятся те, кто находится на социальном дне; у них настолько не-нормальный образ жизни, что даже трезвость не поможет им ощутимо улучшить его. При лечении таких клиентов можно рекомендовать отдать предпочтение достижению скромных улучшений в состоянии здоровья, труде и социальных взаимоотношений, а не коренным изменениям в потреблении алкоголя. Идея уменьшения вреда с точки зрения оценки эффективности терапии применима ко всем клиентам. Хотя цель полного отказа от алкоголя или абсолютно безопасного и контролируемого потребления спиртных напитков может оказаться не достигнутой, у многих клиентов могут наблюдаться разные степени частичных улучшений. Это позволит достичь основной цели терапии – улучшить жизнь клиента даже, несмотря на то, что задачи по уменьшению или отказу от потребления алкоголя не достигнуты [76, 148, 156, 157].

Концепция уменьшения вреда в сфере лечения опиоидной зависимости получила свое развитие с серединой 20 столетия, когда впервые были апробированы программы поддерживающей (заместительной) терапии метадоном (ПТМ). Помимо вышеописанной цели, ПТМ затрагивает интересы системы общественного здравоохранения и общественной безопасности – это укрепление здоровья, социального статуса и ослабление угрозы для общественного здравоохранения и безопасности общества [57, 58]. Угроза для общественного здравоохранения и безопасности общества со стороны лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, является результатом различных форм поведения, которые приводят к распространению инфекционных заболеваний, и совершения преступлений с целью финансирования или продолжения употребления наркотиков.

Задолго до введения программ заместительной терапии метадоном, еще в 1926 году в Великобритании в отчете Х.Роллестона в качестве основополагающего принципа утверждалось право врачей прописывать наркотические средства в рамках лечения наркозависимости. Авторы отмечали, что конечной целью лечения должно быть достижение абstinенции, но в тоже время было признано законным долгосрочное назначение наркотических веществ лицам, оказавшимся не в состоянии отказаться от их употребления. Такой pragматический подход просуществовал без сколько-нибудь значительных изменений до конца 50-х годов двадцатого столетия [60].

Метадон, агонист мю- и кальпа- опиатных рецепторов длительного действия с периодом полураспада от 24 до 36 часов, был синтезирован для анальгезии еще до начала Второй Мировой войны в Германии. Метадон (6-диметиламино-4,4-дифенил-3-гептанон) является синтетическим опиоидом, отличаясь от морфина по химической структуре, оказывает на организм человека во многом сходное действие [13, 111]. В 1949 году впервые были проведены исследования подтвердившие эффективность метадона при лечении синдрома отмены героина [120]. Последующие опыты 50-60-х годов, показали, что уровень рецидива после окончания пациентом курса дезинтоксикации метадоном составил 90% [103, 119, 123].

Программа долгосрочной заместительной метадоновой терапии была начата как экспериментальный проект при Университете Рокфеллера в 1964 году под совместным руководством доктора Винсента Дола (Vincent P. Dole) и доктора Мари Нисвандер (Marie E. Nyswander). После того как были проведены первоначальные испытания [100, 101] и была подтверждена его эффективность, лечение с помощью этого препарата распространялось на другие районы США и на протяжении трех десятилетий подробно изучалось на базе отдельных или сразу нескольких учреждений американскими исследовательскими группами, а также исследователями из других стран [92, 129, 131, 146].

В 1965 году был создан независимый комитет, который возглавлял доктор Генри Брилл из Нью-Йоркского государственного департамента психической гигиены, для оценки эффективности метадоновых программ [75]. Сам процесс оценки, который начался в августе 1964 года, длился более шести лет под руководством доктора Франса Роу Гиринга из школы общественного здравоохранения при Колумбийском университете. Доктор Гиринг отчитывался перед комитетом здравоохранения дважды в год [109]. Окончательный отчет был выпущен в 1974 году, когда около 17500 пациентов было принято в программы метадона, начиная с января 1964 года по декабрь 1971 года. Основные положения отчета свидетельствуют о том, что 77%

участников программы прошли полный курс лечения, количество арестов снизилось с 201 на 100 человек до начала лечения до 1,24 арестов на 100 человек после начала терапии. Около 75% пациентов вообще не подвергались аресту. Уровень смертности среди пациентов, находящихся в программе лечения, был немногим выше уровня смертности среди населения. В то время, как уровень смертности среди пациентов, бросивших программу лечения, был в три раза выше, чем уровень смертности среди пациентов, находящихся в программе.

Примерно к тем же результатам пришли исследователи Дол и Джозеф в 1978 году [102], Болл и Росс в середине 80-х годов [92]. Все эти исследования подчеркнули больше корректирующий, а не лечебный эффект поддерживающей терапии. Недавно проведенное в Соединенном Королевстве когортное исследование, среди пациентов, злоупотреблявших героином, которые прошли курс поддерживающего лечения метадоном, в ходе наблюдения через шесть месяцев, год и два года после завершения лечения отмечалось устойчивое сокращение уровня злоупотребления героином [112-114].

Многими авторами делается вывод, что дозировка метадона находится в прямой линейной связи с непрерывностью лечения и обратной линейной зависимостью со степенью злоупотребления героином [94, 99, 127, 163, 164, 165]. Интересные исследования были проведены некоторыми авторами, которые отметили, что поддерживающая терапия метадоном является частичной защитой от риска распространения ВИЧ-инфекции среди наркотиков [16, 38, 90, 93, 95, 110, 125, 126, 139, 140, 147, 158, 159].

С момента открытия метадоновых программ этот вид вмешательства был отмечен убеждением, что метадоновая терапия представляет собой исключительно замещение одного наркотика другим. Сторонники этой точки зрения не делают различий между употреблением героина и приемом метадона в рамках терапии. К недостаткам заместительной терапии относят: формирование толерантности к нему; «вынужденность» принимать этот препарат годами; а также считают, что данный метод подавляет права личности на определенный стиль жизни [89, 96, 169, 171]. Отмечают, что аддиктивные синдромы как психофизиологический феномен практически не меняют своей модальности и поддерживающее лечение метадоном не может рассматриваться как разновидность противо-рецидивной терапии, а как паллиативная лечебная мера, либо как переходный этап к полному воздержанию [1, 11, 14, 64, 65].

Бабаян Э.А. в обзоре «Фармакологические аспекты лечения наркоманий, вызываемых морфиноподобными средствами» [1] назвал поддерживающую терапию «... модификацией использования так называемого «наркотического пайка». И

считает, что длительное применение наркотических препаратов, а также и других психотропных средств приводит к «... угнетению по принципу обратной связи «эндорфинэргической системы» больного». Автор считает: «Выдача «наркотического пайка» - переход на метадон – это тенденция решить другие проблемы, которые не всегда обязательно прямо связаны с наркоманиями, за счет жизни и здоровья наркоманов, так как бесспорно, что постоянное поступление наркотика в организм наркомана ускоряет его деградацию, сокращает продолжительность его жизни». Эмилис Субата в обзоре лечения метадоном в Европейском Союзе, в Центральной и Восточной Европе [69, 70] отметил еще одну негативную сторону – это попадание метадона на «черный рынок» [160].

Несмотря на критику и недостатки, к 2000 году во всех странах Европейского Союза проводилась поддерживающая терапия метадоном [70, 166, 167].

В свете вышесказанного интересны исследования, проведенные в Республике Казахстан, оценивающие отношение самих наркозависимых к возможности контролируемой заместительной терапии наркозависимости [81]. 53% опрошенных пациентов считает, что заместительная терапия поможет снизить преступность, распространение ВИЧ-инфекции, позволит контролировать проблему наркомании, но не уничтожит проблему зависимости (средний возраст, приближенность к конечным срокам реабилитации). 36% - считают, что метадоновые программы помогут частично решить проблему наркозависимости, подчеркивая наименьший вред для здоровья (начальный срок реабилитации). 11% пациентов считают, что это в равной степени поможет и в то же время навредит решению проблем связанных с наркоманией (младшая и старшая возрастная группы).

Несмотря на некоторые критические отзывы, в 1995 году Институт медицины США опубликовал отчет «Государственное регулирование метадоновых программ» [150] и в 1998 году Национальный институт медицинского согласия США опубликовал «Заявление по вопросу эффективного лечения опиоидной зависимости» [146]. Специалисты, подготовившие данные документы, а также многие другие авторы, пришли к выводу, что проведение метадоновой терапии при опиоидной зависимости с одновременным предоставлением других услуг является наиболее эффективным способом ее лечения [105, 106, 108, 110, 111, 115, 143, 144, 145].

Под понятием «предоставление других услуг» подразумевается нефармакологическое вмешательство – психосоциальное консультирование. Психосоциальное консультирование – ключевой элемент в программах поддерживающей терапии [56]. Службы психосоциального консультирования могут отличаться в разных программах [92]. Главные компоненты индивидуального консультирования

включают: 1) мотивирование на лечение; 2) обучение навыкам преодоления трудных ситуаций; 3) изменение обстоятельств, подкрепляющих употребление наркотиков; 4) обучение тому, как контролировать болезненный опыт; 5) улучшение межличностного общения; 6) повышение «выживаемости» (посещения) в программе.

McLellan в шести месячном исследовании метадоновой программы указал на влияние, которое психосоциальное консультирование и другие службы оказывают на результат лечения [137]. Пациентов выборочно распределили на группы, которым предлагались три вида помощи: 1) только получение метадона; 2) метадон плюс стандартное консультирование; 3) метадон, стандартное консультирование плюс медицинская, психиатрическая помощь, консультирование по трудуустройству и семейное консультирование. Помимо типичных различий в реагировании на разные дозы препарата было замечено, что уровень «выживаемости» в программе выше у пациентов, которые получают стандартную и улучшенную помощь, чем у тех, которые получают только метадоновую терапию. Кроме того, у пациентов из продвинутой группы реже отмечалась позитивная реакция мочи на наличие опиатов.

Уильям Миллер с соавторами [141] разработал метод кратковременных терапевтических вмешательств, названных «мотивационными беседами», которые призваны повысить внутреннюю мотивацию пациентов к изменению своего поведения. Этот метод применялся при лечении лиц, принимавших героин. В Австралии Саундерс сообщил результаты проведения часовых мотивационных бесед в рамках испытаний в контролируемых условиях по отношению к пациентам, проходившим курс поддерживающего лечения метадоном [154]. Как показали результаты контроля через шесть месяцев после начала исследования, пациенты, участвовавшие в мотивационных беседах, в меньшей степени потребляли незаконные наркотики, дольше не прекращали лечение и не так быстро возобновляли прием героина по сравнению с пациентами контрольной группы. Методы коротких мотивационных бесед использовались также для лечения расстройств, связанных с потреблением каннабиса, и положительные результаты были получены в рамках двух испытаний, проводившихся в США [161, 162], а также исследовательской группой, работавшей в Австралии [97, 98].

Обобщая все вышесказанное, важно отметить, что на сегодняшний день существует большой перечень терапевтических технологий, нацеленных на решение проблем синдрома зависимости. Однако применяемые терапевтические средства не могут абстрагироваться от особенностей формирования межличностных отношений в системе врач-пациент. Изучение этих особенностей позволит повысить эффективность применяемых технологий и индивидуализировать терапевтический процесс.

Литература:

1. Бабаян Э.А., Булаев В.М. Фармакологические аспекты лечения наркоманий, вызываемых морфиноподобными средствами (обзор) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Т. 89, № 1. - Москва, Медицина, 1989. – 134-139
 2. Батищев В.В. Опыт адаптации Миннесотской модели лечения зависимости в стационарном психотерapeвтическом отделении для больных алкоголизмом (программа «решение») // Вопросы наркологии. – № 2. - Москва, 2000. – 38-44
 3. Батищев В.В. Результаты внедрения стационарной лечебно-реабилитационной программы для больных алкоголизмом «решение» // Вопросы наркологии. - № 4. – Москва, 2000. – 22-32
 4. Батищев В.В., Негерии Н.В. Проблемы организации программной психотерапевтической помощи в рамках наркологической службы // Медицинская газета. - №42. – Москва, 2000. – 7
 5. Батищев В.В., Негерии Н.В., Смирнова Е.В. Аддиктивное поведение. – Ставрополь, Учиздат, 2000. – 85
 6. Батищев В.В., Негерии Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных, зависимых от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «решение»: теория и практика. – Москва, РБФ НАН, 2000. – 182
 7. Бек А., Раши А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – Санкт-Петербург, Питер, 2003. – 44-53
 8. Берн Э. Групповое лечение. – Екатеринбург, ЛИТУР, 2003. – 16-58
 9. Блох С. Введение в психотерапию. – Амстердам-Киев, Сфера, 1997. – 15-32
 10. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – Москва, Издательство Московского университета, 1984. – 84-86
 11. Булаев В.М. Антагонисты опиатов: применение в наркологической практике // Вопросы наркологии. – 3. – Москва, 1998. – 77-86
 12. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии // Психотерапия и реабилитация зависимости / Под ред. Алтынбекова С.А. – Павлодар, 2003. – 140-169
 13. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. – Москва, Триада-Х, 2000. - 188-196
 14. Воронин К.Э. Противорецидивная фармакотерапия наркоманий // Синанс. – Москва, 1993. – 22-29
 15. Высокиньска-Гонсер Т. Поведение группового психотерапевта // Групповая психотерапия / Под ред. Карвасарского Б.Д. – Москва, Медицина, 1990. – 160-171
 16. Гибсон Д. Р., Флинн Н.М, Маккарти Д.Д. Эффективность метадоновой терапии и снижение риска заражения ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные психоактивные вещества // Обзор современной психиатрии. - 8, № 4. – 2000. - 80-91
 17. Гиндин В.П. Оригинальная сочетанная методика психо- и рефлексотерапии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – № 3. - Москва, 2000. – 27-29
 18. Гиндин В.П. Сочетанное применение психотерапии и рефлексотерапии при лечении больных алкоголизмом // Методические рекомендации. – Томск, МЗ СССР, 1988
 19. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа. – Воронеж, Модэж, 1994. – 56-59
 20. Гобронидзе Е.Г. Особенности личности и вопросы психотерапии хронического алкоголизма // Материалы пятого всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – Москва, МЗ СССР, 1969. – 393-396
 21. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реадаптации больных алкоголизмом // Методические рекомендации. – Ленинград, 1987. – 14
 22. Елишанский С.П. Психосемантические методы исследования внутреннего опыта больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии. – Т.2. – Москва, 2000. – 68-74
 23. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. – Санкт-Петербург, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1996. – 140-156
 24. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Отношение больных алкоголизмом к лечению и его роль в построении реабилитационных программ // Вопросы наркологии. – № 2. - Москва, 1993. – 4-11
 25. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Организация противорецидивного лечения больных алкоголизмом в реабилитационном наркологическом стационаре // Вопросы наркологии. - № 2. – Москва, 1989. – 32-35
 26. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск, Наука, 1988. – 184-186
 27. Исурина Г.Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Групповая психотерапия / Под ред. Карвасарского Б.Д. – Москва, Медицина, 1990. – 89-121
 28. Кабанов М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом (вопросы методологии) // Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. – Ленинград, 1977. – 5-11
 29. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – Москва, Медицина, 1985. – 15-20
-
-

-
-
30. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. – Санкт-Петербург, Питер, 2000. – 14-42
31. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. – Санкт-Петербург, Питер, 2000. – 218-219, 645-648
32. Ключкова Л.В. Клинико-психологические исследования особенностей формирования внутренней картины болезни у больных алкоголизмом // *Психологические исследования и психотерапия в наркологии* / Под ред. Кабанова М.М. – Ленинград, 1989. – 49-53
33. Копыт Н.Я., Сидоров П.И. *Профилактика алкоголизма*. – Москва, Медицина, 1986. – 30-37
34. Короленко Ц.П. *Медицинские и социально-психологические аспекты алкоголизма*. – Новосибирск, Новосибирский медицинский институт, 1988. – 44-51
35. Косевска А. *Личность психотерапевта* // *Групповая психотерапия* / Под ред. Карвасарского Б.Д. – Москва, Медицина, 1990. – 172-182
36. Коэн Ш.Т., Вейсс Р. *Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания* // *Наркология* / Под ред. Фридмана Л.С. – Москва, Бином, 1998. – 275-285
37. Кроун С. *Индивидуальная долгосрочная терапия* // *Введение в психотерапию* / Под ред. Блоха С. – Амстердам-Киев, Сфера, 1997. – 32-79
38. Кэплхорн Д.Р.М., Росс М.У. *Поддержка метадоном и вероятность случаев совместного использования игл* // *Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости*. – Киев, Врачи без границ, 2001
39. Лаврентьев О.В. *Образ болезни при наркозависимости* // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Т.3, № 3. – Павлодар, 2002. – 98-105
40. Лазарус А. *Краткосрочная мультимодальная психотерапия*. – Санкт-Петербург, Речь, 2001. – 35-36
41. Лазурский А.Ф. *Классификация личностей*. – Москва, 1923
42. Лазурский А.Ф. *Альтруизм* // *Психология личности* / Под ред. Гиппенрейтера Ю.Б. – Москва, Издательство Московского университета, 1982. – 261-267
43. Лисицын Ю.П., Копыт Н.Я. *Алкоголизм*. – Москва, Медицина, 1983. – 151-152
44. Лурия Р.А. *Внутренняя картина болезней и шатрогенные заболевания*. – Москва, Медицина, 1977. – 5-6
45. Меерзон М.М., Кунцевич М.Г. *К вопросу об особенностях психотерапевтического контакта между врачом и больным алкоголизмом* // *Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии*. – Минск, Белорусский НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии, 1986. – 205-206
46. Морозов Г.В., Рожнов В.Е., Бабаян Э.А. *Алкоголизм*. – Москва, Медицина, 1983. – 342-349
47. Мясищев В.Н. *Личность и неврозы*. – Ленинград, 1960. – 426
48. Мясищев В.Н. *Алкоголизм*. – Москва, 1959. – 177-181
49. Мясищев В.Н. *Структура личности и отношение человека к действительности* // *Психология личности* / Под ред. Гиппенрейтера Ю.Б. – Москва, Издательство Московского университета, 1982. – 35-38
50. Николаенко В.Н. *Особенности взаимоотношений врача и больного алкоголизмом в процессе лечения*. – Автограф на соискание ученой степени кандидата наук. – Ленинград, 1985. – 18
51. Николаенко В.Н. *Исследование динамики самооценок и оценок врача у больного алкоголизмом* // *Социально-психологические исследования в психоневрологии*. – Ленинград, 1980. – 68-71
52. Николаенко В.Н. *Особенности психотерапевтического контакта между врачом и больным с аффективной патологией* // *Аффективные нарушения при алкоголизме*. – Ленинград, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1983. – 132-138
53. Николаенко В.Н. *Психотерапевтический стиль и личностные особенности врача-нарколога* // *Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных*. – Ленинград, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1984. – 87-91
54. Николаенко В.Н., Цицарев С.В. *Индивидуальный стиль психотерапии и проблема его формирования* // *Психологические проблемы индивидуальности*. – Москва, 1984. – 337-340
55. Николаенко В.Н., Бокий И.В., Бажин Е.Ф. *Изучение психотерапевтического стиля врачей – наркологов* // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии*. – Т.2. – Пермь, 1984. – 42-44
56. О Коннор П.Дж., Фиеллин А.Д. *Фармакологическое лечение героин-зависимых пациентов*. В кн: *Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости*. Киев. 2001. «Врачи без границ». 7-33
57. Организация Объединенных Наций. Управление по наркотикам и преступности. *Инвестиции в лечении наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики*. – Нью-Йорк, 2003. – 38
58. Организация Объединенных Наций. Управление по наркотикам и преступности. *Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных*. – Нью-Йорк, 2003. - 23
59. Павлов И.С., Безносюк Е.В. *Отношение больных алкоголизмом к лечению и рациональная психотерапия на различных этапах реадаптации* // *Пограничные состояния в психиатрии* / Под ред. Жарикова Н.М. – Материалы научной конференции. – Москва, ИММИ им. Сеченова И.М., 1977. – 140-146
-
-

-
-
60. Престон Э. Метадон. Пособие для всех, кто применяет метадон в своей практике. - Управление ООН по контролю за наркотиками и предупреждению преступности. - 10-11
61. Резникова Т.Н., Смирнов В.М. О моделировании внутренней картины болезни // Проблемы медицинской психологии. – Ленинград, Медицина, 1976. – 122-124
62. Робертс Д.Х., Буш Б. Стационарное лечение больных и лечение боли // Наркология / Под ред. Фридмана Л.С. – Москва, Бином, 1998. – 286-297
63. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии. – Ташкент, Медицина, 1985. – 538-563
64. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Детоксикация при опийной наркомании // Медикаментозная терапия зависимостей от психоактивных веществ. – Т.1. – Павлодар, 2003. – 107-144
65. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Клиническое применение агонистов опиатов для лечения опийной наркомании // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Т.100, № 5. - Москва, Медиа-Сфера, 2000. – 66-70
66. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Под ред. Кабанова М.М. - Москва, Медицина, 1983. – 26-33
67. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. – Москва, Планета детей, 1997. – 196-216
68. Соложенкин В.В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах. – Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Ленинград, 1989. – 40
69. Субата Э. Заместительное лечение метадоном: принципы и развитие в Европейском Союзе, в Центральной и Восточной Европе // Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. – Киев, Врачи без границ, 2001. - 146-166
70. Субата Э. Заместительное лечение метадоном. Информация и рекомендации для работников здравоохранения. – Каунас, Витае Литера, 2000. - 14-17
71. Ташлыков В.А. Взаимоотношения врача и больного и их влияние на процесс психотерапии у больных неврозами // Журнал неврологии и психиатрии. – Выпуск 11. - Москва, 1978. – 1710-1715
72. Ташлыков В.А. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии // Журнал неврологии и психиатрии. – Выпуск 11. – Москва, 1981. – 1704-1708
73. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Ленинград, 1984. – 52-102
74. Тресков В.Г. Групповое поведение и формирование «Я-концепции» больных алкоголизмом // Клиника, патогенез и терапия хронического алкоголизма. – Рязань, 1979. – 90-96
75. Херман Й., Станклифф Ш., Лангрод Д. Метадоновая заместительная терапия: исторический обзор // Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. – Киев, Врачи без границ, 2001. – 55-82
76. Хизер Н. Терапевтические подходы к алкогольным проблемам. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия № 65. – Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, Копенгаген, 1999. - 204
77. Шурыгин А.Н. О нарушении внутренней картины болезни при алкоголизме (по данным аprobации алкогольного скрининг – теста) //Актуальные вопросы психиатрии / Под ред. Морозова Г.В. – Москва, НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1985. – 159-163
78. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – Санкт-Петербург, Речь, 2002. – 53-54
79. Эксляйн В. Игровая терапия. – Москва, ЭКСМО-Пресс, 2001. – 99-111
80. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкус В.Ю. Психология и психотерапия семьи. – Санкт-Петербург, Питер, 1999. – 69-73
81. Юсопов О.Г. Оценка отношения наркозависимых к возможности контролируемой заместительной терапии наркозависимости // Вопросы наркологии Казахстана. – Т.2, № 3. – Павлодар, 2002. – 85-87
82. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. – 5-е международное издание. – Санкт-Петербург, Питер, 2000. – 38-70
83. Annis H.M., Sanchez-Graig M. “Self – monitoring” and “recall” measures of alcohol consumption: convergent validity with biochemical indices of liver function // British journal on alcohol and alcoholism. – 17. – 1982. – 117-121
84. Annis H.M., Chan D. The differential treatment model: empirical evidence from a personality typology / / Criminal justice and behavior. – 10. – 1983. – 159-173
85. Annis H.M. Inventory of drinking situations: users guide. – Toronto, Addiction research foundation, 1987
86. Annis H.M. Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost – effective? // Advances in alcohol and substance abuse. – 5. – 1987. – 175-190
-
-

-
-
87. Annis H.M., Graham J.M. *Situational confidence questionnaire: users guide*. - Toronto, Addiction research foundation, 1988
88. Annis H.M., Davis C.S. *Relapse prevention // Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* / Hester R.K, Miller W.R. (Eds). - New York, Pergamon, 1989
89. Anonymous author. *Methadone treatment // The new England journal of medicine*. - 318. - 1988. - 385
90. Australian national AIDS and injecting drug use study. *Nether a borrower nor a lender he: First report of the Australian national AIDS and injecting drug use stily*. 1988 Data collection. - Sydney, ANAIDUS
91. Bach G. *The marathon group // Psychological reports*. - 18. - 1966. - 995-1002
92. Ball J.C., Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. - New York, Springer, 1991
93. Ball J.C., Langer W.R., Myers C.P., Friedman S.R. *Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment // Journal of health and social behavior*. - 29. - 1988. - 214-226
94. Caplehorn J.R.M., Bell J. *Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment // Medical journal of Australia*. - 154. - 1991. - 195-199
95. Caplehorn J.R.M., Ross M.W. *Methadone maintenance and the likelihood of risky needle sharing // Addiction*. - 30. - 1995. - 685-698
96. Chappel J.N. *Methadone chemotherapy in drug addiction. Genocidal or lifesaving? // Journal of the American medical association*. - 228, № 6. - 1974. - 725-728
97. Copeland J. *A randomized controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders // Drug and alcohol dependence*. - 63 (supp), № 1. - 2001. - 32
98. Copeland J. *A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder // Journal of substance abuse treatment*. - 21. - 2001. - 55-64
99. D'Anno T., Folz-Murphy N., Lin X. *Changes in methadone treatment practices: Results from a panel study, 1988-1995 // American journal of drug and alcohol abuse*. - 25, № 4. - 681-699
100. Dole V.P., Nyswander M.E. *A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride // Journal of the American medical association*. - 193, № 8. - 1965. - 80-84
101. Dole V.P., Nyswander M.E., Kreek M.J. *Narcotic blockade // Archives of international medicine*. - 118. - 1966. - 304-309
102. Dole V.P., Joseph H. *Long-term outcomes of patients treated with methadone maintenance // Annals of the New York academy of science*. - 311. - 1978. - 181-189
103. Duvall H., Locke B., Brill L. *Follow-up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization // Public health report*. - 78. - 1963. - 185-193
104. Elal-Lawrence G. *Predictors of outcome type in treated problem drinkers // Journal of studies on alcohol*. - 47. - 1986. - 41-47
105. European monitoring center for drug and drug addiction. *Annual report on the state of drugs problem in the European Union*. - Lisbon, 1998. - 117
106. European monitoring center for drug and drug addiction. *Extended annual report on the state of drugs problem in the European Union*. - Lisbon, 1999. - 94
107. Finney J.W., Moos R.H. *Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues // Journal of studies on alcohol*. - 47. - 1986. - 122-134
108. Fischer G. *Сравнительное исследование результатов поддерживающего лечения метадоном и пролонгированной формой морфина беременных с зависимостью // Обзор современной психиатрии*. - 8, № 4. - 2000. - 92-93
109. Gearing F.R., Schweitzer M.D. *An epidemiological evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction // American journal of epidemiology*. - 100, № 2. - 1974. - 101-112
110. Gibson D.R. *Prevention with injection drug users // AIDS knowledge base / Cohen P.T., Sandle M.A., Volbeding P.A. (Eds)*. - 3rd edition. - Philadelphia, Williams & Wilkins, 1999. - 925-930
111. Gilman A.G. and others. *The pharmacologic basis of therapeutics*. - 7. - New York, Macmillan, 1985
112. Gossop M. *The national treatment outcome research study in the United Kingdom: six-month follow-up outcomes // Psychology of addictive behaviors*. - 11. - 1997. - 324-337
113. Gossop M. *Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two years follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study // Drug and alcohol dependence*. - 62. - 2001. - 255-264
114. Gossop M. *Patterns of improvement after methadone treatment: one year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study // Drug and alcohol dependence*. - 60. - 2000. - 275-286
115. Gunne L.M., Gronbladh L. *The Swedish methadone maintenance program: a controlled study // Drug and alcohol dependence*. - 7. - 1981. - 294-256
116. Hamburg S. *Behavior therapy in alcoholism: a critical review of broad spectrum approaches // Journal of studies on alcohol*. - 36. - 1975. - 69-87
-
-

-
-
117. Heather N., Robertson I. *Controlled drinking*. – London, Methuen, 1983
118. Horvath A.O., Symonds B.D. *Relation between alliance and outcome in psychotherapy: a metaanalysis* // *Journal of counseling psychology*. – 38. – 1991. – 139-149
119. Hunt G.H., Odoroff M.E. *Follow-up study of narcotic drug addicts after hospitalization* // *Public health report*. – 77. – 1962. – 41-54
120. Isbell H., Vogel V.H. *The addiction liability of methadone (amidone, dolphine, 10820) and its use in the treatment of the morphine abstinence syndrome* // *American journal of psychiatry*. – 195. – 1949. – 909-914
121. Jarvis T.J. *Treatment approaches for alcohol and drug dependence: an introductory guide*. – Chichester, John Wiley & Sons, 1995
122. Joe W.G., Simpson D.D., Broome K.M. *Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS* // *Drug and alcohol dependence*. – 57, №2. – 1999. – 113-125
123. Joseph H., Dole V. *Methadone patients on probation and parole* // *Federal probation*. – 1970. – 42-70
124. Kadden R.M. *Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: past-treatment results* // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 57. – 1990. – 698-704
125. Kahn J.G., Washington A.E., Showstack J.A. *Updated estimates of the impact and cost of HIV prevention in injection drug users* // *Report prepared for the US centers for disease control*. - San Francisco, Institute for health studies, 1992
126. Klee H., Faugier J., Hayes C., Morris J. *The sharing of injecting equipment among drug users attending prescribing clinics and those using needle-exchanges* // *British journal of addiction*. – 61. - 1991. - 217-223
127. Ling W. *Methadyl acetate and methadone as maintenance treatments for heroin addicts* // *Archives of general psychiatry*. – 33. – 1976. – 709-720
128. Lovejoy M. *Patient perspectives on the process of change in substance abuse treatment* // *Journal of substance abuse treatment*. – 12. – 1995. – 269-282
129. Lowinson J.H., Payte J.T., Joseph H. *Methadone maintenance* // *Substance abuse: A comprehensive textbook* / Lowinson J.H., Ruiz P. (Eds). – 3rd edition. – Baltimore, Williams&Wilkins, 1997. – 405-415
130. Luborsky L. *Therapist success and its determinants* // *Archives of general psychiatry*. – 42. – 1985. – 602-611
131. Marsch L.A. *The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis* // *Addiction*. – 93. – 1998. – 515-532
132. McLellan A.T. *Matching substance abuse patients to appropriate treatment methods: conceptual and methodological approach* // *Journal of nervous and mental diseases*. – 171. – 1983. – 597-605
133. McLellan A.T. *Is treatment for substance abuse effective?* // *Journal of the American medical association*. – 247. – 1982. – 1423-1428
134. McLellan A.T. *Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity*. *Archives of general psychiatry*. 44. 1983. 620-625
135. McLellan A.T. *Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine and alcohol treatments: role of treatment services*. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 62. 6. 1994. 1141-1158
136. McLellan A.T. *An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index*. *Journal of nervous and mental disease*. 168. 1980. 26-33
137. McLellan A.T., Arndt I.O., Metzger D.S. *Effects of psychosocial services in substance abuse treatment* // *Journal of the American medical association*. – 269. – 1993. - 1953-1959
138. McLellan A.T. *Is the counselor an “active ingredient” in substance abuse rehabilitation?* // *Journal of nervous and mental disease*. – 176. – 1988. – 423-430
139. Metzger D.S. *Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up* // *Journal of AIDS*. – 6. – 1993. – 1049-1056
140. Metzger D.S., Navaline H., Woody G.E. *Drug abuse treatment as AIDS prevention* // *Public health report*. – 113 (suppl. 1). – 1998. – 97-106
141. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. - New York, Guilford Press, 1991
142. Miller W.R., Hester R.K. *Matching problem drinkers with optimal treatments* // *Treating addictive behaviors: processes of change* / Miller W.R., Hester R.K. (Eds). – New York, Plenum, 1986
143. National consensus development panel on effective medical treatment of opiate addiction. *Effective medical treatment of opiate addiction* // *Journal of the American medical association*. – 280. – 1998. – 1936-1943
144. Newman R.G., Whitehill W.B. *Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong* // *Lancet*. – 2. – 1979. – 485-488
145. Newman R.G. *Methadone treatment. Defining and evaluation success* // *English journal of medicine*. – 317. – 1987. – 447-450
-
-

-
-
146. NIH Consensus Conference. Effective medical treatment of opiate addiction // *Journal of the American medical association*. – 280. – 1998. – 1936-1943
147. Novick D.M., Joseph H. Croxson T.S. Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients // *Archives of internal medicine*. – 150. – 1990. – 97-99
148. Pattison E.M. Abstinence and normal drinking: an assessment of changes in drinking patterns in alcoholics after treatment // *Quarterly journal of studies on alcohol*. – 29. – 1968. – 610-633
149. Polich J.M. The course of alcoholism: four years after treatment. – Santa Monica CA, Rand Corporation, 1980
150. Retting R.A., Yarmolinsky A. Federal regulation of methadone treatment. Institute of medicine. Washington (DC): National academy press. 1995
151. Rogers C.R. Client – centred therapy. – Cambridge, Riverside Press, 1951
152. Rogers C.R. The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change // *Journal of consulting psychology*. – 21. – 1957. – 95-103
153. Rollnick S. Methods of helping patients with behavior change // *British medical journal*. – 307. – 1993. – 188-190
154. Saunders B., Wilkinson C., Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme // *Addiction*. - 90. - 1995. - 415-424
155. Simpson D.D. Client engagement and change during drug abuse treatment // *Journal of substance abuse treatment*. – 7. – 1995. – 117-134
156. Sobell L.C. Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers reports of recent drinking and comparative evaluation across several populations // *British journal of addiction*. – 83. – 1988. – 393-402
157. Sobell M.B, Sobell L.C. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? // *Addiction*. – 90. – 1995. – 1149-1153
158. Stark K., Muller M., Biinzel U. Methadone maintenance treatment and HIV risk taking behavior among injecting drug users in Berlin // *Journal of epidemiology and community health*. – 50. - 1996. - 534-537
159. Stark K., Muller M. HIV prevalence and risk behavior in injecting drug users in Berlin // *Forensic science institute*. – 62. – 1993. - 73-81
160. State methadone treatment guidelines. Treatment improvement protocol (TIP) series. // *Public health service, substance abuse and mental health services administration*. - 1993. - 222
161. Stephens R.S., Roffman R.A., Simpson E.E. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model // *Journal of consulting and clinical psychology*. - 62. - 1994. - 92-99
162. Stephens R.S., Roffman R.A., Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // *Journal of consulting and clinical psychology*. - 68. - 2000. - 898-908
163. Strain E.C. Dose – response effects of methadone in the treatment of opioid dependence // *Annals of internal medicine*. – 119. – 1993. – 23-27
164. Strain E.C. Methadone dose and treatment outcome // *Drug and alcohol dependence*. – 33. – 1993. – 105-117
165. Strain E.C., Bigelow G.E., Liebson I.A. Moderate – high dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial // *Journal of the American medical association*. – 281, № 11. – 1999. – 1000-1005
166. Subata E. Drug treatment in the Baltic Countries // *European addiction research*. - 5. - 1999. - 138-144
167. Subata E., Tsukanov J. The work of general practitioners among Lithuanian Roma in Vilnius: Incorporating Harm Reduction into primary practice // *Journal of drug issues*. – 29, № 4. - 1999. - 805-810
168. Sullivan H.S. Introduction to the study of the interpersonal relations // *Psychiatry*. - № 1. – 1938. – 121-134
169. Szasz T. The ethics of addiction // *American journal of psychiatry*. – 128. – 1971. - 541-546
170. Truax C.B., Carkhuff R.R. Toward affective counseling and psychotherapy. – Chicago, Aldine, 1967
171. Wurmser L. Drug abuse: nemesis of psychiatry // *International journal of psychiatry*. – 10. – 1972. - 94-107

РЕЗЮМЕ

ВЫХОДЯ ИЗ ПОСЛЕДНЕЙ ДВЕРИ ПОСЛЕДНЕГО ВАГОНА... (*к вопросу о концепции развития психотерапии на постсоветском пространстве*)

Катков А.Л., Макаров В.В.

В статье приводятся основные положения концепции развития системы профессиональной психотерапии на постсоветском пространстве, рассматривается социальный контекст и проблемное поле психотерапии, которое следует учитывать в ходе реформирования профессии. С позиции настоящей концепции рассматривается и анализируется приказ МЗ Российской Федерации № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи». Даются соответствующие рекомендации по его улучшению.

Ключевые слова: профессиональная психотерапия, реформа, нормативная база, психологическое здоровье.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ОНКОБОЛЬНЫМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Ахунджанова И.Ю., Ахунджанов М.М., Козинская Т.И., Рубцова Е.Н.

Онкологические больные нуждаются в психотерапии и психокоррекции на всём протяжении заболевания. Необходим комплексный индивидуальный подход к психологической адаптации и реадаптации пациентов.

Наряду с медицинской реабилитацией должна проводиться социальная, трудовая и психологическая, которые гармонизируют внутреннюю структуру личности, в конечном итоге, влияя на качество и продолжительность жизни онкологических больных.

Совокупность психотерапевтических и необходимых медикаментозных воздействий должна быть направлена на создание максимального душевного комфорта, максимально полной психологической реадаптации к новому жизненному уровню, что уменьшает риск развития рецидивов заболевания и отдаляет сроки возникновения метастазов.

СОЗДАНИЕ И ЭКСПЕРТИЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

Даренский И.Д.

Психотерапевтические программы, существующие в наркологических учреждениях, отличаются скучностью применяемых методик и отсутствием научной обоснованности. По-видимому, именно этим можно объяснить их незначительную эффективность. Совершенствование терапевтических наркологических программ возможно путем научной оптимизации. Научные исследования в области оптимизации психотерапевтических программ, прежде всего, состоят в системном анализе наркологических лечебных схем с выделением переменных, описывающих весь психотерапевтический процесс, и их сопоставление с целью получения значений переменных. Точкой отсчета в оценке значений переменных служит именно их смысловая сущностная взаимосвязь. Полученные в ходе исследования значения переменных могут служить в качестве нормативов при создании и экспертизе программ.

ПСИХОТЕРАПИЯ ИНСОМНИЙ У ДЕТЕЙ С ПСИХОГЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Корабельникова Е.А.

Проведено клинико-психологическое исследование 30 детей и подростков с инсомниями и 15 здоровых испытуемых того же возраста, которое позволило выделить 2 клинико-психологических варианта инсомний и соответственно 2 подгруппы пациентов, страдающих расстройствами сна.

Для детей первой подгруппы был характерен невротический симптомокомплекс, включающий эмоциональные (высокий уровень тревоги, депрессии и агрессии) и психовегетативные расстройства. Ведущим направлением терапии в данном случае являлось выявление и разрешение психологического конфликта, являющегося основой формирования невротических расстройств, с использованием различных методов психотерапии. Пациенты второй подгруппы предъявляли как ведущую (часто единственную) жалобу на расстройства сна, которые являлись стойкими, мучительными и нередко нарушили социальную адаптацию. Данные клинико-психологического тестирования выявляли у них высокий уровень алекситимии и высокую частоту встречаемости психосоматических заболеваний. В терапии таких пациентов наиболее актуальными являлись психотерапевтические техники, непосредственно направленные на сон, нормализация которого являлась необходимым условием для использования личностно – ориентированных методов психотерапии.

Ключевые слова: инсомния, дети, психотерапия, невротические, психосоматические.

АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТАНДАРТА В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Катков А.Л., Айбасова Г.Х.

В данной статье проводится углубленный анализ организационного стандарта в системе специализированной психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан, установленного приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 147 от 31 марта 1997 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан». Анализируются основные позиции данного стандарта. Проводятся сравнения изучаемого материала с современной моделью стандартов оказания психотерапевтической помощи населению в Европейском регионе, рекомендуемой ЕАП (Европейской Ассоциации психотерапевтов).

ИМИДЖЕЛОГИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОГО ИМИДЖКОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Петрова Е.А.

Имиджелогия изучает закономерности формирования, функционирования и управления имиджем человека, организации, торговой марки, предмета и услуги. Развитие данной науки направлено на раскрытие общего, особенного и единичного в онтологии всех видов имиджей. Наблюдаемая в реальности имиджконсультирования пестрота подходов, связана не только с размытостью, неопределенностью практической зоны профессиональной деятельности имиджмейкера, но и детерминирована начальной стадией развития самой имиджелогии как науки, отсутствием сложившейся в этой сфере системы образования, «наследованием» методологического многообразия, свойственного современному психологическому консультированию в целом. Для дальнейшего развития имиджконсультирования, ориентированного на решения широкого круга социально-психологических проблем, необходима интеграция сил всех специалистов, осуществляющих фундаментальные и научно-прикладные разработки в данной области, с позиций единого подхода, методологической основой которого может стать современная психосемиотика.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКОВСКОЙ ГКБ № 36 И АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Прокудин В.Н.

Пятилетний опыт оказания психотерапевтической (и психиатрической) помощи больным московской многопрофильной больницы скорой помощи № 36 с разнообразными психическими расстройствами специалистами отделения (кабинета) психотерапии с использованием комбинированного психотерапевтического и

психофармакологического лечения показал, что организация такой помощи по модели «взаимодействие-прикрепление» улучшило качество оказания специализированной медицинской помощи этой категории больных, способствовало более полной психосоциальной реабилитации и улучшило качество их жизни.

НОВЫЕ АКЦЕНТЫ В ПОНИМАНИИ ФИКСИРОВАННЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК В ТРАНЗАКТНОМ АНАЛИЗЕ

Шевелёва Е.Г.

Фиксированная эмоциональные установка - это основная жизненная позиция, которая формируется в раннем детском возрасте, в основном, под влиянием родителей или значимых лиц из ближайшего окружения. В последующем, в детских дошкольных учреждениях, школе, приобретенная в семье установка, как правило, подтверждается. Таким образом, завершается формирование самооценки и взглядов на окружение, механизмов взаимодействия со средой и человек сохраняет прочную связь с опытом детства. Эмоциональные установки складываются из двух составляющих: отношения к себе и к миру. В данной статье выделяются и описываются четыре типа эмоциональных установок.

К ОРГАНИЗАЦИОННОМУ СТАНДАРТУ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Айбасова Г.Х.

Данная статья содержит основные позиции организационного стандарта: определение целевых групп; цели и задачи; структура и основные элементы; планируемые результаты; основные инструменты и критерии оценки результатов. Автором отмечается важность выполнения следующих этапов формирования организационного стандарта: анализ существующей структуры, технологий, штатной и материально-технической обеспеченности; разработка соответствующих нормативных документов, регламентирующих данные позиции в деятельности служб психического здоровья населения. А также актуальность вопроса скорейшего внедрения данного стандарта с целью реформирования деятельности служб психического здоровья.

К СТАНДАРТУ МОНИТОРИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Айбасова Г.Х.

Данная статья рассматривает чрезвычайно важный аспект организации деятельности служб психического здоровья: разработку и реализацию стандарта мониторинга состояния психического здоровья населения, эффективность деятельности служб специализированной помощи. В данной статье приводятся все основные составляющие стандарта мониторинга: определение целевых групп; цели и задачи; структура и основные элементы; планируемые результаты; инструменты и критерии оценки результатов. Отмечается важность присутствия полного комплекса оценочных индикаторов состояния и уровня психического здоровья, включая психологическое здоровье населения, в стандарты многоуровневого мониторинга. Отмечается необходимость регулярного проведения многоуровневого мониторинга, как для научных, так и сугубо практических целей.

К СТАНДАРТУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИФИКАЦИИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Айбасова Г.Х.

Статья содержит основные позиции стандарта профессиональной спецификации в сфере психического здоровья населения. На примере мировой практики развития и деятельности служб психического здоровья

аргументируется необходимость разработки и принятия данного стандарта. Описываются основные составляющие стандарта профессиональной спецификации: определение целевых групп; цели и задачи; структура и основные элементы; планируемые результаты; основные инструменты и критерии оценки результатов.

К СТАНДАРТУ УСЛУГ СЕКТОРА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Айбасова Г.Х.

В статье рассматриваются основные позиции стандарта услуг, реализуемых в секторе первичной профилактики в сфере психического здоровья населения. В материале полностью приводятся основные составляющие данного стандарта, в том числе такие как: определение целевых групп; цели и задачи; структура и элементы; планируемые результаты; основные инструменты и критерии оценки результатов. В статье полностью приведено содержательная часть соответствующего стандарта. Делаются выводы относительно предполагаемого повышения эффективности в деятельности служб психического здоровья в результате внедрения рассматриваемого стандарта первично-профилактических услуг.

К СТАНДАРТУ УСЛУГ СЕКТОРА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Айбасова Г.Х.

В данной статье описываются основные позиции стандарта услуг в секторе первичной профилактики, в сфере психического здоровья населения. В материале полностью отражены основные позиции формирования рассматриваемого стандарта, в том числе и такие, как: определение целевых групп; цели и задачи; структуры и базисные элементы; планируемые результаты; основные инструменты и критерии оценки результата. Подчеркивается важность разработки и широкомасштабного внедрения настоящего стандарта для развития сектора первично-профилактических и третично-профилактических услуг, а также для повышения эффективности деятельности служб психического здоровья.

АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТАНДАРТА В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Айбасова Г.Х.

В статье проводится углубленный анализ организационного стандарта в системе специализированной психиатрической помощи населению Республики Казахстан, установленного приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 269 от 13 мая 1998 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи». Анализируются основные позиции данного стандарта. Проводятся сравнения изучаемого материала с современной моделью приоритетов в сфере психического здоровья, рекомендуемых ВОЗ.

ВОПРОСЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА

Дюсембеков В.Н., Фонарёва Н.Н., Жук Т.П., Иванцов Ю.А.

В настоящем сообщении проанализировано состояние принудительного лечения за 1999-2001 годы. Как правило, в объединении строго выдерживаются сроки очередных освидетельствований больных, находящихся

на принудительном лечении. В каждом освидетельствовании врачебная комиссия уделяет внимание организационно-клиническим и социальным условиям пребывания.

О НЕРАЗРЕШЕННЫХ АСПЕКТАХ ВОПРОСА ОБ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИМИ ВМЕНЯЕМОСТЬ

Илешева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Бабыкпаева А.Т.

Одной из приоритетных задач Казахстанской судебной психиатрии является разработка критериев оценки психических расстройств, к которым может быть применена статья 17 УК Республики Казахстан.

На основании разработки этих критериев могут быть предложены более четкие формулировки в статье 17 УК Республики Казахстан.

К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИОННОГО СТАНДАРТА ВРАЧЕЙ НАРКОЛОГОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Алтынбеков С.А.

В статье приводится аргументация по необходимости внедрения описываемого квалификационного стандарта, обосновываются все компоненты данного стандарта наркологических услуг: определение целевых групп, цели и задачи квалификационного стандарта, базовые элементы и содержание основных разделов квалификационного стандарта, планируемый результат квалификационного стандарта, инструменты и критерии оценки результатов использования квалификационного стандарта. Делается вывод о необходимости существенного повышения профессионального уровня врачей наркологов, способствующего эффективному блокированию распространения зависимости от ПАВ в Казахстане.

К СТАНДАРТУ МОНИТОРИНГА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РК И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИНАРКОТИЧЕСКИХ УСИЛИЙ

Алтынбеков С.А.

В статье приводится аргументация необходимости внедрения стандарта мониторинга наркологической ситуации в РК и оценки эффективности антинаркотических усилий, утверждаемых соответствующим приказом МЗ Казахстана. Описываются все компоненты данного стандарта: требования, предъявляемые к системе мониторинга; цель мониторинга; задачи системы мониторинга; целевые группы; базисные элементы (параметры) и содержание основных разделов стандартам мониторинга наркологической ситуации в РК; предположительные результаты использования стандарта мониторинга; инструменты и критерии оценки результатов внедрения стандарта мониторинга. Делается вывод о необходимости широкомасштабного внедрения настоящего стандарта, способствующего установлению эффективного контроля над процессами распространения наркозависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Алтынбеков С.А.

В статье описаны дополнительные инструменты определения эффективности наркологических служб в сфере диверсификации внедряемых услуг. Подчеркивается простота, доступность и эффективность используемых

схем и анкет. Приводятся сведения об успешной апробации данного инструментария в рамках международного проекта.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАНДАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Бектаева Г.Т., Комарова О.Н.

Грандаксин в суточной дозе 50-200 мг оказывает выраженный эффект при купировании абstinентного синдрома при алкоголизме и является препаратом выбора при лечении депрессивно-астенических состояний на фоне алкоголизма. В терапевтических дозах грандаксин вызывает облегчение вегетативных нарушений в максимально короткие сроки.

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Денисова Е.В.

В данной статье представлены современные сведения о международном опыте диагностики, лечения и реабилитации в этнокультуральном аспекте.

ТРАДИЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ МИРА

Денисова Е.В.

В данной статье исследован исторический массив сведений о традициях потребления наркотических веществ в различных регионах мира (древность и современность ритуалов и традиций, людей и путей потребления наркотических веществ).

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ

Марашева А.А.

Анализ семейных причин наркотизации убеждает в том, что в фокусе профилактической работы должна быть, прежде всего, семья. Здоровая семья является одним из важнейших факторов социализации ребенка и профилактики наркомании. Это одинаково справедливо, когда речь идет как о первичной, так и о вторичной профилактике наркомании.

АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Парпиева А.

Выявление Алекситимии у пациентов с опиоидной зависимостью с помощью самооценочных шкал является достаточно проблематичным. Клинически выявленная Алекситимия не всегда подтверждается самооценочными инструментами.

Сложности выявления Алекситимии являются следствием отсутствия навыков идентификации чувств, эмоций и ощущений.

Приобретение навыков регистрации эмоциональных состояний формирует способность идентифицировать психологические проблемы, что создает предпосылки для ориентации пациента на получение психотерапевтической помощи, формирования терапевтического «заказа».

НАРКОЭКОНОМИКА В АФГАНИСТАНЕ И НАРКОТРАФИК В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ – ПРОБЛЕМЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ

Планк И.М.

Центральная Азия стала главным транзитным регионом для опиума и героина из Афганистана в Россию и Западную Европу. Главной транзитной страной остается Иран, а также другие страны Центральной Азии.

Наркотрафик и проблема героиновой зависимости в Центральной Азии возникла в очень короткий период времени до 1990 года. Ликвидация производства и трафика наркотиков в Афганистане - важный шаг к безопасности будущего.

НОВОЕ СРЕДСТВО КУПИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ВИТАГАМ-РУЛИН

Макаров В.В., Колосов В.П., Коньков Е.М.

Препарат Витагам-Рулин обладает свойством снижать побочные эффекты нейролептических препаратов при лечении больных шизофренией.

Наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдался при купировании психических, нейролептических расстройств. Препарат хорошо переносится больными и не вызывает негативных побочных эффектов.

Витагам-Рулин наиболее активно влияет на уменьшение астенических проявлений нейролептического синдрома (утомляемость, апатия, вялость), что делает возможным его применение не только в остром периоде болезни, но и на стадии реабилитации, когда больные включаются в трудовые процессы.

АНАЛИЗ СУИЦИДОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. УСТЬ-КАМЕНОГОРСКА И ВКО

Черепанова Н.А., Насырова Т.Ж., Мукашева Г.М., Заикин Б.Ф.

Суицид является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживающих ее конфликтов. Самоубийство, как причина смерти, входит в число наиболее распространенных причин смерти развитых стран. В приведенных нами исследованиях мужчины в 6 раз чаще умирают от суицида. Каждый шестой умерший от суицида в области является жителем г. Усть-Каменогорска. Считаем, что проблема из медицинской стала социально-политической проблемой. Необходимо создание действенной антисуицидологической службы, работающей в тесном сотрудничестве с Министерством социальной защиты населения.

АНАЛИЗ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО СТАНДАРТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

Айбасова Г.Х., Катков А.Л.

В статье проводится углубленный анализ организационного стандарта в системе специализированной медико-психологической помощи населению Республики Казахстан установленного приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 321 от 2 июля 1992 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения». Анализируются основные позиции данного стандарта. Проводятся сравнения изучаемого материала с современной моделью стандартов оказания психотерапевтической помощи населению.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ЛИЧНОСТИ: СУЩНОСТЬ, СТРУКТУРА И КРИТЕРИИ ПРОЯВЛЕНИЯ

Маджуга А.Г., Маджуга Л.Г., Ткаченко С.В.

Успешное достижение человеком сознательной активности и творческой самореализации возможно при условии максимального развития всех составляющих его здоровья, для чего необходимо создать систему непрерывного валеологического образования, соответствующей становлению валеологической культуры личности (ВК). При этом уровень ВК, качество здоровья и жизни человека является взаимосвязанными и взаимозависимыми величинами.

ВК личности можно определить как систему жизненных ценностей, опирающихся на знания о сущности здоровья и регулирующих поведение людей в жизнедеятельности. Мерой проявления индивидуальной ВК может служить качество здоровья человека, характеризующееся уровнем его трудоспособности.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ, ИССЛЕДУЮЩИХ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ - ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС»

Парпиева А.

Подчеркивая значение клинического исследования больного, необходимо отметить важную роль системы взаимоотношений врача и пациента. На сегодняшний день существует большой перечень терапевтических технологий, нацеленных на решение проблем синдрома зависимости. Однако применяемые терапевтические средства не могут абстрагироваться от особенностей формирования межличностных отношений в системе врач-пациент. Изучение этих особенностей позволит повысить эффективность применяемых технологий и индивидуализировать терапевтический процесс.

SUMMARIES

LEAVING LAST DOOR OF LAST CAR ... *(to a question on the concept of development of psychotherapy on the post Soviet space)*

Katkov A.L., Makarov V.V.

In article substantive provisions of the concept of development of system of professional psychotherapy on the post Soviet space are resulted, the social context and a problem field of psychotherapy which should be taken into account during reforming a trade is considered. From a stand of the present concept it is considered and order of Ministry of Health of the Russian Federation № 438 from 16.09.2003 «About a psychotherapeutic service» is analyzed. The appropriate recommendations for its improvement are given.

Key words: professional psychotherapy, reform, normative base, psychological health.

SOME ASPECTS OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH TO ONCOLOGICAL PATIENTS AT VARIOUS STAGES OF TREATMENT-AND-DIAGNOSTIC PROCESS

Ahundzhanova I.Ju., Ahundzhanov M.M., Kozinskaya T.I., Rubtsova E.N.

Oncological patients require psychotherapy and psychocorrection on all extent of disease. The complex individual approach to psychological adaptation and readaptation patients is necessary.

Alongside with medical rehabilitation it should be carried out social, labour and psychological one which harmonize internal structure of the person, finally, influencing on quality and life expectancy of oncological patients.

Set of psychotherapeutic and necessary medicamentous influences should be directed on creation of the maximal emotional comfort, maximum full psychological readaptation to a new standard of life that reduces risk of development of relapses of disease and postpones terms of occurrence of metastasises.

CREATION AND EXAMINATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC PROGRAMS

Darenskiy I.D.

The psychotherapeutic programs existing in narcological establishments, differ scarcity of used techniques and absence of scientific validity. Apparently, it is possible to explain their insignificant efficiency. Perfection of therapeutic narcological programs is possible with scientific optimization. Scientific researches in the field of optimization of psychotherapeutic programs, first of all, consist in the system analysis of narcological medical circuits with allocation of the variables describing all psychotherapeutic process, and their comparison with the purpose of reception of values of variables. As a reference point their semantic intrinsic interrelation serves in an estimation of values of variables. The values of variables received during research can serve as specifications at creation and examination of programs.

PSYCHOTHERAPY INSOMNIES AT CHILDREN WITH PSYCHOGENIC DISORDERS

Korabel'nikova E.A.

Clinic-psychological research of 30 children and teenagers with insomnies and 15 healthy tested the same age are carried out which has allowed to allocate 2 clinic-psychological variants of insomnies and accordingly 2 subgroups of the patients, suffering disorders of dream.

For children of the first subgroup was characteristic neurotic symptom complex, including emotional (a high level of alarm, depression and aggression) and psychovegetative disorders. Conducting direction of therapy in this case was revealing and the sanction of the psychological conflict being a basis of formation of neurotic

frustration, with use of various methods of psychotherapy. Patients of the second subgroup showed as conducting (frequently unique) the complaint to disorders of dream which were proof, painful and quite often broke social adaptation. Given clinic-psychological testing revealed at them a high level alexia and high frequency of occurrence of psychosomatic diseases. In therapy of such patients were the most actual psychotherapeutic methods, directed on dream which normalization was a necessary condition for use personal-oriented methods of psychotherapy.

Key words: insomnia, children, psychotherapy, neurotic, psychosomatic.

THE ANALYSIS OF ORGANIZATIONAL STANDARD IN SYSTEM OF THE SPECIALIZED PSYCHOTHERAPEUTIC SERVICE TO THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Katkov A.L., Aibasova G.H.

In given article the profound analysis of the organizational standard in system of the specialized psychotherapeutic service to the population of Republic of Kazakhstan, established with the order 147 from March, 31, 1997 of Ministry of Health of Republic of Kazakhstan «About the further improvement of a psychotherapeutic service to the population of Republic of Kazakhstan» are carried out. The basic stands of the given standard are analyzed. Comparisons of an investigated material with modern model of standards of rendering of a psychotherapeutic service to the population in the European region, recommended by the European Psychotherapist Association are carried out.

IMAGOLOGY AND PRACTICE MODERN IMAGE CONSULTATION

Petrova E.A.

Imago studies laws of formation, functioning and management of image of a person, an organization, a trade mark, a subject and a service. Development of the given science is directed on disclosing general, especial and individual in ontology of all kinds of images. Observably in a reality of image consultation diversity of approaches, is connected not only with fuzziness, uncertainty of a practical zone of professional work of image maker, but also determined by an initial stage of development of imago as sciences, absence of the education system which have usually in this sphere, «inheritance» of the methodological variety peculiar to modern psychological consultation as a whole. For the further development of image consultation, the broad audience of social - psychological problems focused on decisions, integration of forces of all experts who are carrying out fundamental and scientific-applied development in the given region, from a stand of the uniform approach is necessary, methodological basis can become modern psychosemiotics.

THE ORGANIZATION OF A PSYCHOTHERAPEUTIC SERVICE IN MOSCOW AND THE ANALYSIS OF PREVALENCE, CLINIC AND THERAPY OF MENTAL DISORDERS AT SOMATIC PATIENTS

Prokudin V.N.

Five years experience of rendering psychotherapeutic (and psychiatric) help to the patient of the Moscow versatile hospital of first aid with various mental disorders by experts of branch) of psychotherapy with use combined psychotherapeutic and psychopharmacological treatments has shown, that the organization of such service on model «interaction-attachment» has improved quality of rendering of the specialized medical aid of this category of patients, promoted more full psychosocial rehabilitation and has improved quality of their life.

NEW ACCENTS IN UNDERSTANDING OF THE FIXED EMOTIONAL INSTALLATIONS IN THE TRANSACT ANALYSIS

Shevelyova E.G.

Fixed emotional installation is a basic vital stand which is formed at early children's age, basically, under influence of parents or significant persons from the nearest environment. In the subsequent, in children's preschool establishments, the school, the installation acquired in family, as a rule, proves to be true. Thus, formation of a self-estimation and sights on an environment is finished, mechanisms of interaction with environment and the person keeps strong connection with experience of the childhood. Emotional installations develop of two components: attitudes to the person and to the world. In given article four types of emotional installations are allocated and described.

TO THE ORGANIZATIONAL STANDARD IN SPHERE OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION

Aibasova G.H.

Given article contains the basic stands of the organizational standard: definition of target groups; the purposes and problems; structure and basic elements; planned results; the basic tools and criteria of an estimation of results. The author marks importance of performance of the following stages of formation of the organizational standard: the analysis of existing structure, technologies, regular and material security; development of the appropriate normative documents regulating the given stands in activity of services of mental health of the population. And also an urgency of a question of the prompt introduction of the given standard with the purpose of reforming activity of services of mental health is shown.

TO THE STANDARD OF MONITORING OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION

Aibasova G.H.

Given article considers an extremely prominent aspect of the organization of activity of services of mental health: development and realization of the standard of monitoring of a condition of mental health of the population, efficiency of activity of services of the specialized service. In the given article all basic components of the standard of monitoring are resulted: definition of target groups; the purposes and problems; structure and basic elements; planned results; tools and criteria of an estimation of results. Importance of presence of a full complex of estimated indicators of a condition and a level of mental health, including psychological health of the population, in standards of multilevel monitoring is marked. Necessity of regular realization of multilevel monitoring, as for scientific, and especially practical purposes is marked.

TO THE STANDARD OF THE PROFESSIONAL SPECIFICATION IN SPHERE OF MENTAL HEALTH

Aibasova G.H.

This article contains the basic stands of the standard of the professional specification in sphere of mental health of the population. On an example of world practice of development and activity of services of mental health necessity of development and acceptance of the given standard is given reason. The basic components of the standard of the professional specification are described: definition of target groups; the purposes and problems; structure and basic elements; planned results; the basic tools and criteria of an estimation of results.

TO THE STANDARD OF SERVICES OF SECTOR OF THE INITIAL PREVENTION, SOLD BY SERVICES OF MENTAL HEALTH IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Aibasova G.H.

In the article the basic stands of the standard of the services sold in sector of initial prevention in sphere of mental health of the population are considered. In a material the basic making elements of the given standard are completely resulted, including such as: definition of target groups; the purposes and problems; structure and elements; planned results; the basic tools and criteria of an estimation of results. In the article it is completely given a substantial part of the appropriate standard. It was made some conclusions concerning prospective increase of efficiency in activity of services of mental health as a result of introduction of the considered standard of primary-preventive services.

TO THE STANDARD OF SERVICES OF SECTOR OF THE SECONDARY PREVENTIVE MAINTENANCE, SOLD BY SERVICES OF MENTAL HEALTH OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Aibasova G.H.

In given article the basic stands of the standard of services in sector of initial preventive maintenance, in sphere of mental health of the population are described. In a material the basic stands of formation of the considered standard are completely reflected, including such, as: definition of target groups; the purposes and problems; structures and basic elements; planned results; the basic tools and criteria of an estimation of result. Importance of development and large-scale introduction of this standard for development of sector of primary-preventive and tertiary-preventive services, and also for increase of efficiency of activity of services of mental health is emphasized.

THE ANALYSIS OF ORGANIZATIONAL STANDARD IN SYSTEM OF THE SPECIALIZED PSYCHIATRIC SERVICE TO THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Aibasova G.H.

In the article the profound analysis of the organizational standard in system of the specialized psychiatric service to the population of Republic of Kazakhstan, established by the order 269 from May, 13, 1998 of Ministry of Health of Republic of Kazakhstan «About measures on the further perfection of the organization of a psychiatric service» are carried out. The basic stands of the given standard are analyzed. Comparisons of an investigated material with modern model of priorities in sphere of the mental health, recommended by WHO are carried out.

QUESTIONS OF COMPULSORY TREATMENT IN CONDITIONS OF A ROUND-THE-CLOCK HOSPITAL

Dyusembekov V.N., Fonaryova N.N., Zhuk T.P., Ivantsov J.A.

In the present message the condition of compulsory treatment for 1999-2001 years is analysed. As a rule, in association terms next patients examination who are taking place on compulsory treatment are strictly maintained. In each survey the medical commission pays attention to the organizational-clinical and social conditions of stay.

**ABOUT THE NON-AUTHORIZED ASPECTS OF A QUESTION ON THE CRIMINAL
LIABILITY OF PERSONS WITH THE MENTAL DISORDERS WHICH ARE NOT
EXCLUDING RESPONSIBILITY**

Ilesheva R.G., Bazarbaeva L.E., Babykpaeva A.T.

One of priority tasks of the Kazakhstan judicial psychiatry is development of criteria of an estimation of mental disorders to which article 17 of criminal code of Republic of Kazakhstan can be applied. On the basis of development of these criteria more precise formulations in article 17 of criminal code of Republic of Kazakhstan can be offered.

**TO DEFINITION OF THE QUALIFYING STANDARD OF NARCOLOGISTS, WORKING
IN SYSTEM OF A NARCOLOGICAL SERVICE OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Altynbekov S.A.

In the article the argument necessarily introductions of the described qualifying standard is resulted, all multipliers of the given standard of narcological services are proved: definition of target groups, the purposes and problems of the qualifying standard, base elements and the contents of the basic sections of the qualifying standard, planned result of the qualifying standard, tools and criteria of an estimation of results of use of the qualifying standard. It is judged necessity of essential increase of a professional level of narcologists, promoting effective blocking of distribution of dependence from psychoactive substances in Kazakhstan.

**TO THE STANDARD OF MONITORING OF A NARCOLOGICAL SITUATION
IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AND ESTIMATIONS OF EFFICIENCY
OF ANTIDRUG EFFORTS**

Altynbekov S.A.

In this article the argument of necessity of introduction of the standard of monitoring of a narcological situation in RK and estimations of efficiency of the antidrug efforts confirmed by appropriate order of Ministry of Health of Republic of Kazakhstan is resulted. All multipliers of the given standard are described: the requirements showed to system of monitoring; the purpose of monitoring; problems of system of monitoring; target groups; basic parameters and the contents of the basic sections to standards of monitoring of a narcological situation in RK; presumable results of use of the standard of monitoring; tools and criteria of an estimation of results of introduction of the standard of monitoring. It is judged necessity of large-scale introduction of this standard promoting an establishment of an effective control above processes of distribution of dependence from psychoactive substances in Republic of Kazakhstan.

**ADDITIONAL TOOLS OF DEFINITION OF EFFICIENCY
OF A NARCOLOGICAL SERVICE**

Altynbekov S.A.

In the article additional tools of definition of efficiency of narcological services in sphere of diversification of introduced services are described. Simplicity, availability and efficiency of used circuits and questionnaires are emphasized. Data on successful approbation of the given toolkit are resulted within the framework of the international project.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF GRANDAXIN IN TREATMENT OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

Bektaeva G.T., Komarova O.N.

Grandaxin in a daily dose of 50-200 mg are rendered with the expressed effect at reduction of an abstinence syndrome at alcoholic dependence and is a preparation of a choice at treatment of depressive-asthenic conditions on a background of alcoholic dependence. In therapeutic doses Grandaxin causes simplification of vegetative disturbances in maximum short terms.

ETHNOCULTURAL ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF DRUG ADDICTION

Denisova E.V.

In given article modern data on the international experience of diagnostics, treatment and rehabilitation in ethnocultural aspect are submitted.

TRADITIONS OF CONSUMPTION OF NARCOTIC SUBSTANCES IN VARIOUS REGIONS OF THE WORLD

Denisova E.V.

In given article the historical file of data on traditions of consumption of narcotic substances in various regions of the world (an antiquity and the modernity of rituals and traditions, people and ways of consumption of narcotic substances) is investigated.

ROLE OF FAMILY IN FORMATION OF ANTINARCOTIC RESISTANCE AT CHILDREN

Marasheva A.A.

The analysis of the family reasons of a narcotization is convinced that in focus of preventive work should be, first of all, a family. The healthy family is one of the major factors of socialization of a child and preventive maintenance of an addiction. It is equally fair, when the question is both about initial, and secondary preventive maintenance of an addiction.

THE REVIEW OF THE REFERENCES INVESTIGATING FEATURES OF MUTUAL RELATION IN SYSTEM «DOCTOR-PATIENT-TREATMENT»

Parpieva A.

Emphasizing value of clinical research of the patient, it is necessary to note the important role of system of mutual relation of the doctor and the patient. For today there is a big list of the therapeutic technologies aimed at the decision of problems of a syndrome of dependence. However used therapeutic means can not abstract from features of formation of interpersonal relations in system the doctor - patient. Studying of these features will allow to increase efficiency of used technologies and to individualize therapeutic process.

DRUG ECONOMY IN AFGHANISTAN AND DRUG TRAFFIC IN THE CENTRAL ASIA - PROBLEMS OF REGIONAL STABILITY AND POSSIBLE DECISIONS

Plank I.M.

The central Asia became the main transit region for opium and heroin from Afghanistan to Russia and the Western Europe. The main transit country there is an Iran, and also other countries of the Central Asia. Drug traffic and the problem of heroin dependences in the Central Asia has arisen in very short period of time till 1990. Liquidation of manufacture and the traffic of drugs in Afghanistan - the important step to safety of the future.

NEW MEANS OF REDUCTION OF BY-EFFECTS NEUROLEPTIC DRUGS VITAGAM-RULIN

Makarov V.V., Kolosov V.P., Kon'kov E.M.

Preparation Vitagam-Rulin has property to reduce by-effects of neuroleptic drugs at treatment of patients with schizophrenia. The most expressed therapeutic effect was observed at reduction of mental, neuroleptic disorders. The preparation is well transferred by patients and does not cause negative by-effects.

Vitagam-Rulin most actively influences reduction of asthenic displays of neuroleptic syndrome (fatigue, apathy, slackness), that makes possible its application not only in the sharp period of illness, but also at a stage of rehabilitation when patients are included in labour processes.

THE ANALYSIS SUICIDEGENE ACTIVITY OF THE POPULATION OF UST KAMENOGORSK AND EAST-KAZAKHSTAN OBLAST

Cherepanova N.A., Nasirova T.Z., Mukasheva G.M., Zaikin B.F.

The suicide is consequence of a social-psychological desadaptation of the person in conditions of conflicts experienced by it. Suicide as the reason of death, is included into number of the most widespread reasons of death of the developed countries. In the researches given by us men die from a suicide in 6 times more often. Everyone the sixth died of a suicide in region is the inhabitant of Ust- Kamenogorsk. We count, that the problem from medical became a sociopolitical problem. Creation effective antisuicide service working in close cooperation with the Ministry of Social Protection of the population is necessary.

THE ANALYSIS OF OPERATING ORGANIZATIONAL STANDARD OF A PSYCHOLOGICAL SERVICE IN SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Aibasova G.H., Katkov A.L.

In the article the profound analysis of the organizational standard in system of the specialized medico-psychological service to the population of Republic of Kazakhstan established by the order 321 from July, 2, 1992 «About measures on the further development and perfection of psychological service in system of public health services» of the Ministry of Health of Republic of Kazakhstan are carried out. The basic stands of the given standard are analyzed. Comparisons of an investigated material with modern model of standards of rendering of a psychotherapeutic service to the population are carried out.

INDIVIDUAL VALEOLOGICAL CULTURE OF THE PERSON: ESSENCE, STRUCTURE AND CRITERIA OF DISPLAY

Madzhuga A.G., Madzhuga L.G., Tkachenko S.V.

Successful achievement by the person of conscious activity and creative self-realization is possible under condition of the maximal development of all components of his health for what it is necessary to create system of continuous valeological education, appropriate to becoming of valeological culture of person. Thus level of valeological culture, quality of health and human life is the interconnected and interdependent sizes.

Valeological culture of persons can be defined as system of the vital values basing on knowledge of essence of health and regulating behaviour of people in vital activity. A measure of display of individual of valeological cultures can serve a quality of health of the person, described as a level of his work capacity.

ALEXITIMIA AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE

Parpieva A.

Revealing alexitimia at patients with opioid dependence with the help of self-estimated scales is problematic enough. Clinically revealed of alexitimia does not always proves to be true self-estimated tools.

Complexities of revealing of alexitimia are consequence of absence of skills of identification of feelings, emotions and sensations.

Purchase of skills of registration of emotional conditions forms ability to identify psychological problems that creates preconditions for orientation of the patient to reception of a psychotherapeutic aid, formation of therapeutic «order».