

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том X**

**Специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала  
«Вопросы ментальной медицины и экологии»**

**2004  
Москва-Павлодар**

---

---

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

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

## **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

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

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

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

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

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

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

|   |      |
|---|------|
| <i>Катков А.Л., Айбасова Г.Х.</i>             |      |
| Системная организация стандартов деятельности |      |
| служб психического здоровья                   | 6-36 |

### ПСИХОТЕРАПИЯ

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

|   |       |
|---|-------|
| <i>Катков А.Л.</i>                                |       |
| Интегративная психотерапия – новые подходы        | 37-46 |
| <i>Макаров В.В., Макарова Г.А.</i>                |       |
| Ассертивность                                     | 46-53 |
| <i>Тукаев Р.Д.</i>                                |       |
| Российская мультимодальная психотерапия. Часть 1. |       |
| На распутье.                                      | 54-61 |
| <i>Тукаев Р.Д.</i>                                |       |
| Российская мультимодальная психотерапия. Часть 2. |       |
| Теоретические перспективы                         | 62-67 |

### ПСИХИАТРИЯ

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

|   |       |
|---|-------|
| <i>Джарбусынова Б.Б.</i>  |       |
| Анализ динамики выявляемости психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан по данным официальной статистики на период 1992-2002 г.г. | 68-86 |

### НАРКОЛОГИЯ

|  |       |
|--|-------|
| <i>Россинский Ю.А.</i>   |       |
| Некоторые корреляции свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости с терапевтической динамикой опийной наркомании | 87-91 |

### ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

|  |       |
|--|-------|
| <i>Россинский Ю.А.</i>   |       |
| Взаимосвязи превалентных рисков наркомании с психологическим здоровьем | 92-94 |

### ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

**Том X  
специальный выпуск  
2004 год**

**выходит  
4 раза в год**

|  |         |
|--|---------|
| <i>Азанова Б.А.</i>  |         |
| Наркотическая зависимость и коморбидные личностные аномалии (литературный обзор) | 95-118  |
| <i>Резюме</i>  | 119-122 |

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## TABLE OF CONTENTS

### FOUNDERS:

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

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

### EDITORIAL ARTICLES

|   |      |
|---|------|
| <i>Katkov A.L., Aibasova G.H.</i>                                       |      |
| The system organization of standards of mental health services activity | 6-36 |

### PSYCHOTHERAPY

|   |       |
|---|-------|
| <i>Katkov A.L.</i>  |       |
| Integrative psychotherapy - new approaches                            | 37-46 |
| <i>Makarov V.V., Makarova G.A.</i>                                    |       |
| Assertivness  | 46-53 |
| <i>Tukaev R.D.</i>  |       |
| The Russian multimodal psychotherapy. A part 1. At the crossroads.    | 54-61 |
| <i>Tukaev R.D.</i>  |       |
| The Russian multimodal psychotherapy. A part 2. Theoretical prospects | 62-67 |

### PSYCHIATRY

|  |       |
|--|-------|
| <i>Dzharbusynova B.B.</i>  |       |
| The analysis of dynamics of detectability of mental and behavioral disorders in Republic of Kazakhstan according to official statistics for the period 1992-2002 | 68-86 |

### NARCOLOGY

|  |       |
|--|-------|
| <i>Rossinsky Yu.A.</i>   |       |
| Some correlations of properties of psychological health - antinarcotic resistance with therapeutic dynamic of opioid addiction | 87-91 |

### PEDAGOGICS OF HEALTH. VALEOLOGY

|   |       |
|---|-------|
| <i>Rossinsky Yu.A.</i>  |       |
| Interrelations prevailed risk of drug addiction with psychological health | 92-94 |

### INFORMATION, REVIEWS

**Volume X  
Special edition  
2004**

**Published 4 times  
in a year**

|   |         |
|---|---------|
| <i>Azanova B.A.</i>   |         |
| Drug dependence and comorbid personal anomalies (literary review) | 95-118  |
| <i>The summary</i>  | 119-122 |

---

---

## **УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ, НАШИ ЧИТАТЕЛИ И АВТОРЫ!**

**Журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» исполняется 10 лет!**

Перед Вами юбилейный выпуск единственного, в своем роде, научно-практического журнала, издаваемого с участием двух Республик постсоветского пространства – Казахстана и Российской Федерации.

Поэтому, в первую очередь, мы поздравляем наших учредителей – Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании (Республика Казахстан) и общественное объединение «Профессиональная Психотерапевтическая Лига» (Россия), приложивших максимум усилий для успешного развития данного проекта.

Теперь, по прошествии 10 самых трудных лет, можно с уверенностью сказать, что журнал выполняет свою главную миссию – глашатая новых идей в сфере психического и психологического здоровья, объединения профессионалов в области психотерапии, психиатрии, наркологии, клинической психологии и психологического консультирования, валеологии и специальной педагогики.

В сорока номерах научно-практического журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии», изданного с 1995 года, было опубликовано свыше 1000 статей, отражающих современный уровень развития медицинской и гуманитарной науки в области психического и психологического здоровья. Мы с большим удовлетворением отмечаем родственные тенденции профессионального роста наших авторов, расширения объемов и тематики публикаций, возрастания числа статей, посвященных анализу результатов фундаментальных научных исследований, а также улучшения общего дизайна, качества полиграфии и оформления публикуемого материала.

Наш журнал распространяется в Республике Казахстан, Российской Федерации, странах Балтии, Центрально-Азиатских Республиках. Электронная версия журнала доступна на сайте Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании. Избранные статьи и аннотации всех номеров помещаются на сайт Профессиональной Психотерапевтической Лиги.

В 2002 году журнал вошел в список изданий, учитываемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Казахстан при защите диссертаций. Надеемся на плодотворное сотрудничество с молодыми учеными стран СНГ, стремящимися представить свои работы широкому кругу читателей из разных профессиональных областей ментального профиля.

Уверены, что наши читатели за 10 лет существования журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии», стали не только старше, мудрее и опытнее, но и существенно прибавили в профессиональном мастерстве не без помощи опубликованных материалов.

*Мы полезны и интересны друг другу, и это главное!*

Поэтому сегодня мы от всего сердца поздравляем читателей, авторов, издателей, учредителей – всех тех, кто имеет прямое отношение к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» – с 10-летним юбилеем!

*Будьте здоровы и счастливы!*

*У нас впереди много интересного!*

Главный редактор от Казахстана  
профессор, доктор медицинских наук  
Заведующий кафедрой психотерапии  
и наркологии СГМА  
Заместитель директора по науке и образованию  
Республиканского научно-практического Центра  
медико-социальных проблем наркомании

А.Л. Катков

Главный редактор от Российской Федерации  
профессор, доктор медицинских наук  
Заведующий кафедрой психотерапии  
и наркологии с курсом сексопатологии РАПО  
Президент ППЛ

В.В.Макаров

---

---

## РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

### СИСТЕМНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СТАНДАРТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

#### 1. Введение

В настоящее время психические расстройства и психосоциальные проблемы отмечаются у примерно 400 миллионов человек во всем мире (Г.Х.Брутланд, 2001). Согласно Доклада Всемирной организации здравоохранения «О состоянии психического здоровья и психиатрической помощи» (ВОЗ, 2001) в настоящее время психические расстройства поражают 20-25% населения планеты в любом возрасте. В связи с этим ВОЗ призывает государства к ответственности за то, чтобы сделать проблемы психического здоровья приоритетными: «сегодня у всех людей, страдающих психическими расстройствами, есть надежда на выздоровление и превратить ее в реальность – долг всех стран мира» (ВОЗ, 2001).

Всемирная федерация психического здоровья объявляет тему: «Психическое здоровье и работа» приоритетной на рубеже тысячелетий, и призывает, в частности, улучшить качество психиатрической помощи людям всего мира, обеспечив эффективность служб психического здоровья и ее соответствие национальной культуре и внутренним потребностям (Всемирный день психического здоровья – 2000).

В качестве основных стратегий реализации данных тезисов ВОЗ рекомендует «разрабатывать национальную политику в области психиатрии, соответствующие программы и законодательства; развивать кадровые ресурсы; осуществлять мониторинг психического здоровья; оказывать поддержку научным исследованиям (Report on health care world wide situation, 2001).

В данной связи, главные вопросы, которые сейчас встают перед психиатрией во всем мире: что такое психиатрическая служба (Н.Сарториус, 1998); каким образом содействовать качеству психиатрической помощи и профилактике психических заболеваний, профессиональному развитию психиатров, повышению качества психиатрической науки и образования (А.Окаша, 2002).

Адекватные ответы на эти вопросы можно получить, используя новые модели медико-биологической (Е.П.Тора, 2003) и психиатрической парадигмы (Ю.Л.Нуллер, 1991, 1993; М.М.Кабанов, 1994; М.С.Роговин, Г.В.Залевский, 2001), обновленные концепции психиатрической систематики (С.Ю.Циркин, 2002). А также, используя технологии выведения стандартов качества диагностики,

лечения и реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами (И.Я.Гурович, Е.М.Кирьянов, А.Б.Шмуклер, 1999; В.С.Ястребов, Т.А.Солохина, 2003).

Все вышеизложенное позволяет констатировать необходимость изменения подходов профессионального образования специалистов в сфере охраны и развития психического здоровья населения – психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников и других (Е.Д.Дедков, Н.Г.Незнанов, А.В.Борцов, Е.Н.Пенюгина, 2003; Ю.Д.Игнатов, Е.Д.Дедков, Н.Н.Петрищев, 2003). Соответственно, в максимальной степени должны использоваться новые информационные технологии в систематизации психиатрических знаний (С.И.Карась, И.Р.Семин, Е.М.Райзман, 2000). В частности, компьютерные обучающие системы (И.Р.Семин, С.И.Карась, Е.М.Райзман, 2002). Этими же авторами отмечается необходимость изменения подходов к использованию структуры знаний в обучении психиатрии. Еще большего внимания требует подготовка научно-педагогических кадров, освоение новых научных методов в сфере психического здоровья (Н.А.Зорин, 1999; И.А.Покровская, А.В.Немцов, 1999; С.А.Судаков, 2002).

Между тем, вопросы оптимизации нормативного регулирования деятельности в сфере охраны психического здоровья населения, в публикуемых исследованиях изучены недостаточно.

В данной связи нами были разработаны новые подходы в области нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья, основанные на системном взаимодействии отраслевых стандартов. Данные подходы основывались на предварительных исследованиях, которые позволили четко сформулировать как международные, так и национальные ориентиры для разработки стандартов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической).

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

К первым ориентирам, отраженным в главных документах, по проблемам психического здоровья (Десять основных принципов ВОЗ в законодательстве о психическом здоровье; Резюме Мадридской декларации в сфере психического здоровья; 10

рекомендаций для достижения более высоких уровней психического здоровья, опубликованных в докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», ВОЗ, 2001; Стратегия и политика Всемирной Психиатрической Ассоциации, опубликованная в резюме Всемирного психиатрического конгресса в Йокогаме в 2002 г.), относятся следующие:

- выведение служб психического здоровья в национальные приоритеты;
- осуществление многоуровневого мониторинга состояния и служб психического здоровья населения;
- разработка национальной политики и законодательства в области психического здоровья населения;
- разработка программы реформ в организации служб психического здоровья;
- развитие материально-технических ресурсов соответствующих служб;
- развитие кадровых ресурсов в службах психического здоровья;
- повышенное внимание научно-информационному обеспечению процессов развития служб психического здоровья, нормативной базы и законодательства в данной области;
- ориентация на потребности пациента, его семьи и близких в связи с проблемами в сфере психического здоровья;
- ориентация на запросы общества в связи с проблемами в сфере психического здоровья.

Ко вторым (национальным) ориентирам следует отнести:

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

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

### **3. Концепция и модель национальных стандартов в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан**

В настоящем разделе нами рассматриваются два класса понятий: общее (концептуальное) понятие

системно-развивающего стандарта и частное понятие нормативного стандарта, используемое в деятельности служб психического здоровья.

Концептуальное понятие системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья определяется нами как «нормативно-заданная (дифференцированная и упорядоченная), согласованная (взаимообуславливающая, взаимодополняющая, взаимопотенцирующая) активность служб психического здоровья, направленная на эффективное достижение результатов, предусмотренных настоящим стандартом».

В нашем случае достигается результат, обозначенный как расширение ассортимента и повышение качества услуг, оказываемых в сфере психического здоровья населения.

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

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

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

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

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

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

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

В настоящем разделе нами описываются виды, область применения, структура и функции стандартов, регулирующих деятельность служб

психического здоровья, системные принципы их взаимодействия.

#### 4.1. Виды стандартов в сфере психического здоровья

Нами выделяются следующие виды стандартов:

- стандарт мониторинга ситуации в сфере психического здоровья в Республике Казахстан (мониторинг психического здоровья населения, мониторинг служб психического здоровья);
- стандарт национального приоритета в сфере психического здоровья (отражаемый в главных программных и законодательных документах Республики);
- стандарт услуг, реализуемых службами психического здоровья;
- квалификационный стандарт специалистов, действующих в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению;
- образовательный стандарт (стандарт программ дипломной и последипломной подготовки специалистов, в сфере психического здоровья);
- организационный стандарт (стандарт структуры, основных технологий, кадровой спецификации и штатной обеспеченности, материально-технического и финансового обеспечения деятельности служб).

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

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

Структура стандартов в области психического здоровья населения содержит следующие элементы:

- 1) определение целей и задач стандарта
- 2) определение субъектов и объектов (целевые группы) вовлекаемых в функциональную активность определенного стандарта
- 3) определение обязательных базисных элементов, образующих функциональный «каркас» стандарта
- 4) определение конкретного содержания каждого базисного элемента
- 5) определение результатов, которые планируется достичь с использованием данного стандарта
- 6) определение инструментов и критериев оценки данного результата.

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

Специальные функции рассматриваемых стандартов зависят от структуры каждого из них и рассматриваются в соответствующих разделах.

#### 4.3. Принципы системного взаимодействия стандартов в сфере психического здоровья

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

- 1) Процесс определения открытых и скрытых потребностей населения в сфере психического здоровья (предполагает активное использование многоуровневого мониторинга по широкому спектру проблем);
- 2) Процесс нормативного планирования (предполагает а) разработку ассортимента и расчет необходимого объема услуг; б) разработку квалификационных требований основных исполнителей (профессионалов, действующих в службах психического здоровья); в) разработку соответствующих программ подготовки персонала; г) расчет потребностей в структурном, кадровом, технологическом и материально-финансовом обеспечении);
- 3) Процесс организации воспроизводства запланированного спектра и объема услуг для нуждающихся групп населения с привлечением всех имеющихся ресурсов (предполагает использование структурных, технологических, штатных, материально-финансовых нормативов);
- 4) Процесс реализации запланированного объема услуг в требуемом ассортименте и качестве (предполагается акцент на квалификационные требования к основным исполнителям (персоналу), акцент на соблюдении технологий реализации конкретных услуг, что также, в основном, обеспечивается качеством подготовки персонала);
- 5) Процесс изменения состояния и качества жизни основных потребителей услуг (пациентов), а также их родственников и близких (предполагает активное использование многоуровневого мониторинга с акцентом на результативный – фиксирующий степень удовлетворенности специализированными услугами, степень изменения статуса основных пользователей, включая качество жизни - полюс).

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

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

- 1) Процесс определения основных тенденций, масштабов и содержания проблемы психического здоровья в обществе (предполагает использование регулярного, многоаспектного мониторинга состояния и уровня социального психического здоровья);
- 2) Процесс активизации общественного мнения и генерации соответствующей активности государственных структур, ответственных за социальное развитие и общественное здоровье (предполагает использование адекватных информационных технологий);
- 3) Процесс разработки приоритетов в области психического здоровья населения, зафиксированных

Схема 1

*Внутренний вектор и общий алгоритм активности служб психического здоровья*

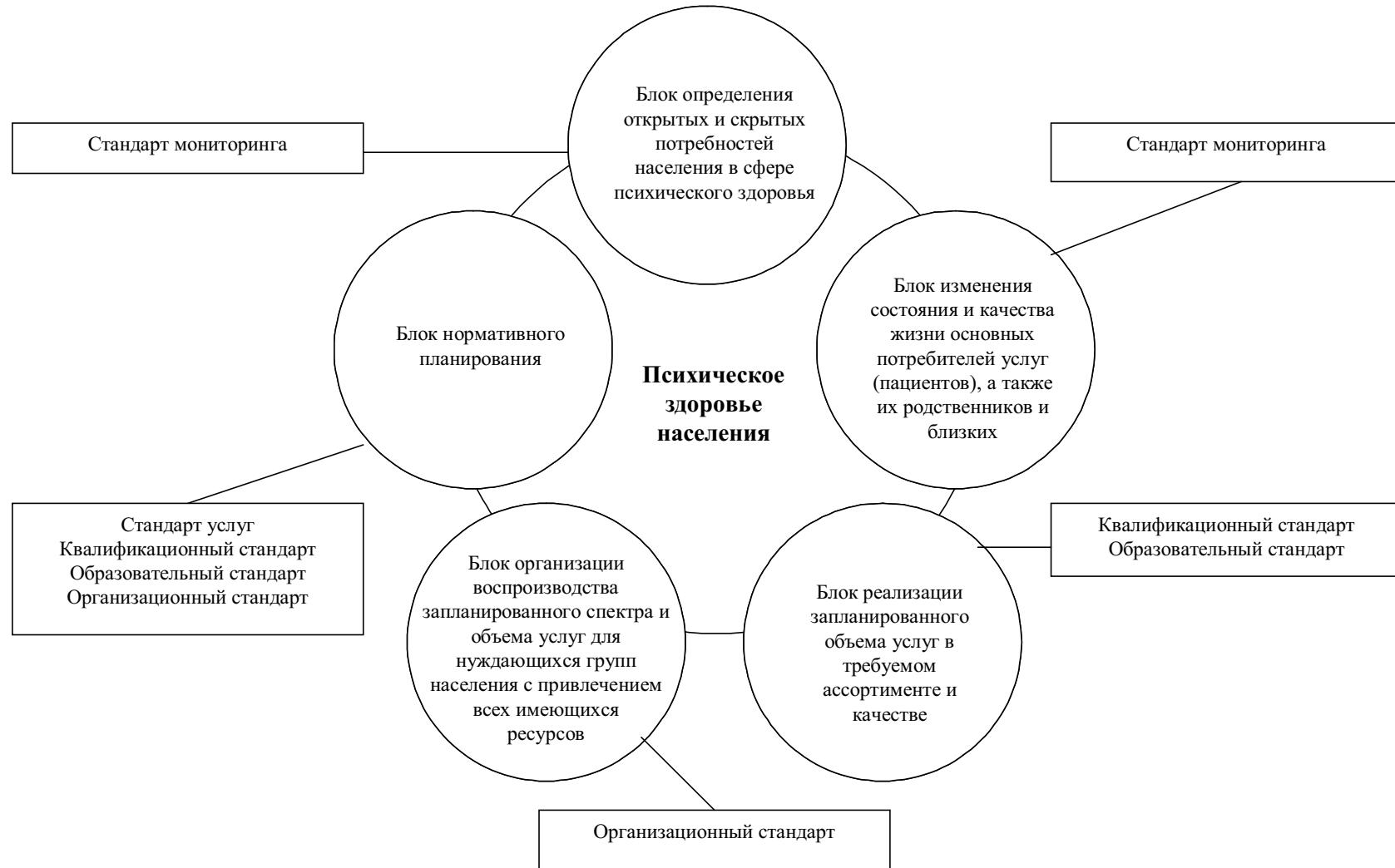
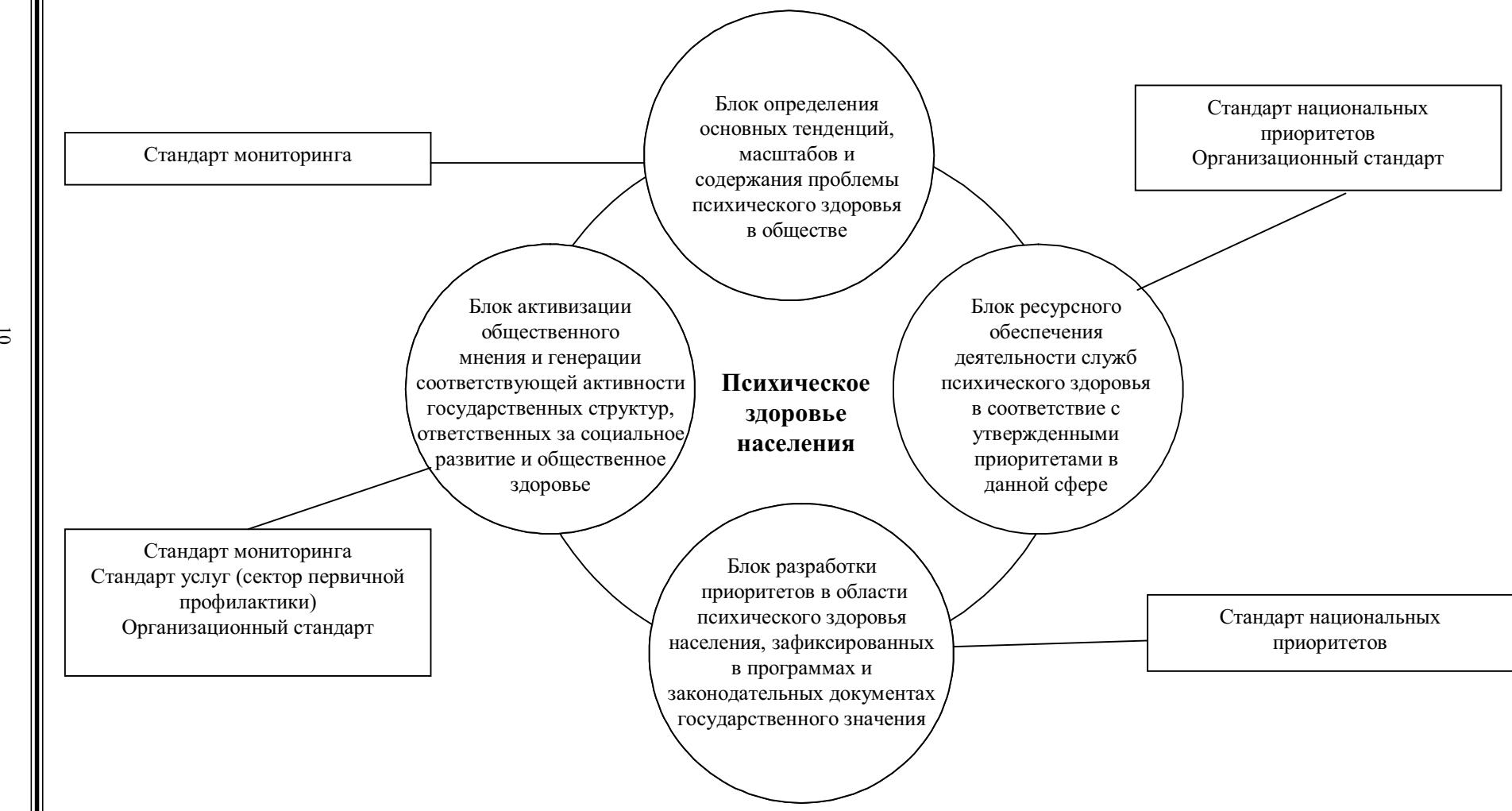


Схема 2

*Внешний вектор и общий алгоритм активности служб психического здоровья*



в программах и законодательных документах государственного значения (предполагает использование определенного нормативного стандарта, спроектированного для такого рода документов);

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

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

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

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

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

Квалификационный стандарт поддерживает исполнение требуемого стандарта услуг (восходящая

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

Образовательный стандарт обеспечивает выполнение квалификационного стандарта (восходящая функция). Регулирует соответствующие аспекты деятельности организационного стандарта (нисходящая функция). Совместно с квалификационным стандартом регулирует качество услуг, совместно с организационным стандартом регулирует ассортимент, объем, качество услуг, производимых службами психического здоровья (горизонтальные функции).

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

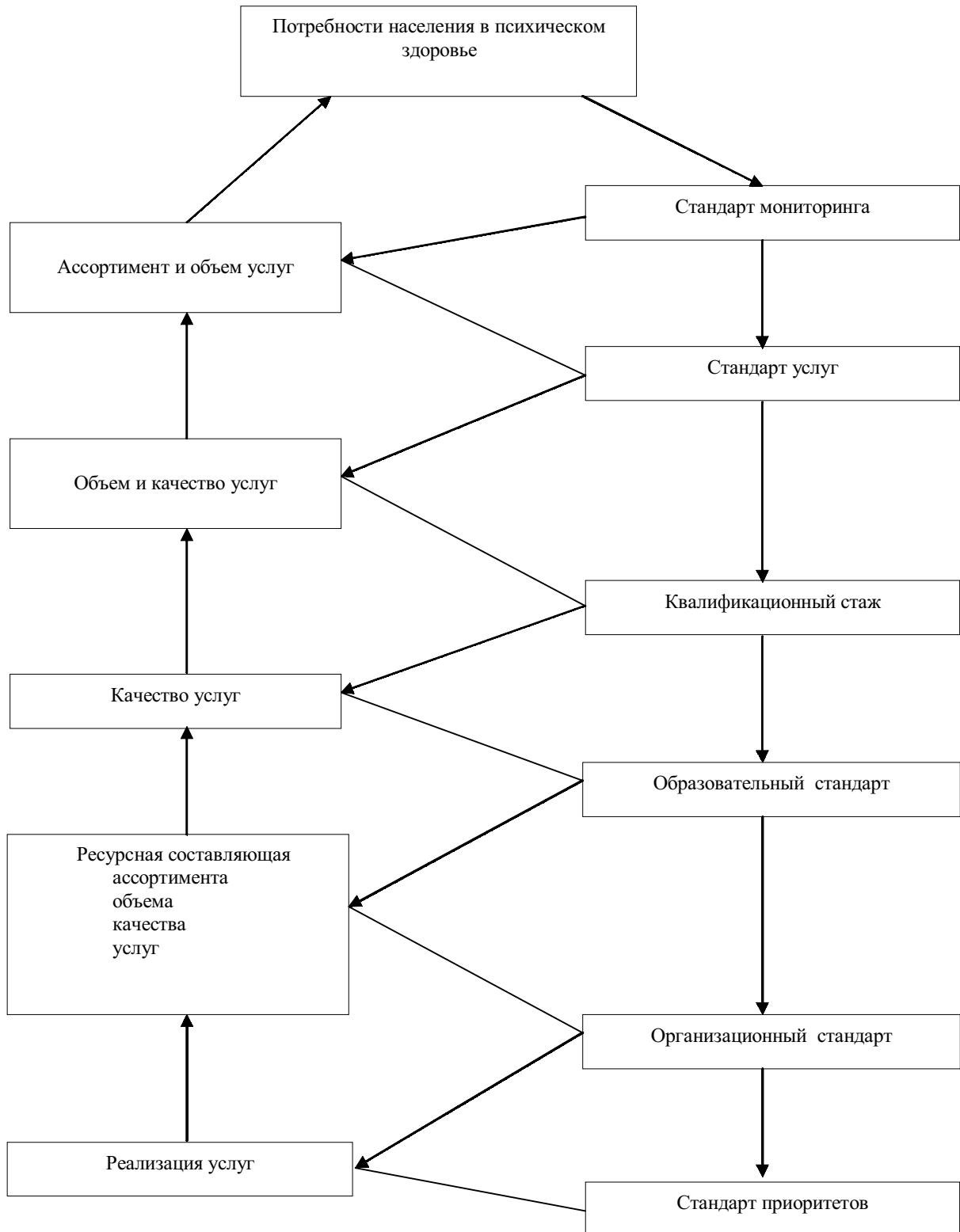
Стандарт приоритетов регулирует распределение ресурсов в сферу психического здоровья и поддерживает нормативную систему в целом (восходящая функция). Формирует соответствующую активность общества в отношении проблем психического здоровья (нисходящая функция). Совместно с организационным стандартом регулирует процесс ресурсного обеспечения реализации требуемого объема услуг в рассматриваемой сфере.

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

## 5. Структура и основные параметры стандартов в сфере психического здоровья населения

В настоящем разделе рассматривается общая структура основополагающих стандартов (мониторинга, услуг, квалификации, образования, организации, приоритетов) в сфере психического здоровья населения. Полностью приводится содержание стандартов мониторинга, услуг, специальностей, имеющих непосредственное отношение к реализации услуг в сфере психического здоровья населения. Полное содержание квалификационных, организационных стандартов, стандарта приоритетов, стандартов образовательных программ додипломной и последипломной подготовки соответствующих

Схема системного взаимодействия стандартов в сфере психического здоровья



специалистов в связи со значительным объемом материала приводится в других публикациях.

### **5.1. Стандарт мониторинга**

#### ***5.1.1. 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 помошь;
- родные и близкие пациентов, получающих помошь 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.

#### ***5.1.2. 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.

#### ***5.1.3. 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 4).

#### ***5.1.4. Планируемые результаты использования стандарта мониторинга***

Основные результаты достигаются за счет адекватного выполнения как восходящей, так и нисходящей и горизонтальной функций 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.

#### ***5.1.5. 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, оценивающих степень удовлетворенности населения службами психического здоровья будет свидетельствовать о достижении планируемых результатов.

### **5.2. Стандарты услуг**

#### ***5.2.1. Определение целевых групп***

Основными целевыми группами, охватываемыми активностью стандарта услуг, являются:

- население Республики Казахстан (по профилю первичной профилактики);
- группа лиц, находящихся в предболезненном и болезненном состоянии по профилю психического здоровья населения;
- родственники и близкие пациентов, получающих помошь в службах психического здоровья.

#### ***5.2.2. Цели и задачи стандарта услуг***

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

- повышение уровня психического и психологического здоровья населения за счет широкомасштабных и эффективных мероприятий, реализуемых службами психического здоровья по профилю первичной, вторичной и третичной профилактики;
- удовлетворение скрытых и открытых потребителей населения в специализированной помошь.

Основные задачи, решаемые стандартом услуг, следующие:

- обеспечивать необходимый (требуемый) ассортимент услуг, реализуемый службами психического здоровья;
- обеспечивать качество специализированных услуг;
- выполнять функцию механизма обратной связи в стандарте мониторинга;

*Базисные элементы и содержание многоуровневого мониторинга психического здоровья*

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

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

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

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, параметры и обозначение индикаторов мониторинга психического здоровья</b>  | <b>Населенный пункт</b> | <b>регион</b> | <b>Республика</b> |
|-------------------------|--|-------------------------|---------------|-------------------|
| 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, пользованных в течение года в психотерапевтических стационарах   |                         |               |                   |
| 3.4.4                   | Количество пациентов, пользованных в течение года в психотерапевтических диспансерах, центрах, кабинетах   |                         |               |                   |
| 3.4.5                   | Количество пациентов, пользованных в течение года в кабинетах (центрах) медико-психологической консультации  |                         |               |                   |
| 3.4.6                   | Показатели занятости и оборота койки в психиатрических и психотерапевтических стационарных отделениях, дневных иочных стационарах  |                         |               |                   |
| 4                       | <b>Профиль основных характеристик результата деятельности служб психического здоровья</b>  |                         |               |                   |
| 4.1                     | <i>Параметр оценки результатов деятельности в секторе первичной профилактики (конечные индикаторы)</i>   |                         |               |                   |
| 4.1.1                   | Оценка динамики индикаторов, определяющих уровни психического здоровья населения (групп: психически здоровых, высокого риска развития психической патологии, предболезни, компенсированной психической патологии, декомпенсированной психической патологии)            |                         |               |                   |
| 4.1.2                   | Оценка динамики основных экономических индикаторов, отражающих уровни психического здоровья населения (спЦПЗ; спЦПБ; уэпУПЗ)   |                         |               |                   |
| 4.1.3                   | Оценка динамики индикаторов, определяющих уровни психологического здоровья населения (групп: с высоким, средним и низким уровнями психологического здоровья)   |                         |               |                   |
| 4.1.4                   | Оценка динамики специальных социальных индикаторов (показатели развития института семьи: браки, разводы, неполные семьи, преступность, суициды)  |                         |               |                   |
| 4.1.5                   | Оценка динамики показателей распространения психической патологии во всех возрастных группах населения   |                         |               |                   |
| 4.1.6                   | Оценка динамики распространения наркологической патологии во всех возрастных группах населения   |                         |               |                   |
| 4.2                     | <i>Параметр оценки результатов деятельности в секторе вторичной профилактики (конечные индикаторы)</i>   |                         |               |                   |
| 4.2.1                   | Показатель длительности пребывания на стационарной койке   |                         |               |                   |
| 4.2.2                   | Показатель длительности пребывания на амбулаторном лечении   |                         |               |                   |
| 4.2.3                   | Показатель направления на повторное лечение в течение года (стационарное, амбулаторное)  |                         |               |                   |
| 4.2.4                   | Показатель выхода на первичную инвалидность в течение года   |                         |               |                   |
| 4.2.5                   | Оценка динамики контингента инвалидов по психическому заболеванию  |                         |               |                   |
| 4.2.6                   | Показатель динамики учета лиц с психическими и поведенческими расстройствами (количество взятых на учет, количество снятых с учета в связи с улучшением и выздоровлением)  |                         |               |                   |
| 4.2.7                   | Оценка динамики экономических показателей, отражающих конечную эффективность деятельности служб психического здоровья (показатель ук ЭФ – универсальный коэффициент эффективности)   |                         |               |                   |
| 4.2.8                   | Оценка качества жизни психически больных получающих стационарное, амбулаторное и поддерживающее лечение по профилю вторичной профилактики, а также качества жизни пациентов, находящихся в состоянии ремиссии (проводится по специальной методике)                     |                         |               |                   |
| 4.2.9                   | Оценка качества жизни родственников и близких, проживающих совместно с психически больными, получающими помощь по профилю вторичной профилактики, проводимая по специальной методике   |                         |               |                   |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, параметры и обозначение индикаторов мониторинга психического здоровья</b>  | <b>Населенный пункт</b> | <b>регион</b> | <b>Республика</b> |
|-------------------------|--|-------------------------|---------------|-------------------|
| 4.3                     | <i>Параметр оценки результатов деятельности в секторе третичной профилактики</i>   |                         |               |                   |
| 4.3.1                   | Показатель динамики инвалидности по психическому заболеванию в течение года (снятие инвалидности и возвращение к труду)  |                         |               |                   |
| 4.3.2                   | Показатель общественно-опасных действий (правонарушений) совершенных психически больными   |                         |               |                   |
| 4.3.3                   | Оценка качества жизни психически больных, получающих помощь по профилю третичной профилактики в сфере психического здоровья, проводится по специальной методике  |                         |               |                   |
| 4.3.4                   | Оценка качества жизни родственников и близких, проживающих с психически больными, получающими помощь по профилю третичной профилактики в сфере психического здоровья, проводимая по специальной методике |                         |               |                   |

- стимулировать развитие адекватных квалификационных и образовательных стандартов.

Таким образом, в спектр задач, решаемых стандартом услуг, включаются восходящие, нисходящие и горизонтальные функции данного стандарта.

#### *5.2.3. Базисные элементы (классы) и содержание основных разделов (секторов и профилей) стандарта услуг в сфере психического здоровья населения*

Предварительные исследования спектра специализированных услуг, реализуемых в мировой практике психического здоровья населения, а также наши собственные разработки, позволили сформулировать основные позиции по широкому спектру специализированных услуг:

- в секторе первичной профилактики;
- в секторе вторичной профилактики;
- в секторе третичной профилактики;
- в секторе экспертизы (трудовой, военный, судебный).

Профиль профессиональной спецификации (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической) нами специально не выделялся, поскольку служба психического здоровья в Республике Казахстан в достаточной степени централизована. Вышеприведенные позиции отражены в схемах 5-8.

В схеме 6 приводятся базисные элементы и содержание стандарта услуг сектора вторичной профилактики, предполагающие многоаспектную спецификацию лечебно-диагностических процедур, в зависимости от нозологического, организационного, возрастного профилей. Данное обстоятельство учитывается нами в заключительных разделах стандарта без дублирования всего перечня услуг.

В схеме 7 приводятся базисные элементы и содержание стандарта услуг в секторе третичной профилактики сферы психического здоровья населения. В основном, данный сектор услуг реализуется системой психиатрической помощи населению

(в то время, как сектор услуг вторичной, и, особенно, первичной профилактики активно обеспечивался деятельностью психотерапевтической и медико-психологической службами). В содержании данного стандарта учитывается и то обстоятельство, что некоторые услуги (например, профилактика социальной поддержки), невозможно отнести только в сектор вторичной или третичной профилактики. Поэтому индикаторы услуг такого рода приводятся в том и другом перечне.

Заключительный раздел базисных элементов и содержания стандарта услуг – описание экспертных услуг – приводится в схеме 8. Экспертные услуги в сфере психического здоровья составляют существенную часть социального запроса. Кроме того, они прямо влияют на качество жизни обширной категории пациентов, а в отношении пациентов со сниженной, или утраченной трудоспособностью полноценная трудовая экспертиза является главной процедурой, обеспечивающей относительно высокое качество жизни.

Решение экспертных вопросов и услуги данного сектора, таким образом, представляют вполне самостоятельный раздел и традиционно выделяются из общего ассортимента специализированных услуг.

#### *5.2.4 Планируемые результаты реализации стандарта услуг*

Результаты, планируемые за счет восходящей функциональной активности данного стандарта следующие:

- постоянное совершенствование стандарта мониторинга;
- опосредованное конструктивное влияние на ресурсное обеспечение всего спектра активности служб психического здоровья.

Результаты, планируемые за счет нисходящей функциональной активности стандарта услуг:

- совершенствование квалификационного стандарта за счет постоянной стимуляции к овладеванию

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

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>   |
|-------------------------|--|
| 1                       | <b>Неспецифические технологии первичной профилактики в сфере психического здоровья</b>   |
| 1.1                     | <i>Класс информационных технологий</i>   |
| 1.1.1                   | Создание постоянно действующего конвейера адекватных публикаций по теме психического здоровья в СМИ  |
| 1.1.2                   | Создание постоянно действующего конвейера адекватных видео и радио презентаций по теме психического здоровья в электронных СМИ   |
| 1.1.3                   | Создание специализированных сайтов по проблемам активного формирования психического здоровья в Интернете   |
| 1.1.4                   | Создание служб телефонного консультирования по проблемам психического здоровья в Республиканском, региональном и местном масштабе  |
| 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-вальеологов, 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                       | <b>Специфические диагностические технологии</b>  |
| 2.1                     | <i>Класс диагностических технологий, определяющих уровень психического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп)</i>  |
| 2.1.1                   | Социологические методы диагностики с использованием анкетирования, опроса и последующего статистического анализа   |
| 2.1.2                   | 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>  |
| 2.3.1                   | Моногенетическая диагностика определения групп риска   |
| 2.3.2                   | Многофакторная диагностика определения групп риска   |
| 3                       | <b>Специализированные превентивные технологии в сфере психического здоровья</b>  |
| 3.1                     | <i>Класс технологий превенции умственной отсталости</i>  |
| 3.1.1                   | Превенция расстройств, вызванных йодной недостаточностью   |
| 3.1.1.1                 | Йодирование поваренной соли или воды в источнике водоснабжения   |
| 3.1.1.2                 | Лечение лиц, относящихся к группе риска, йодированным маслом или раствором Люголя  |
| 3.1.2                   | Превенция синдрома Дауна   |
| 3.1.2.1                 | Рекомендации женщинам в возрасте старше 35 лет воздерживаться от деторождения  |
| 3.1.2.2                 | Осуществление амниоцентеза при беременности у женщин старше 35 лет   |
| 3.1.3                   | Превенция алкогольного синдрома плода  |
| 3.1.3.1                 | Использование скрининговых тестов для выявления женщин из группы риска   |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>   |
|-------------------------|--|
| 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 фенилкетонурией 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 помочь 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                       | <b>Специализированные технологии развития психологического здоровья</b>  |
| 4.1                     | <i>Класс специальных психотерапевтических технологий</i>   |
| 4.1.1                   | Технологии социальной психотерапии   |
| 4.1.2                   | Технологии групповой психотерапии  |
| 4.1.3                   | Технологии индивидуальной психотерапии   |
| 4.2                     | <i>Класс специальных технологий психологического консультирования</i>  |
| 4.2.1                   | Технологии психологического консультирования экзистенциально-гуманистического направления  |
| 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                            |

Схема 6

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

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>  |
|-------------------------|---|
| 1                       | <b>Профиль информационных услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения</b>  |
| 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) |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>  |
|-------------------------|---|
| 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                       | <b>Профиль диагностических услуг сектора вторичной профилактики</b>   |
| 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                   | Доплерография 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 критерии 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 «островков» психики и особенностей реакции личности на болезнь  |
| 3                       | <b>Профиль специфических лечебных технологий</b>  |
| 3.1                     | <i>Класс биологической терапии</i>  |
| 3.1.1                   | Психофармакотерапия   |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>                             |
|-------------------------|--|
| 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   |
| 3.1.5.7                 | Гемоксигенация   |
| 3.1.6                   | Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)                           |
| 3.1.7                   | Физиотерапия и другие неlekарственные 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 психофармакотерапии                         |
| 3.1.8.1                 | С одномоментным обрывом  |
| 3.1.8.2                 | С одномоментным обрывом и форсированным диурезом                   |
| 3.1.8.3                 | Титрационным введением базисного психофармакологического средства  |
| 3.1.9                   | Технологии форсированной инсулиноматозной 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>                     |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>   |
|-------------------------|--|
| 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                       | <b>Профиль неспецифических лечебных технологий</b>   |
| 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                       | <b>Профиль формы оказания специализированных лечебно-диагностических услуг</b>   |
| 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.                      | <b>Профиль возрастной специализации лечебно-диагностических услуг</b>  |
| 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                       | <b>Профиль нозологической специализации лечебно-диагностических услуг</b>  |
| 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 сомато-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                       | <b>Профиль экспертизной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг</b>   |
| 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.                      | <b>Профиль специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности</b>   |
| 9.1                     | <i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в отделениях интенсивной терапии психозов</i>  |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>  |
|-------------------------|---|
| 9.2                     | <i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в реабилитационных и ресоциализационных отделениях</i>  |
| 10.                     | <b>Профиль услуг, направленных на обеспечение собственной безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц</b>   |
| 10.0.1                  | Принудительная госпитализация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с действующими правовыми нормами и неотложными показаниями  |
| 10.0.2                  | Фиксация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с утвержденным правовым оформлением подобных действий и неотложными показаниями  |
| 10.0.3                  | Надзор, осуществляемый в палатах интенсивного наблюдения  |
| 10.0.4                  | Надзор, осуществляемый в отделениях острых психозов   |
| 10.0.5                  | Наблюдение, осуществляющееся в общепсихиатрических отделениях   |
| 11                      | <b>Профиль правовых и социальных услуг</b>  |
| 11.1                    | <i>Класс юридических услуг</i>  |
| 11.1.1                  | Юридическое консультирование пациента, его родственников, законных представителей по вопросам охраны его законных прав в связи с фактом психического заболевания и возможностью (необходимостью) оказания специализированной психиатрической помощи |
| 11.1.2                  | Юридическое консультирование по вопросам гражданских прав пациента (например, в области жилищного законодательства и т.д.)  |
| 11.1.3                  | Зашита прав пациента в суде   |
| 11.2                    | <i>Класс организационно-правовых услуг</i>  |
| 11.2.1                  | Обеспечение конфиденциальности относительно контактов пациента с психиатрической службой  |
| 11.2.2                  | Проведение процедуры психиатрического освидетельствования в соответствие с действующим законодательством в сфере психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании   |
| 11.2.3                  | Оформление временной нетрудоспособности   |
| 11.2.4                  | Направление на ВКК в связи с необходимостью продления лечения   |
| 11.2.5                  | Оформление прав на пособия и льготы, возникающие в связи с фактом психического заболевания  |
| 11.2.6                  | Направление на трудовую экспертизу в связи с необходимостью пересмотра условий и возможности труда  |
| 11.2.7                  | Направление на ВКК в связи с необходимостью изменения условий обучения или временного прекращения обучения  |
| 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   |

Схема 7

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

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>   |
|-------------------------|--|
| 1                       | <b>Профиль информационных технологий</b>   |
| 1.0.1                   | Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о правах, возможности их реализации, в связи с фактом болезни   |
| 1.0.2                   | Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о имеющейся сфере услуг, предоставляемых по профилю конкретного заболевания как в государственном, так и в негосударственном социальном секторе   |
| 1.0.3                   | Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о возможных маршрутах прохождения реабилитационных и ресоциализационных программ сектора третичной профилактики                                   |
| 1.0.4                   | Дистанционное консультирование (телефонное, связь через Интернет) по вопросам реабилитации и социальной поддержки  |
| 1.0.5                   | Выпуск специальных информационных бюллетеней и организация специализированных информационных сайтов в Интернете с изложением проблем и способов их решения, возникающих в секторе третичной профилактики психических заболеваний |
| 2                       | <b>Профиль поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий</b>  |
| 2.1                     | <i>Класс биологической терапии</i>   |
| 2.1.1                   | Психофармакотерапия  |
| 2.1.1.1                 | Технологии лечения нейролептиками пролонгированного действия   |
| 2.1.1.2                 | Технологии лечения нейролептиками активизирующего действия   |
| 2.1.1.3                 | Технологии лечения антидепрессантами   |
| 2.1.1.4                 | Технологии лечения антиконвульсантами  |
| 2.1.1.5                 | Технологии лечения нормотимиками   |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>   |
|-------------------------|--|
| 2.1.1.6                 | Технологии лечения корректорами экстрапирамидных побочных эффектов   |
| 2.1.1.7                 | Технологии лечения нейрометаболическими <u>церебропротекторами</u>   |
| 2.1.2                   | Физиотерапия и другие нелекарственные методы терапии   |
| 2.2                     | <i>Класс психотерапии</i>  |
| 2.2.1                   | Методы индивидуальной психотерапии, направленные на развитие дефицитарных (компенсаторных) психических функций   |
| 2.2.2                   | Методы групповой психотерапии, направленные на восстановление и компенсаторное развитие навыков коммуникации, взаимопомощи и поддержки   |
| 2.2.3                   | Методы супружеской психотерапии, направленные на восстановление и гармонизацию супружеских отношений   |
| 2.2.4                   | Методы семейной психотерапии, направленные на восстановление и гармонизацию семейных отношений, семейную поддержку   |
| 2.2.5                   | Методы индивидуальной, групповой и семейной терапии, используемые в работе с родными и близкими пациентов, направленные на коррекцию дистресса, развитие устойчивых ресурсных состояний и навыков общения с пациентом в новой ситуации |
| 2.3                     | <i>Класс социально-психологической терапии</i>   |
| 2.3.1                   | Социально-психологические методы (тренинги), направленные на компенсаторное развитие отдельных функций и поведенческих навыков   |
| 2.3.2                   | Социально-психологические методы (тренинги), направленные на восстановление и компенсаторное развитие сложных, интегративных функций и поведенческих навыков   |
| 2.4                     | <i>Класс комплексных реабилитационных программ</i>   |
| 2.4.1                   | Реабилитационные программы, проводимые по индивидуальному проекту  |
| 2.4.2                   | Реабилитационные программы, разработанные для общей группы пациентов (терапевтическое сообщество)  |
| 2.4.3                   | Реабилитационные программы, разработанные для группы пациентов с учетом нозологической специфики   |
| 2.5                     | <i>Класс терапевтических технологий, используемых в лечении коморбидной (сопутствующей) патологии</i>  |
| 2.5.1                   | Консультирование специалистами по профилю коморбидной патологии  |
| 2.5.2                   | Медикаментозная терапия, адекватная соответствующему нозологическому профилю   |
| 2.5.3                   | Немедикаментозная терапия, адекватная соответствующему нозологическому профилю   |
| 2.5.4                   | Диагностическое сопровождение (мониторинг), адекватный соответствующему нозологическому профилю  |
| 3                       | <b>Профиль поддерживающих социальных технологий</b>  |
| 3.1                     | <i>Класс технологий правовой поддержки</i>   |
| 3.1.1                   | Юридическое консультирование и защита прав пациента в суде   |
| 3.1.2                   | Оформление долговременной нетрудоспособности (инвалидности) в связи с имеющимся заболеванием   |
| 3.1.3                   | Оформление опеки вследствие наличия признаков недееспособности   |
| 3.1.4                   | Оформление попечительства вследствие наличия признаков ограниченной дееспособности   |
| 3.1.5                   | Оформление прав на пособия льготы (транспорт, связь, жилье, посильная работа и т.д.), возникающих в связи с фактом психического заболевания  |
| 3.1.6                   | Оформление в психосоциальные учреждения в связи с утратой навыков самообслуживания и отсутствием (отказом) лиц, способных осуществлять опеку   |
| 3.1.7                   | Оформление в специализированные учебные заведения в связи с установленным отсутствием возможности обучения в образовательной сети  |
| 3.2                     | <i>Класс технологий материальной поддержки</i>   |
| 3.2.1                   | Выплата пособий по инвалидности  |
| 3.2.2                   | Реализация социальных льгот, предусмотренных законодательством   |
| 3.2.2.1                 | Бесплатный отпуск лекарств   |
| 3.2.2.2                 | Бесплатный проезд в транспорте   |
| 3.2.2.3                 | Бесплатное проживание в специальных общежитиях   |
| 3.2.2.4                 | Льготные тарифы по оплате коммунальных услуг   |
| 3.2.2.5                 | Льготные тарифы по оплате связи (телефоны, Интернет)   |
| 3.2.2.6                 | Возможность пользоваться специальными талонами на питание, предоставляемым определенным контингентам пациентов или бесплатными столовыми   |
| 3.2.3                   | Выплата пособий, предусмотренных законодательством, родственникам пациентов, проживающих совместно, в связи с необходимостью ухода за пациентом  |
| 3.2.4                   | Содействие в поиске и оформлении единовременных или иных материальных пособий, предоставляемых общественными и частными фондами и организациями психически больным   |
| 3.3                     | <i>Класс технологий решения жилищных вопросов</i>  |
| 3.3.1                   | Содействие в обеспечении жилплощадью на льготных основаниях, предусмотренных законодательством   |
| 3.3.2                   | Направление пациентов, не имеющих собственной жилплощади (или потерявших права на нее), утративших связь с родственниками на проживание в специализированные общежития   |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>  |
|-------------------------|---|
| 3.3.3                   | Предоставление пациентам, не имеющим жилья возможности ночлега в комплексах психиатрических или психосоциальных учреждений  |
| 3.3.4                   | Содействие и включение пациентов в жилищные программы, осуществляемые негосударственными гуманитарными организациями, фондами   |
| 3.4                     | <i>Класс образовательных и обучающих технологий</i>   |
| 3.4.1                   | Обучение пациента навыкам самопомощи, самообслуживания  |
| 3.4.2                   | Обучение пациентов навыкам взаимопомощи и поддержки в группе  |
| 3.4.3                   | Обучение пациентов навыкам ведения домашнего хозяйства  |
| 3.4.4                   | Обучение пациентов несложным производственным навыкам, которые дают шанс на трудоустройство   |
| 3.4.5                   | Обучение (переподготовка) пациентов базовым профессиональным навыкам какого либо приемлемого для них профиля с целью дальнейшего трудоустройства  |
| 3.4.6                   | Обучение детей и подростков по специальным образовательным программам   |
| 3.4.7                   | Обучение родственников и близких пациента (опекунов) по широкому кругу вопросов, касающихся коммуникаций, сотрудничества, поведения и ресоциализационных практик.   |
| 3.5.                    | <i>Класс технологий решения трудовых вопросов</i>   |
| 3.5.1                   | Вовлечение пациентов в деятельность соответствующей группы (терапевтического реабилитационного сообщества), развивающей трудовые навыки   |
| 3.5.2                   | Включение пациентов в деятельность по самообслуживанию  |
| 3.5.3                   | Включение пациента в деятельность по ведению домашнего хозяйства и выполнению несложных работ   |
| 3.5.4                   | Поиск возможностей и содействие в трудоустройстве или организации собственно производства   |
| 3.5.5                   | Содействие в продвижении и реализации продукции, произведенной пациентами, на общих или специфических рынках сбыта  |
| 3.5.6                   | Организация рабочих мест и трудоустройство пациентов на специализированных предприятиях, действующих при больничных комплексах или психосоциальных учреждениях  |
| 3.6                     | <i>Класс технологий работы с семьей (родственниками, близкими, опекунами) пациента</i>  |
| 3.6.1                   | Соответствующие информационные технологии (очное, дистанционное консультирование; раздача и публикация специальных информационных материалов; организация специализированных интернет-сайтов по вопросам третичной профилактики в сфере психического здоровья)      |
| 3.6.2                   | Специальные обучающие, образовательные технологии (обучающие семинары, тренинги, лекционные курсы, групповая работа, дистанционное обучение и т.д. по вопросам взаимодействия, сотрудничества и ресоциализации пациентов)   |
| 3.6.3                   | Специальные терапевтические и тренинговые технологии (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия; индивидуальное и семейное психологическое консультирование; социально-психологические тренинги) поддержки психологического здоровья семьи, близких пациента |
| 3.7.                    | <i>Класс технологий занятости</i>   |
| 3.7.1                   | Содействие в составлении общего режима дня, недельных, месячных графиков реализации основных мероприятий в жизнедеятельности пациентов  |
| 3.7.2                   | Содействие в приобретении пациентом, его родственниками, близкими (опекунов) устойчивых контактов и включение в деятельность реабилитационных сообществ, действующих в данном населенном пункте   |
| 3.7.3                   | Вовлечение пациента в соответствующие образовательные, тренинговые программы, реализуемые в системе государственной и негосударственной психиатрической помощи (сектор третичной профилактики)  |
| 3.7.4                   | Вовлечение пациента в трудовые процессы, организованные в адекватных условиях (на дому, специальных цехах, общем производстве и т.д.)   |
| 3.7.5                   | Вовлечение пациента в разнообразную деятельность групп само и взаимопомощи, действующих при социально-гуманитарных организациях и внебольничных психиатрических подразделениях  |
| 3.7.6                   | Оказание содействия в проведении семейных мероприятий с участием пациента   |

Схема 8

*Базисные элементы и содержание стандарта экспертных услуг в сфере психического здоровья населения*

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>                              |
|-------------------------|---|
| 1                       | <b>Профиль трудовой экспертизы</b>                                  |
| 1.1                     | <i>Класс услуг по определению трудоспособности</i>                  |
| 1.1.1                   | Экспертное решение вопросов временной нетрудоспособности            |
| 1.1.2                   | Экспертное решение вопросов продления временной нетрудоспособности  |
| 1.1.3                   | Экспертное решение вопросов стойкой утраты трудоспособности         |
| 1.1.4                   | Экспертное решение вопросов о перемене вида профессии               |
| 1.1.5                   | Экспертное решение вопросов о труде в специально созданных условиях |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Профиль, класс и название услуг</b>   |
|-------------------------|--|
| 1.1.6                   | Экспертное решение вопросов о допуске к специальностям с особыми требованиями к персоналу и особыми условиями работы   |
| 1.1.7                   | Экспертное решение вопросов о допуске к приобретению и владению огнестрельным оружием  |
| 1.1.8                   | Экспертное решение вопросов о допуске к вождению автотранспорта  |
| 1.1.9                   | Экспертное решение вопросов о предоставлении временной нетрудоспособности на период профессионального переобучения   |
| 2                       | <b>Профиль военно-врачебной психиатрической экспертизы</b>   |
| 2.1                     | <i>Класс услуг по мониторингу психического здоровья лиц приписного возраста</i>  |
| 2.1.1                   | Обмен информацией между ВВК и соответствующими психиатрическими подразделениями (подростковыми кабинетами диспансерных отделений, подростковыми стационарными отделениями)             |
| 2.1.2                   | Проведение приписных комиссий осмотров с диагностикой уровня психического здоровья лиц приписного возраста   |
| 2.1.3                   | Распределение приписного контингента по специальным группам (в зависимости от диагностированного уровня психического здоровья подростка) в соответствии с действующими положениями ВВК |
| 2.1.4                   | Выработка дифференцированных рекомендаций по оздоровлению соответствующих контингентов (группа риска, группа «угрожаемых на возможность возникновения психических расстройств»)        |
| 2.2                     | <i>Класс услуг по проведению военно-врачебной психиатрической экспертизы</i>   |
| 2.2.1                   | Военно-врачебная психиатрическая экспертиза в ходе амбулаторного освидетельствования на ВВК  |
| 2.2.2                   | Направление призывников на амбулаторное обследование в условиях психиатрического диспансера  |
| 2.2.3                   | Направление призывников на стационарное обследование в условиях психиатрического стационара  |
| 2.2.4                   | Психиатрическое обследование призывника в амбулаторных условиях с подготовкой предварительного заключения (акта) о годности к военной службе   |
| 2.2.5                   | Психиатрическое обследование призывника в стационарных условиях с подготовкой предварительного заключения (акта) о годности к военной службе   |
| 2.2.6                   | Военно-врачебная психиатрическая экспертиза, проводимая с учетом предварительного амбулаторного обследования   |
| 2.2.7                   | Военно-врачебная психиатрическая экспертиза, проводимая с учетом предварительного стационарного обследования   |
| 3                       | <b>Профиль судебно-психиатрической экспертизы</b>  |
| 3.1                     | <i>Класс консультативных услуг</i>   |
| 3.1.1                   | Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов по вопросам о необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы                                   |
| 3.1.2                   | Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов по вопросам подготовки материалов для проведения судебно-психиатрической экспертизы                         |
| 3.1.3                   | Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов в отношении вопросов, которые следует ставить на разрешение судебно-психиатрическим экспертным комиссиям    |
| 3.2                     | <i>Класс экспертных услуг</i>  |
| 3.2.1                   | Комиссионная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза   |
| 3.2.2                   | Комплексная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза  |
| 3.2.3                   | Комиссионная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза   |
| 3.2.4                   | Комплексная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза  |
| 3.2.5                   | Дополнительная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)   |
| 3.2.6                   | Повторная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)  |
| 3.2.7                   | Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании (комиссионная и комплексная)   |
| 3.2.8                   | Судебно-психиатрическая экспертиза у следователя (комиссионная и комплексная)  |
| 3.2.9                   | Заочная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)  |
| 3.2.10                  | Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)   |
| 3.2.11                  | Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе (комиссионная и комплексная)   |
| 3.2.12                  | Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (комиссионная и комплексная)   |

новыми знаниями – умениями – навыками в сфере обеспечения психического здоровья населения;

- опосредованное конструктивное влияние на образовательные и организационные стандарты.

Результаты, планируемые за счет горизонтальной функциональной активности:

- существенное расширение ассортимента услуг, реализуемых в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению;

- существенное повышение качества услуг, реализуемых в данном секторе;

- опосредованное повышение уровня психического здоровья населения, повышение качества жизни категории психически больных.

#### *5.2.5 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 нисходящей функции стандарта услуг.

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

### 5.3. Квалификационный стандарт

#### *5.3.1. 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.

#### *5.3.2. Цели и задачи квалификационного стандарта*

Основной целью квалификационного стандарта является:

- повышение уровня психического и психологического здоровья населения;
- повышение качества услуг, оказываемых населению службами психического здоровья.

Основными задачами квалификационного стандарта 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.

Вышеназванные задачи выполняются за счет реализации восходящей, нисходящей и горизонтальных функций рассматриваемого стандарта.

#### *5.3.3. Базисные элементы (секторы) и содержание основных разделов (профилей) стандарта профессиональной спецификации – структурной составляющей общего квалификационного стандарта.*

В данном разделе приводится описание стандарта профессиональной спецификации, включающего перечень профессий, имеющих непосредственное отношение к оказанию специализированных услуг в сфере психического здоровья. Настоящий стандарт является лишь составной частью (первым разделом) общего 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, оказываемых службами психического здоровья.

Как показано на схеме 9, 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.

#### *5.3.4. Базисные элементы и содержание основных разделов собственно квалификационного стандарта*

В данном разделе приводится описание основных позиций стандарта квалификации по спецификациям, представляющим службы психического здоровья: психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической. Данные позиции являются универсальными для всех уровней (врачебного, среднего и младшего) медицинского персонала, а также для психолога-педагогического, социального, юридического профилей. К их числу относятся следующие:

##### *Требования по основной дисциплине*

###### *a) область знаний по основной дисциплине*

- знания, охватывающие уровень базисных теорий и концепций, лежащих в основе конкретной дисциплины;

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

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Сектор, профиль и название профессии</b>  |
|-------------------------|--|
| 1                       | <b>Сектор первичной профилактики в сфере психического здоровья</b>   |
| 1.1                     | <i>Психологический профиль</i>   |
| 1.1.1                   | Психолог со специализацией в области психологического консультирования   |
| 1.1.2                   | Психолог со специализацией в области школьной работы   |
| 1.1.3                   | Психолог со специализацией в сфере профилактики и коррекции аддиктивного поведения   |
| 1.2                     | <i>Психотерапевтический профиль</i>  |
| 1.2.1                   | Психотерапевт со специализацией в области семейной психотерапии  |
| 1.2.2                   | Психотерапевт со специализацией в области психотерапии детей и подростков  |
| 1.2.3                   | Психотерапевт со специализацией в сфере профилактики аддиктивных расстройств   |
| 1.3                     | <i>Профиль социальной работы</i>   |
| 1.3.1                   | Социальный работник с высшим специальным образованием  |
| 1.3.2                   | Социальный работник со средним специальным образованием  |
| 1.3.3                   | Социальный работник с дополнительным (постдипломным) специальным образованием  |
| 2                       | <b>Сектор вторичной профилактики в сфере психического здоровья</b>   |
| 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  |
| 2.1.2.1                 | Участковый врач-психиатр   |
| 2.1.2.2                 | Участковый подростковый врач-психиатр  |
| 2.1.2.3                 | Участковый детский врач-психиатр   |
| 2.1.2.4                 | Участковый врач-психиатр для оказания амбулаторной психиатрической помощи населению сельских районов и населенных пунктов, подчиненных администрации городов |
| 2.1.2.5                 | Врач судебно-психиатрический эксперт для проведения амбулаторной экспертизы  |
| 2.1.2.6                 | Врач-психиатр отделения, выполняющего функции психоприемника   |
| 2.1.2.7                 | Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для взрослых  |
| 2.1.2.8                 | Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для подростков  |
| 2.1.2.9                 | Врач-психиатр стационарного психиатрического отделения для детей   |
| 2.1.2.10                | Врач-психиатр стационарного гериатрического отделения  |
| 2.1.2.11                | Врач-психиатр стационарного отделения интенсивной терапии психозов   |
| 2.1.2.12                | Врач судебно-психиатрический эксперт стационарного отделения   |
| 2.1.2.13                | Врач-психиатр стационарного отделения военной экспертизы   |
| 2.1.3                   | Врач-психиатр с организационно-методическими функциями   |
| 2.1.3.1                 | Заведующий организационно-методическим консультативным отделом   |
| 2.1.3.2                 | Врач-психиатр для обеспечения консультативной и организационно-методической работы по психиатрии   |
| 2.2.                    | <i>Психотерапевтический профиль</i>  |
| 2.2.1                   | Психотерапевт системы психиатрической помощи   |
| 2.2.1.1                 | Психотерапевт амбулаторного звена психиатрической помощи   |
| 2.2.1.2                 | Психотерапевт амбулаторного звена психиатрической помощи для подростков  |
| 2.2.1.3                 | Психотерапевт амбулаторного звена психиатрической помощи для детей   |
| 2.2.1.4                 | Психотерапевт общего (реабилитационного) стационарного отделения   |
| 2.2.1.5                 | Психотерапевт подросткового стационарного отделения  |
| 2.2.1.6                 | Психотерапевт детского стационарного отделения   |
| 2.2.2                   | Психотерапевт системы общей лечебной сети  |
| 2.2.2.1                 | Психотерапевт общесоматической поликлиники   |
| 2.2.2.2                 | Психотерапевт многопрофильного стационара  |
| 2.2.2.3                 | Психотерапевт системы онкологической помощи (амбулаторной и стационарной)  |
| 2.2.2.4                 | Психотерапевт системы санаторно-курортного лечения   |
| 2.2.3                   | Психотерапевт системы наркологической помощи   |
| 2.2.3.1                 | Психотерапевт наркологического диспансерного отделения   |
| 2.2.3.2                 | Психотерапевт наркологического стационарного отделения   |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Сектор, профиль и название профессии</b>   |
|-------------------------|---|
| 2.2.3.3                 | Психотерапевт отделения (центра) социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ   |
| 2.3                     | <i>Психологический профиль</i>  |
| 2.3.1                   | Психолог со специализацией в сфере психологического консультирования (общий профиль)  |
| 2.3.1.1                 | Психолог со специализацией в сфере психологического консультирования (специальный профиль)  |
| 2.3.2                   | Психолог системы психиатрической помощи   |
| 2.3.2.1                 | Психолог психиатрического диспансерного отделения (диспансера)  |
| 2.3.2.2                 | Психолог детского психиатрического диспансерного отделения  |
| 2.3.2.3                 | Психолог подросткового психиатрического диспансерного отделения (кабинета)  |
| 2.3.2.4                 | Психолог-эксперт амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии   |
| 2.3.2.5                 | Психолог общепсихиатрического стационарного отделения   |
| 2.3.2.6                 | Психолог судебно-психиатрического стационарного отделения   |
| 2.3.2.7                 | Психолог стационарного отделения военной экспертизы   |
| 2.3.2.8                 | Психолог стационарного отделения трудовой экспертизы  |
| 2.3.2.9                 | Психолог детского психиатрического стационарного отделения  |
| 2.3.2.10                | Психолог подросткового психиатрического стационарного отделения   |
| 2.3.2.11                | Психолог реабилитационного психиатрического стационарного отделения   |
| 2.3.2.12                | Психолог психосоматического стационарного отделения   |
| 2.3.2.13                | Психолог стационарного отделения пограничной патологии  |
| 2.3.2.14                | Психолог лечебно-производственных (трудовых) мастерских   |
| 2.3.2.15                | Психолог дневного стационара  |
| 2.3.3                   | Психолог системы общей лечебной сети  |
| 2.3.3.1                 | Психолог многопрофильных и специализированных соматических поликлинических отделений (диспансеров)  |
| 2.3.3.2                 | Психолог многопрофильных и специализированных соматических стационарных отделений   |
| 2.3.3.3                 | Психолог санаторно-курортных учреждений   |
| 2.3.4                   | Психолог системы наркологической помощи   |
| 2.3.4.1                 | Психолог наркологического диспансерного отделения (диспансера)  |
| 2.3.4.2                 | Психолог наркологического стационарного отделения   |
| 2.3.4.3                 | Психолог отделения (центра) социальной реабилитации зависимых от ПАВ  |
| 2.4                     | <i>Профиль социальной работы</i>  |
| 2.4.1                   | Социальный работник с высшим специальным образованием   |
| 2.4.2                   | Социальный работник со средним специальным образованием   |
| 2.4.3                   | Социальный работник с дополнительным (постдипломным) специальным образованием со специализацией в сфере психиатрической, психотерапевтической, психологической и наркологической помощи |
| 2.5                     | <i>Профиль среднего медицинского персонала</i>  |
| 2.5.1                   | Средний медицинский персонал диспансерного отделения (кабинета)   |
| 2.5.2                   | Средний медицинский персонал общего психиатрического стационарного отделения  |
| 2.5.3                   | Средний медицинский персонал специализированного отделения в системе психиатрической помощи (включая скорую и неотложную психиатрическую помощь)  |
| 2.5.4                   | Средний медицинский персонал в системе психотерапевтической помощи  |
| 2.5.5                   | Средний медицинский персонал в системе психологической помощи   |
| 2.6                     | <i>Профиль младшего медицинского персонала</i>  |
| 2.6.1                   | Санитары по надзору и наблюдению в стационарных психиатрических отделениях, отделениях острых психозов, бригадах скорой психиатрической помощи  |
| 2.7                     | <i>Профиль трудового обучения и занятости</i>   |
| 2.7.1                   | Специалисты в области трудового обучения с высшим и средним специальным профессиональным образованием   |
| 2.7.2                   | Специалисты в области трудового обучения без специального образования, выполняющие функции обучения самопомощи, взаимопомощи, навыкам ведения домашнего хозяйства                       |
| 2.8                     | <i>Юридический профиль</i>  |
| 2.8.1                   | Специалист с высшим юридическим образованием, специализирующийся в области гражданского права   |
| 2.9                     | <i>Педагогический профиль</i>   |
| 2.9.1                   | Логопед психоневрологического диспансера для оказания амбулаторной помощи взрослым, подросткам и детям  |
| 2.9.2                   | Логопед стационарного детского отделения  |

| <b>Номер индикатора</b> | <b>Сектор, профиль и название профессии</b>   |
|-------------------------|---|
| 2.9.3                   | Воспитатель стационарного детского отделения  |
| 2.9.4                   | Педагог стационарного детского отделения  |
| 2.9.5                   | Педагог стационарного подросткового отделения   |
| 3                       | <b>Сектор третичной профилактики</b>  |
| 3.1                     | <i>Врачебно-психиатрический профиль</i>   |
| 3.1.1                   | Врач-психиатр психиатрических больниц и домов-интернатов для психически больных с реабилитационными функциями   |
| 3.1.2                   | Детский (подростковый) врач-психиатр для оказания помощи учащимся школ-интернатов для детей с психическими нарушениями  |
| 3.2                     | <i>Психологический профиль</i>  |
| 3.2.1                   | Психолог с реабилитационными функциями и функциями семейного консультирования   |
| 3.3                     | <i>Профиль социальной работы</i>  |
| 3.4                     | <i>Профиль среднего медицинского персонала</i>  |
| 3.4.1                   | Средний медицинский персонал психиатрического участка   |
| 3.4.2                   | Средний медицинский персонал общежития для психически больных   |
| 3.4.3                   | Средний медицинский персонал психосоциальных учреждений (домов-интернатов, домов-инвалидов для психически больных)  |
| 3.5                     | <i>Профиль трудового обучения и занятости</i>   |
| 3.5.1                   | Специалисты в области трудового обучения с высшим и средним специальным профессиональным образованием   |
| 3.5.2                   | Специалисты в области трудового обучения без специального образования, выполняющие функции обучения самопомощи, взаимопомощи, навыкам ведения домашнего хозяйства |
| 3.6                     | <i>Юридический профиль</i>  |
| 3.6.1                   | Специалист с высшим юридическим образованием, специализирующийся в области гражданского права   |
| 3.7                     | <i>Педагогический профиль</i>   |
| 3.7.1                   | Педагог со специализацией в области дефектологии  |
| 3.7.2                   | Педагог со специализацией в области социальной работы (социальный педагог)  |
| 3.8                     | <i>Профиль младшего медицинского персонала</i>  |
| 3.8.1                   | Младший медицинский персонал со специализацией в области ухода за психически больными-инвалидами  |

- знания, охватывающие уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций;

- знания, охватывающие уровень актуального профессионального поля (знания основной нормативной базы, регулирующей деятельность персонала в рамках определенного профессионального поля; знания основных профессиональных стандартов, включая стандарты услуг, реализация которых является главным содержанием профессиональной деятельности)

б) область умений по основной дисциплине (умения в сфере реализации требований, предписываемых конкретному специалисту системной профессиональных стандартов, в частности, стандартом услуг)

#### *Требования по смежным дисциплинам*

а) область знаний по смежной дисциплине (сфера компетенции смежных специалистов, определяемая соответствующим профессиональным стандартом, в частности, стандартом услуг)

б) область умений по смежной дисциплине (владение более или менее общими процедурами, не требующими углубленной профессиональной специализации)

#### *Требования по основной специализации*

а) область знаний в объеме основной специализации:

- углубленные знания, охватывающие соответствующий круг базисных теорий и концепций, лежащих в основании конкретной специализации;

- углубленные знания, охватывающие уровень специальных теорий и концепций, имеющих непосредственное отношение к основной специализации;

- углубленные знания, охватывающие определенный сектор актуального профессионального поля (знания специальной нормативной базы, имеющей непосредственное отношение к специальной профессиональной сфере; знания спецификации профессионального стандарта, действующего в рамках соответствующей специализации, включая специфический стандарт услуг);

б) область умений по смежной дисциплине (владение специфическими процедурами, требующими углубленной профессиональной специализации).

Базисные элементы стандарта додипломной подготовки специалистов рассматриваемого профиля содержат требования по основной дисциплине, а также требования по смежной специальности.

Базовые элементы стандарта последипломной подготовки содержат все три вида требований, включая требования по основной специализации.

Общее количество разделов «требования по основной дисциплине» в квалификационном

стандарте специалистов, действующих в сфере психического здоровья, должно соответствовать числу основных дисциплин, представляющих данную сферу – психиатрия, психотерапия, наркология, клиническая психология, социальная работа (всего – 5, четыре из которых рассматриваются в данной работе).

Общее количество разделов «требования по смежной дисциплине» в каждой из поименованных дисциплин, соответственно, должно равняться 4-м (всего - 20).

Общее количество разделов «требования по основной специализации» в каждой дисциплине должно соответствовать количеству номинаций, определяемых стандартом профессиональной специификации по каждой дисциплине (18 – для психиатрического профиля; 15 – для психотерапевтического профиля; 23 – для психологического профиля; 6 – для профиля социальной работы).

#### *5.3.5. Планируемый результат реализации квалификационного стандарта*

За счет широкомасштабного внедрения квалификационного стандарта планируется достижение следующих результатов:

- расширение ассортимента и повышение качества услуг, производимых службами психического здоровья (реализация восходящей и горизонтальных функций стандарта);
- повышение профессионального уровня персонала, действующего в службах психического здоровья (реализация нисходящей и горизонтальных функций стандарта);
- повышение качества образовательных программ (реализация нисходящей функции стандарта);
- опосредованное повышение уровня психического здоровья населения (совокупная функция системно-развивающего стандарта).

#### *5.3.6. Инструменты и критерии оценки результатов использования квалификационного стандарта*

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, таким образом, из показателей динамики индикаторов качества оказываемой специализированной помощи, и учитываются в соответствующих экспертизах оценках.

#### 5.4. Образовательный стандарт (стандарт додипломной и последипломной профессиональной подготовки)

##### *5.4.1. Определение целевых групп*

Основной целевой группой, охваченной активностью образовательного стандарта, является персонал служб психического здоровья, имеющий непосредственное отношение к реализации специализированных услуг (врачебный, психологический персонал, социальные работники, педагоги-дефектологи, логопеды, специалисты в области трудового обучения и пр.).

##### *5.4.2. Цели и задачи образовательного стандарта*

Основной целью образовательного стандарта является:

- опосредованное повышение уровня психического здоровья населения;
- постоянный рост качества специализированной помощи, оказываемой службами психического здоровья.

Основные задачи данного стандарта следующие:

- стимулирование профессионального роста персонала, действующего в сфере психического здоровья;
- опосредованное стимулирование развития сектора услуг в данной области;
- непосредственное обеспечение качества оказываемых услуг;
- формирование адекватных знаний – умений – навыков у обучающихся субъектов;
- непосредственное конструктивное влияние на систему организационных стандартов формирования и деятельности служб психического здоровья;
- формирование адекватного квалификационного стандарта в сфере психического здоровья.

Названные задачи выполняются за счет восходящей, нисходящей и горизонтальной функциональной активности образовательного стандарта.

##### *5.4.3. Базисные элементы и содержание основных разделов образовательного стандарта в сфере психического здоровья населения*

В настоящем разделе описываются общие стандартные подходы к формированию образовательных программ в сфере додипломной и последипломной подготовки специалистов, действующих в службах психического здоровья, являющиеся основными ориентирами качественной оценки в нашем исследовании.

Детальная структура и объем конкретных образовательных программ в рассматриваемой сфере, с нашей точки зрения, должны представлять собой достаточно гибкие установочные параметры.

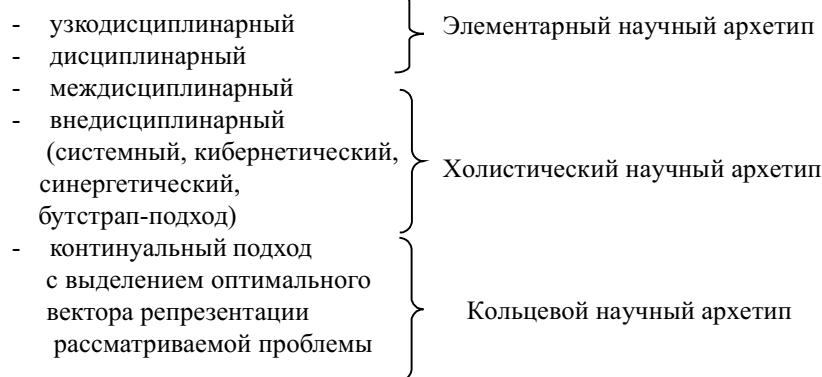
Настоящие стандартные подходы разработаны нами с учетом мирового опыта и на основании собственных исследований в данном направлении.

Главная проблема, которая должна решаться настоящим стандартом – адекватное сочетание общих и узкофункциональных подходов к презентации основного предмета, научно-практических дисциплин рассматриваемой сферы – психики, феноменов психического в континууме: здоровье – болезнь.

Данная задача решается посредством использования инструмента дисциплинарной матрицы, формирующего какое-либо конкретное научно-практическое направление и соответствующую профессию (специальность). Одна из основных функций дисциплинарной матрицы – ясно демонстрировать сходство (общность) и отличие (дифференциацию) различных специальностей по определенным уровням их организаций.

Нами выделяются следующие уровни организации научно-практических направлений и профессий в области психического здоровья, необходимые для адекватной репрезентации феноменов психической жизни человека в континууме здоровье – болезнь:

- уровень фундаментальных допущений;
- уровень общенациональных подходов (архетипов);
- уровень базисных теорий и концепций;
- уровень собственно-дисциплинарных теорий и концепций;



б) спецификация собственно репрезентативных подходов (уровень базисных теорий и концепций дисциплинарной матрицы):

- молекулярный уровень организации психического;
- генетический уровень организации психического;
- клеточный уровень организации психического;
- уровень отдельных органов;
- уровень функциональных систем организма;
- уровень организации психического в масштабах целостного организма;
- уровень психики индивида в контексте межличностных отношений;
- уровень психики субъекта в контексте социальных отношений;
- уровень психической организации группы и социума.

в) возрастная спецификация (уровень базисных теорий и концепций дисциплинарной матрицы):

- неонатальный (новорожденный) возраст;
- младенческий возраст;
- дошкольный возраст;
- младший школьный возраст;
- младший подростковый возраст;
- старший подростковый возраст;

- уровень актуального профессионального поля;
- уровень профессиональных стандартов.

При этом, общий базис специальностей рассматриваемого спектра (психиатрия, психотерапия, клиническая психология) находится, преимущественно, на верхних уровнях дисциплинарной матрицы, в то время как дифференциалы (отличительные признаки) сосредоточены на ее нижних уровнях.

Целостное понимание психики (особенно ценное для профессионалов данного профиля) и углубленные владения знаниями – умениями – навыками в какой-либо узкофункциональной сфере достигаются адекватной представленностью в профильных образовательных программах следующих спецификаций, расположенных на соответствующих уровнях дисциплинарной матрицы:

а) спецификация научных подходов (способов репрезентации психического):

- молодость;
- зрелость;
- старость.

б) спецификация функционально-кондиционного статуса субъекта (уровень базисных теорий и концепций дисциплинарной матрицы):

- уровень здоровья;
- уровень риска возникновения патологических состояний;
- уровень предболезни;
- уровень болезни (компенсированный);
- уровень болезни (декомпенсированный).

В настоящей спецификации учитывается и качество психического здоровья, обозначаемое как уровни психологического здоровья:

- высокий уровень психологического здоровья;
- средний уровень психологического здоровья;
- низкий уровень психологической здоровья.

В рассматриваемых образовательных стандартах также должны быть представлены дифференцирующие спецификации (уровни собственно-дисциплинарных концепций, актуального профессионального поля и соответствующих стандартов в дисциплинарной матрице):

д) собственно-профессиональная спецификация:

- психиатрия;

- психотерапия;
  - клиническая психология и психологическое консультирование;
  - наркология;
  - профильная социальная работа.
- е) собственно-квалификационная спецификация:
- специалист с высшим образованием (врач, психолог, социальный работник);
  - специалист со средним образованием (средний медицинский персонал, социальный работник со средним образованием);
  - сотрудник с начальным профессиональным образованием (курсы, инструктаж).

Дальнейшие уровни специализации (экспертный профиль, нозологический, возрастной и др. профили) достигаются за счет варьирования структуры и объема образовательных программ в области актуального профессионального поля.

Таким образом, универсальный подход к формированию образовательного стандарта в сфере психического здоровья, предполагает, в зависимости от собственно профессиональной и квалификационной спецификации, овладевание:

- общим, специальным или углубленным объемом знаний по всем уровням дисциплинарной матрицы;
- общими, углубленными или специальными умениями по уровню собственно дисциплинарных теорий, концепций;
- специальными навыками по уровням профессиональных стандартов дисциплинарной матрицы.

Формирование образовательных стандартов по конкретным дисциплинам (программы додипломной и последипломной подготовки) предполагает разработку тематической нагрузки по каждому универсальному блоку.

Таким образом, в формировании образовательного стандарта отчетливо прослеживаются взаимосвязи с основополагающими стандартами в сфере психического здоровья населения.

#### *5.4.4. Планируемый результат реализации образовательного стандарта.*

Планируемый результат соотносится с основными задачами, решаемыми настоящим стандартом:

- достижение высоких уровней профессионального роста у специалистов, действующих в службах психического здоровья;
- расширение ассортимента и рост качества услуг в данном секторе;
- опосредованное повышение уровня психического здоровья населения и повышение качества жизни лиц, пользующихся специализированными услугами.

#### *5.4.5. Инструменты и критерии оценки результатов использования образовательного стандарта*

Основным инструментом оценки соответствующих образовательных программ является экспертный метод, учитывающий общепринятые стандартные

подходы в данной области, а также соответствие оцениваемой программы стандарту квалификации конкретного специалиста. Кроме того, опосредованными параметрами, используемыми в системе экспертных оценок, могут быть данные по анкетированию потребителей услуг, оценивающие качество специализированных услуг. Третьим основным инструментом, содержащим опосредованные критерии оценки результатов использования образовательного стандарта, является многоуровневый мониторинг (стандарт мониторинга) психического здоровья населения и служб психического здоровья.

#### 5.5. Организационный стандарт

##### *5.5.1. Определение целевых групп*

Целевыми группами, охватываемыми рассматриваемым стандартом являются:

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

#### *5.5.2. 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.

Названные задачи выполняются за счет восходящей, нисходящей и горизонтальной функциональной активности организационного стандарта.

### **5.5.3. Базисные элементы и содержание основных разделов организационного стандарта**

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

- структура служб психического здоровья (макро-структура 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.

#### **5.5.4. 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.

#### **5.5.5. 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 экспертные заключения о динамики соответствующих фрагментов (индикаторов) программы мониторинга, оценивающих деятельность служб психического здоровья.

#### **5.6. Стандарт национальных приоритетов в сфере психического здоровья населения**

Под стандартом национальных приоритетов в рассматриваемой сфере мы понимаем комплекс действенных установок и положений, отражаемых в документах государственного значения, определяющих политику и стратегию государства в отношении психического здоровья.

В соответствии с установками мирового психиатрического сообщества (ВПА, отдел психиатрического здоровья ВОЗ) мы считаем необходимым выделение и разработку такого рода стандартов для регулярного воспроизведения и расширения социальной активности в сфере психического здоровья.

#### **5.6.1. Определение целевых групп**

Целевыми группами рассматриваемого стандарта являются:

- население Республики Казахстан;
- лица, ответственные за распределение государственных ресурсов (высшие государственные чиновники);
- лица, ответственные за исполнение конкретных государственных программ в сфере психического здоровья (государственные чиновники системы здравоохранения, образования, социального сектора в целом).

#### **5.6.2. Цели и задачи стандарта национальных приоритетов в сфере психического здоровья населения**

Основной целью рассматриваемого стандарта является существенное повышение уровня психического здоровья населения и улучшение качества специализированной помощи, предоставляемой службами психического здоровья.

Основными задачами, решаемыми с использованием настоящего стандарта, являются:

- стимулирование развития организационного стандарта деятельности служб психического здоровья;
- стимулирование ресурсного обеспечения служб психического здоровья;
- стимулирование научных исследований и регулярного научного мониторинга данной сферы;
- стимулирование целенаправленной активности ключевых организаций и госслужащих, имеющих непосредственное и опосредованное отношение к сфере психического здоровья.

#### **5.6.3. Базисные элементы и спецификация документов, представляющих стандарт национальных приоритетов в сфере психического здоровья населения**

Нами выделяются следующие спецификации документов, представляющих данный раздел:

- спецификация основного политического документа, определяемого как Государственная стратегия в сфере психического здоровья, утверждаемая высшими должностными лицами Республики;
- спецификация Закона Республики Казахстан, регулирующего деятельность служб психического здоровья в аспектах, предусмотренных соответствующей Государственной стратегией;
- спецификация Государственной программы, направленной на реализацию вышеназванного Законодательства в сфере психического здоровья населения;
- спецификация отраслевых (ведомственных) программ, конкретизирующих определенные направления Государственной программы в сфере обеспечения психического здоровья населения.

#### **5.6.4. Планируемые результаты**

Результаты, планируемые с внедрением настоящего стандарта, соотносятся с выдвигаемыми задачами и общим профилем его функциональной активности:

- перераспределение социальных ресурсов на решение масштабных проблем в сфере психического здоровья;
- достижение высоких уровней ресурсной обеспеченности служб психического здоровья;
- достижение высоких уровней социальной активности по данным направлениям;
- опосредованное достижение высоких уровней психического здоровья в обществе;
- принятие разработанной и дифференцированной системы законодательных и других нормативных актов государственного значения, активно-стимулирующих данные процессы.

#### *5.6.5. Инструменты и критерии оценки стандарта национальных приоритетов в сфере психического здоровья*

Основным инструментом оценки рассматриваемого стандарта является программа научного, многоуровневого мониторинга состояния

психического здоровья и соответствующего социального (в том числе политического, инвестиционного) контекста, содержащего конкретные разделы по оценке государственной политики в данной сфере.

Основными оценочными критериями являются экспертная оценка динамики соответствующих индикаторов, заложенных в программу многоуровневого мониторинга психического здоровья.

В данном сообщении мы делали акцент на выведении основных параметров (каркаса) системно-развивающего стандарта деятельности служб психического здоровья, стремились показать потенцирующие взаимосвязи между соответствующими группами профессиональных стандартов.

Данный материал может послужить основой для разработки обновленной нормативной базы, предназначенной повысить эффективность деятельности системы психиатрической, психотерапевтической и наркологической помощи в Республики Казахстан.

#### *Литература:*

1. Обращение Генерального директора ВОЗ Г.Х.Брундтланд // Вопросы наркологии. - № 2, 2001. – С. 3-10
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда, ВОЗ, 2001. – С. 215
3. Report on health care worldwide situation for 2001. Mental health: new understanding, new hope, WHO, 2001
4. Н.Сарториус Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7
5. Е.П.Гора Модель новой медико-биологической парадигмы // Наркология. - № 3, 2003. – С. 7-11
6. Ю.Л.Нуллер О парадигме в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 4, 1991. – С. 5-13
7. Ю.Л.Нуллер Смена парадигмы в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 1992. – С. 13-18
8. Ю.Л.Нуллер Новая парадигма в психиатрии: понятие регистров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 1, 1993. – С. 29-38
9. М.М.Кабанов Смена парадигм в современной медицине (от организмоцентрической к эволюционно-популяционной) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - № 4, 1994. – С. 7-11
10. М.С.Роговин, Г.В.Залевский Верифицируемое и интуитивное познание психического // Сибирский психологический журнал. - № 14-15, 2001. – С. 8-12
11. И.Я.Гурович, Е.М.Кирьянова, А.Б.Шмуклер К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 1999. – С. 85-88
12. Е.Д.Дедков, Н.Г.Незнанов, А.В.Борцов, Е.Н.Пенюгина Подготовка врачей различных специальностей по вопросам психопрофилактики, выявления на ранних стадиях психических расстройств и расстройств поведения // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 155-156
13. Ю.Д.Игнатов, Е.Д.Дедков, Н.Н.Петрищев, Н.Г.Незнанов, А.В.Борцов Формирование модели преподавания психолого-психиатрических дисциплин с медицинским ВУЗе // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2003. – С. 157-158
14. С.Ю.Циркин Перспективы концептуальной психиатрической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 2002. – С. 100-106
15. В.С.Ястребов, Т.А.Солохина Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии. - № 5, 2003. - С. 4-10
16. С.И.Карась, И.Р.Семин, Е.М.Райзман, А.В.Елисеев, А.В.Конев Новые медицинские технологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - № 3, 2000. – С. 107-109
17. И.Р.Семин, С.И.Карась, Е.М.Райзман, А.В.Елисеев, А.В.Конев Когнитология в обучении психиатрии // Российский психиатрический журнал. - № 1, 2002. – С. 16-20
18. Н.А.Зорин Об интерпретации научометрических данных в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - № 2, 1999. – С. 62-68
19. И.А.Покровская, А.В.Немцов Применение статистических методов в научной психиатрии. Сообщение 2. Основы выборочного метода // Социальная и клиническая психиатрия. - № 1, 1999. – С. 70-73
20. С.А.Судаков Особенности применения числовых статистических методов для нечисловых данных в задачах психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии. - № 2, 2002. - С. 51-53

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – НОВЫЕ ПОДХОДЫ

А.Л.Катков

Можно утверждать, что любой более или менее значимый импульс в развитии гуманитарной профессии, в конечном итоге, обусловлен базисными потребностями социума (внешняя составляющая), собственной логикой развития специальности (внутренняя составляющая), либо комбинацией этих двух факторов. В случае психотерапии очевидно сочетание названных внешних и внутренних стимулов.

Во-первых, общество отчаянно нуждается в модернизации и существенном повышении эффективности институализированных развивающих практик (воспитание, образование и т.д.), с надеждой на то, что таким образом будут повышаться шансы на более адекватное решение проблемы распространения социальных эпидемий, захлестывающих современный мир (терроризм, религиозный экстремизм, военные конфликты, экологические угрозы и катастрофы, бедность, наркозависимость и т.д.), не говоря уже об искомом качестве жизни современного человека. Одного только факта бытия в полюсе реальности для восходящего поколения, представляющего цивилизацию, уже недостаточно. Современный Homo Sapiens алчет насыщенной, успешной и достаточно комфортабельной жизни, и готов платить за ее высокое качество соответствующую цену. Следовательно, существуют достаточно веские внешние причины для того, чтобы впечатляющие, по своим уникальным развивающим возможностям, технологии современной психотерапии были транслированы в основные институты социального развития – систему образования и воспитания.

Между тем, отсутствие единой методологической базы, тезауруса и четких концептуальных представлений о сущности эффективной психотерапевтической коммуникации являлось, до последнего времени, главным препятствием к реализации обозначенного, крайне важного, технологического трансфера, а значит и основной миссии психотерапии – преодоления кризиса развития современного человека, изменения эксплюзивного статуса профессии на социальный.

Во-вторых, внутренняя логика развития профессии прямо указывает на все более осмысленный и системный поиск механизмов идентификации сущностного ядра психотерапевтического процесса, обеспечивающего его уникальную эффективность и коренное отличие от других институализированных, развивающих практик. В данной связи,

г. Павлодар

определенные этапы становления профессиональной психотерапии могут быть представлены как поиск и обретение неких системообразующих факторов, более или менее удачно презентирующих ядро профессиональной психотерапии. С нашей точки зрения можно говорить о следующих, достаточно разработанных, подходах:

- «школьный» (*идеологизированный*). Для данного подхода в качестве основного системообразующего фактора выступает определенная концепция личности, к которой привязывается соответствующая идеология выстраивания профессионального ядра с макротехнологическими и микротехнологическими конструкциями, способами достижения, измерения результата, специальными программами профессиональной подготовки. Скрытые или явные апологеты «школьного» направления развития психотерапии считают выдвигаемый ими системообразующий фактор – концепцию личности – единственной возможной платформой интеграции специальности. Отсюда обоснованный пессимизм в оценке шансов на появление в ближайшее время дееспособных интегративных проектов, удовлетворяющих представителей всех направлений, моделей и методов психотерапии.

Мы, со своей стороны, считаем данный подход наименее конструктивным, а в каком-то смысле и тупиковым, поскольку разработка единой концепции личности не только невозможна, но и нецелесообразна. Таким образом, интеграция специальности необоснованно откладывается на неопределенное время. Кроме того, данный подход, по крайней мере в перспективе, скорее ограничивает, чем расширяет возможности технического синтеза;

- *экlecticский* (*неидеологизированный*). В контексте данного подхода основным системообразующим фактором выступает полипрагматическая оценка статуса и запрос клиента. Эффективность настоящего подхода зависит от адекватности определения этих двух позиций, а также от широты технического репертуара психотерапевта. С нашей точки зрения сознательный отказ от какой-либо идеологии в поле профессиональной психотерапии – факт «обоюдоострый». Позитивная сторона в нем представлена возможностью более пристального внимания к потребностям клиента. Негативная – технологическим редукционизмом и «скольжением по поверхности» психотерапевтической коммуникации. В смысле интегративного потенциала и возможностей технического синтеза

обсуждаемый системообразующий фактор представляется ограниченно перспективным;

- синтетический (системный, мультимодальный, эклектический - в интерпретации S.L.Garfield). Основным системообразующим компонентом в контексте данного подхода являются, так называемые, общие факторы (универсальные механизмы, мета-факторы) психотерапии, присущие различным направлениям, моделям, методам психотерапии (J.D.Frank 1973; L.Luborsky 1975; D.Marmor 1975; B.D.Beitman, M.R.Goldfried, J.C.Norcross 1989; K.Grawe, R.Donati, F.Bernauer 1994 и др.). Данные факторы обеспечивают примерно равную эффективность различных психотерапевтических подходов. В качестве примеров здесь можно сослаться на систему общих признаков эффективной психотерапевтической коммуникации Франка (4 признака); систему общепсихотерапевтических факторов Мармора (7 факторов); систему основополагающих факторов, обеспечивающих процесс изменений в психотерапии по версии Прохаски, Диклементе, Норкросса (10 факторов); систему основных механизмов, участвующих в психотерапевтическом обучении по К.Граве (4 механизма) и многое другое. Одно только изобилие выделяемых общепсихотерапевтических факторов демонстрирует, в основном, эмпирический подход, слабую разработанность, или даже отсутствие концептуального видения рассматриваемого механизма интеграции. Словом, речь идет о все тех же «родимых пятнах» профессиональной психотерапии, путающейся в определении своего собственного предмета, или вытесняющей его в угоду респектабельного статуса «подлинно-научной» дисциплины. В то же время, данный подход, в смысле эвристического потенциала (при условии снятия ограничений, налагаемых неадекватной приверженностью психотерапевтической теории к стереотипам элементаристского научного архетипа), а также возможностей технического синтеза, представляется наиболее перспективным.

Таким образом, следует констатировать наличие, по крайней мере, двух актуальных и объективно фиксируемых составляющих процесса идентификации сущностного ядра психотерапии и процесса профессиональной (теоретической и практической) интеграции:

- оформление социального запроса на существенное повышение эффективности институализированных развивающих практик (воспитание, образование) за счет возможной реализации унифицированной метамодели социальной психотерапии;

- достаточный уровень разработанности основных интегративных подходов, позволяющий идентифицировать главные проблемные вопросы и вплотную приблизиться к их решению.

Наши собственные исследования сосредоточены на поиске таких принципиальных оснований

(системообразующих факторов) профессиональной интеграции, которые адекватно репрезентируют основной предмет психотерапии и решают главные проблемные вопросы данного процесса, для чего, безусловно, необходимо обоснование новой научной и практической базы.

С учетом последнего обстоятельства, нами также разрабатываются структурные основания интегративной психотерапии, рассматривающие возможности интеграции на различных уровнях дисциплинарной матрицы, формирующей специальность.

Принципиальные основания наших подходов следующие:

- возможна полноценная идентификация (концептуальная и функционально-практическая) суперресурсных инстанций психического, дающих пластику и энергию изменений. В сущности, речь идет о том, что с использованием новых научных подходов адекватная репрезентация основного предмета психотерапии - названных инстанций психического, с понятными перспективами технического синтеза, становиться реальной;

- возможна идентификация глубинного уровня психотерапевтической коммуникации с широким доступом к суперресурсным инстанциям психического. Данный уровень является а) универсальным для всех направлений, моделей, форм и методов психотерапии б) специфическим для психотерапевтической коммуникации; в) выделяющим данную коммуникацию по степени эффективности в ряду других развивающих практик и психотехнологий;

- возможно выведение универсальных психотерапевтических механизмов, актуализация которых имеет место с манифестиацией глубинного уровня психотерапевтической коммуникации;

- закономерным следствием выведения данных системообразующих факторов является исключение противоречий и барьеров между различными «школьными» психотерапевтическими подходами, существенное расширение возможностей технического синтеза.

Структурные основания разрабатываемой нами идеи профессиональной интеграции представлены на схеме 1.

Как видно из данных, представленных на схеме 1, дисциплинарная матрица (структурный каркас) психотерапевтической науки и практики – содержит 7 основных уровней, каждый из которых способен вносить свою лепту в процесс идентификации сущностного ядра специальности. В центральном блоке схемы 1 приведены теоретические и практические концепты, которыми, до недавнего времени, была представлена профессиональная психотерапия. И которые, по своей сущности, форме и содержанию, обслуживали центробежный вектор развития специальности. В третьем блоке представлены разработанные нами интегративные

Схема 1

*Структурные основания интегративной психотерапии**Дисциплинарная матрица психотерапевтической науки и практики*

39

| Основные структурные уровни                             | Основные концепты дезинтегрирующие специальность   | Основные концепты интегрирующие специальность  |
|---|--|--|
| 1. Уровень фундаментальных допущений                    | Конфронтационная система фундаментальных допущений (рациональная иррациональная система координат)                                     | <i>Единая система фундаментальных допущений, модель «объемной» реальности, совмещающая базисные системы координат</i>  |
| 2. Уровень общенаучных архетипов и подходов             | Доминирование элементаристского научного архетипа, узкодисциплинарных и дисциплинарных подходов  | <i>Кольцевой научный архетип, континуальные внедисциплинарные научные подходы</i>  |
| 3. Уровень базисных теорий и концепций                  | Концепции психического, выстраиваемые в контексте элементаристского научного архетипа и дисциплинарных подходов                        | <i>Функциональная концепция психического с адекватной репрезентацией ресурсных инстанций на основе идей кольцевого научного архетипа и континуального внедисциплинарного подхода</i> |
| 4. Уровень прикладных теорий и концепций                | Произвольные концепции личности, выстраиваемые с использованием традиционных (узкодисциплинарных и междисциплинарных) научных подходов | <i>Концепция психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды</i>   |
| 5. Уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций | Доминирование идеологии «школьной» психотерапии, подкрепляемой несостоительностью методологической базы                                | <i>Функциональная концепция психотерапии, опирающаяся на идентифицированные принципиальные основания интегративной идеологии</i>   |
| 6. Уровень актуального профессионального поля           | Правила технического синтеза с акцентом на структурно-технологические аспекты психотерапевтических методов и методик                   | <i>Правила технического синтеза с максимальным вовлечением универсальных механизмов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации</i>  |
| 7. Уровень профессиональных стандартов                  | Несовместимые профессиональные стандарты, выстраиваемые на основе «школьной» идеологии в психотерапии                                  | <i>Единый (достаточно гибкий) профессиональный стандарт, выстраиваемый на основе интегративной идеологии в психотерапии</i>  |

теоретические и практические концепты – уровни профессиональной психотерапии, обеспечивающие центростремительные тенденции в развитии профессии. Разработанная концептуальная база представляет собой научное обоснование декларируемых принципов интегративной психотерапии.

Далее, нам остается кратко охарактеризовать интегрирующие концепты каждого уровня дисциплинарной матрицы специальности.

1. Уровень фундаментальных допущений. Данный, глубинный уровень дисциплинарной матрицы, до настоящего времени, применительно к психотерапии, не обсуждался. Мы, тем не менее, считаем, что выдвигаемые принципиальные основания интеграции специальности обязывают сделать это. Полноценная идентификация суперресурсных инстанций психического, обозначаемых как неосознанное, предсознательное, подсознательное, сверхсознательное, душа, дух (в зависимости от того, в какой системе координат выбирается соответствующий термин), не предполагает ничего иного.

Итак, принципиально выводимы две системы фундаментальных допущений, опираясь на которые индивид координирует процесс бытия-в-мире. Первая из них (с опорой на рациональное) сводится к следующему:

- существует объективно-автономный мир, независимый от нашего сознания;
- существуют общие для автономной реальности закономерности развития и взаимодействия объектов, явлений, событий;
- эти закономерности доступны для исследования и выведения констант, характеризующих автономную реальность.

Вторая (с опорой на иррациональное) сводится к следующему:

- мир существует по воле Бога;
- рациональный способ познания трансцендентной сущности Бога невозможен;
- следовательно, устанавливается примат Веры.

И та и другая система координат, в смысле ресурсной метапозиции индивида, весьма уязвимы (А.Л. Катков 2001). А их адекватное совмещение, в силу, почти, абсолютного антагонизма, так же весьма спорно. Отсюда – проблемы тотального ресурсного схизиса, издревле обрамляемые человечеством в соответствующие мифологические сюжеты (к примеру, миф об изгнании из рая).

Мы полагаем, что слабым звеном первой системы является тезис об автономности мира. Ключом к пониманию ошибочности данного тезиса является замечание Альберта Энштейна об изменение восприятия картины мира в зависимости от скорости нервных (психических) процессов у субъекта. Соответственно, при детальном изучении сущностных характеристик понятия «скорость нервных процессов» и презентации разнокоростной, объемной картины мира, можно получить

такой срез реальности, где доселе неуловимые инстанции приобретут качество объектов (правильнее сказать – метасубъектов) с перспективой их полноценной идентификации. Следовательно, тезис о невозможности рационального познания сущности неличностных, суперресурсных инстанций психического так же ошибочен. Отсюда – идея формирования целостной, непротиворечивой системы фундаментальных допущений с опорой на единую систему координат, использование ресурсного принципа диалогизированного (разнокоростного) сознания.

Обновленная система фундаментальных допущений, удовлетворяющая вышеприведенным требованиям, выглядит следующим образом:

- структурные объективно-закономерные параметры реальности зависят от скорости (характеристика импульсной активности сознания) психических процессов индивида;
- существует механизм доступа (феномен диалогизированного сознания) к суперресурсным инстанциям психического с надежной идентификацией данных инстанций в обновленной системе рациональных знаний;
- следовательно, возможно восстановление целостного бытия индивида с опорой на единую систему координат и перспективой существенного расширения горизонтов реальности.

Основным инструментом формирования обновленной системы фундаментальных допущений и суперресурсной системы координат является, как понятно из всего сказанного, новые способы (архетипы) научного мышления.

2. Уровень общенаучных архетипов и подходов. Идея кольцевого научного архетипа базируется на следующих сгруппированных позициях:

- под «скоростью нервных процессов» следует понимать объемные (содержательно-временные) характеристики момента настоящего – кванта реальности, формируемого ритмичными импульсами активности сознания – фиксируемого импульса изменений (ФИИ);

- феномен времени, представляющий собой субъективный механизм формирования структуры реальности, зависимый от характеристик подвижного фокуса импульсной активности сознания (ФИИ), имеет нелинейный (дискретно-субъектный) характер;

- континuum характеристик – импульсной активности сознания – времени – памяти (информации) – личности – в жестких границах ФИИ (характерных для бодрствующего человека) формирует одномерно-уплощенную модель реальности; в гибких границах ФИИ (феномен диалогизированного сознания) – объемную модель реальности;

- действительность (объемная реальность) и информация о действительности не тождественны и рассогласованы моментом настоящего – характеристикой скорости «нервных процессов».

Данная группа позиций показывает закономерности структурирования объемной реальности.

Вторая группа позиций демонстрирует возможность адекватной репрезентации феноменов психического:

- параллельно, феномен времени представляет собой механизм формирования моментальной памяти (первичной информации о действительности), осознаваемой личности (первичная информация трансформируется в личность при изменении параметров времени - ФИИ);

- жестко-структурные параметры ФИИ обеспечивают доступ к осознаваемой инстанции психического – личности и актуализируют одномерную модель реальности (выполняющую функцию основного развивающего стимула);

- измененные параметры ФИИ (например, сон, трансовое состояние) обеспечивают доступ в неосознаваемым инстанциям психического (выполняющим ресурсную функцию);

- гибкие параметры ФИИ обеспечивают адекватное функционирование личности в новой модели реальности с опорой на обновленную систему координат (выполняющую суперресурсную, исцеляющую функцию).

В ключе всего сказанного, кольцевой научный архетип представляет собой гибкую систему мышления или репрезентации определенных структурных характеристик реальности с использованием подвижного «фокуса» механизма времени – ФИИ. Использование названного механизма предполагает возможность выстраивания обоснованного континуума (кольца) точек зрения на какую либо проблему (событие) в соответствие с масштабом и характером решаемых задач. Например, задачу идентификации («объективизации») ресурсных инстанций психического, неверифицируемых в условиях активности жестко-структурных параметров ФИИ (узкого кольца репрезентативных возможностей), следует решать в более адекватном структурно-информационном поле, формируемом за счет гибких параметров ФИИ (широкого кольца репрезентативных возможностей). При этом, что особенно ценно, идентификационные границы личности не утрачиваются.

Таким образом, у нас есть основания полагать, что описанный способ репрезентации объемной реальности не задержится в статусе какой-либо абстрактно-отвлеченной конструкции, а будет использоваться как в научных, так и в практических целях.

3. Уровень базисных теорий и концепций. Функциональная концепция психического, выстраиваемая с использованием кольцевого научного архетипа, является сквозным обоснованием возможности достижения значительных конструктивных изменений в психической жизни человека в ограниченные временные периоды. Такого рода результаты

достигаются за счет максимальной активизации ресурсных инстанций психического, дающих пластику и энергию изменений, в глубинном, универсальном уровне психотерапевтической коммуникации. Функциональная концепция психического позволяет более четко и осмысленно представить общую панораму специфики активности и «вклада» различных инстанций психики человека в процесс терапевтических изменений.

Таким образом, нами (в соответствие с определенными репрезентативными характеристиками «кольца» – механизма времени - ФИИ) были выделены четыре уровня функциональной организации психического:

- *сущностно-бытийный*, идентифицируемый лишь в условиях максимальной пластики механизма времени (ФИИ), виртуальных – в компьютерных технологиях, реальных – в психотерапевтических техниках;

- *со-бытийный (первый, синтетический уровень дифференциации)*, идентифицируемый в условиях активности феномена диалогизированного сознания;

- *со-бытийный (второй, абстрактно-аналитический уровень дифференциации)*, идентифицируемый в полном объеме в условиях становления и развития феномена диалогизированного сознания;

- *со-бытийный (третий, индивидуально-пластический уровень дифференциации)*, идентифицируемый в условиях жестко-структурируемой активности механизма времени ФИИ.

Таким образом, нами показаны возможности поэтапного расширения доступа к суперресурсным инстанциям психического, реализуемые за счет развития феномена диалогизированного сознания. Форсированное развитие данного феномена с эффективным блокированием идентификационного сопротивления личности, является одной из главных стратегий интегративной психотерапии (А.Л.Катков, 2003).

4. Уровень прикладных теорий и концепций. Данный уровень в дисциплинарной матрице интегративной психотерапии представлен концепцией психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды. Основные тезисы данной концепции следующие:

- под психологическим здоровьем (устойчивостью) понимается специальная функция психики субъекта, обеспечивающая высокую толерантность к воздействию агрессивных факторов среды (информационной, экологической и т.д.);

- феномен индивидуальной устойчивости к агрессивному влиянию среды обеспечивается комбинацией определенных личностных свойств, гармоничное развитие которых ведет к закономерному снижению риска деструктивных последствий взаимодействия индивида с данной средой.

В ходе масштабных эпидемиологических и экспериментальных исследований нами были

определенены следующие личностные свойства, формирующие искомую функцию психики индивида:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие личностных (психических) ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- наличие адекватной информации об агентах среды, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Нами были, также, установлены следующие универсальные этапы процесса развития индивидуальных свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды:

а) фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающего требуемую реакцию на адекватную информацию об агентах, агрессивных к основным жизненным сценариям, а также успешное прохождение следующих этапов цикла;

б) фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с агрессивной средой и дивидендами конкурирующих сценариев (например, вариантов вовлечения в религиозные секты, экстремистские организации, орбиту наркозависимости и т.д.);

в) фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному идентификационному сценарию) вариантов взаимодействия с агрессивной средой и их дивидендов, с полной или частичной реализацией мотивации к реализации данных вариантов;

г) фаза реализации позитивного (идентификационного) жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, асертивные способы реагирования) с агрессивной средой.

Реализация данного сценария возможна как за счет эволюционных механизмов индивидуального развития так и за счет использования специальных технологий, наиболее эффективной из которых является технология интегративной психотерапии.

**5. Уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций.** Данный уровень дисциплинарной матрицы интегративной психотерапии представлен функциональной концепцией психотерапии, опирающейся на вышеупомянутые принципиальные основания. С данных позиций психотерапия определяется как уникальная технология кризисного развития индивида (группы, социума) или как уникальная развивающая технология, если принимать во внимание будущий вектор развития специальности. Таким образом, акцент делается на механизмах,

обеспечивающих уникальный результат психотерапевтической коммуникации – достижение максимально возможного конструктивного результата за минимальные временные периоды. Данные универсальные психотерапевтические механизмы, представлены на схемах 2 и 3, на которых показана возможность реализации принципиальных оснований презентируемого интегративного подхода.

Схема 2 демонстрирует наш концептуальный подход к выведению общих факторов психотерапевтического процесса, обеспечивающих сравнительно более высокую эффективность (的独特性) данной развивающей практики. Таким образом, появляется возможность:

- унификации целей психотерапии;
- унификации универсальных механизмов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации;
- унификации содержания профессионального образования.

Данные возможности являются реальными основаниями для интеграции разрозненных технологических (школьных) подходов и методов, представленных на схеме 3, без какого либо ущерба или ограничения для конкретного метода.

**6. Уровень актуального профессионального поля.** Данный уровень в дисциплинарной матрице интегративной психотерапии представлен общими концептами и правилами технического синтеза с одной стороны (теоретическая база), и собственно техниками интегративной психотерапии (техническая база) – с другой. Наиболее важным компонентом данного уровня организации профессии является реализация возможностей технического синтеза, заложенных при выведении принципиальных оснований декларируемого интегративного подхода.

Таким образом, нами выделяются 3 линии инновационного технического синтеза.

*Линия глубинного уровня психотерапевтической коммуникации* представлена следующими теоретическими концептами:

- базисный концепт двухуровневой психотерапевтической коммуникации;
- базисный концепт универсальных и структурированных механизмов психотерапии;
- прикладной концепт феноменологии психотерапевтического пространства (механизм, активизирующий глубинный уровень психотерапевтической коммуникации);
- прикладной концепт «золотого правила психотерапии» - (механизм унификации и достижения целей глубинного уровня психотерапевтической коммуникации).

Оригинальная техническая база линии глубинного уровня терапевтической коммуникации, разработанная на основании вышеупомянутых теоретических концептов, содержит следующие технические блоки:

Схема 2

*Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации*

| <b>Основные уровни терапевтической коммуникации</b> | <b>Иерархия целей психотерапии/развитие уровней психологического здоровья</b>  | <b>Основные психотерапевтические механизмы</b>  | <b>Содержание профессионального образования</b>   |
|---|--|---|---|
| Неосознаваемый, глубинный уровень                   | <p>1) Достижение внутриличностной гармонии (<i>полноценное завершение личностной идентификации</i>)</p> <p>2) Достижение целостности между основными инстанциями психического (<i>развитие вторичных ресурсных состояний – укоренение личности в бессознательном</i>)</p> <p>3) Достижение внешней гармонии – персонального и социального (<i>формирование внутреннего локуса контроля, навыков ответственного выбора</i>)</p> <p>4) Обретение целостной, развивающей стратегии бытия, где сложности не фатальны, необходимость изменений приветствуется (<i>наличие позитивного, идентификационного, жизненного сценария</i>)</p> | <p>1. <i>Идентификация с личностью психотерапевта</i></p> <p>2. <i>Перевод охранно-мобилизационной стратегии поведения клиента в синергетическую</i></p> <p>3. <i>Наделение клиента пластическими и энергетическими ресурсами</i></p> <p>4. <i>Позитивное подкрепление развивающего поведения</i></p> <p>5. <i>Скрытое убеждение и внушение</i></p> <p>6. <i>Облегченная трансляция социальных паттернов поведения от терапевта к клиенту</i></p> | <p>Парадигма новой реальности; функциональная концепция психического и психотерапии; модель двухуровневой психотерапевтической коммуникации; феномен психотерапевтического пространства; универсальные психотерапевтические механизмы.</p> <p>Практика – ресурсные технологии двухуровневого развивающего психотерапевтического процесса; основные методики технологического уровня; углубленные (режим диалогизированного сознания) курсы самопознания, личностного роста, личной терапии, интервью, супервизии; проработка базисных проблем, достижение высоких уровней психологического здоровья. Практика терапии, супервизии, интервью. Балинтовские группы.</p> |

Схема 3

*Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации*

| <b>Основные уровни терапевтической коммуникации</b> | <b>Иерархия целей психотерапии/развитие уровней психологического здоровья</b>   | <b>Основные психотерапевтические механизмы</b>   | <b>Содержание профессионального образования</b>  |
|---|---|--|--|
| Осознаваемый, структурно-технологический уровень    | 1) Решение поверхностной проблемы, заявляемой клиентом ( <i>достижение относительного комфорта</i> )<br>2) Решение глубинных проблем – инсайты I-III уровня ( <i>достижение психологического комфорта, расширение адаптационных возможностей</i> )<br>3) Решение унифицированных проблем развития – инсайты IV-V уровня ( <i>достижение высокого качества жизни</i> ) | Утилизация (дезактуализация) неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов);<br><i>Развитие</i> (актуализация) конструктивной, облегчающей адаптацию активности психического за счет:<br>- <i>преимущественной коррекции эмоционального опыта</i> ;<br>- <i>преимущественного расширения когнитивного репертуара</i> ;<br>- <i>преимущественной модификации поведения</i> (оперантное, позитивно-негативное соответствующих паттернов) | Традиционные гуманитарные теории; классические теории психического; прикладные концепции основных направлений, моделей, методов, форм психотерапии.<br>Практические навыки – основные технические (методические) блоки; (личная терапия, супервизия) |

- техники вхождения в пространство психотерапии (Я-техники);
- техники переформирования базисной стратегии поведения с изменением ресурсной доминанты;
- техники переформирования ресурсной мета-позиции;
- техники достижения 4-го, 5-го уровней инсайта (в модели 7-шагового инсайта);
- техники формирования феномена диалогизированного сознания.

Названные технические блоки реализуются не только за счет исключительной активности универсальных психотерапевтических механизмов (в данной связи можно отметить лишь Я-техники), но, также, и вследствие использования структурированных технических действий. Основной акцент здесь делается на актуализацию глубинного уровня и активизацию универсальных механизмов психотерапевтической коммуникации, которые на следующих этапах психотерапевтического процесса выполняют роль постоянно действующего катализатора конструктивных изменений.

*Линия связующего уровня психотерапевтической коммуникации* представлена следующими теоретическими концептами:

- прикладной концепт параллелизма основных этапов психотерапевтической коммуникации;
- прикладной концепт позитивного взаимовлияния универсальных и структурированных механизмов психотерапии.

Оригинальные технические подходы, разработанные на основании вышеприведенных теоретических концептов, содержат следующие технические блоки:

- техники вспомогательной активизации универсальных психотерапевтических механизмов на определенных этапах психотерапевтической коммуникации;
- техники протекции результатов структурированных психотерапевтических методик;
- техники встраивания продольных технологий (временных спиралей, проблемных кругов, ресурсной трансценденции и самотрансценденции), выполняемых за счет пиковой активности универсальных психотерапевтических механизмов.

Данные технические блоки существенно повышают эффективность использования структурированных психотерапевтических техник, для реализации которых, таким образом, создается не просто благоприятная, а максимально потенцированная информационная среда. Отсюда, из данной комбинации активности универсальных механизмов психотерапии и адекватных структурированных техник, выводятся возможности «чудесных» эффектов психотерапии – значительных, подчас, невероятно-динамичных конструктивных изменений, достигаемых у клиента в относительно короткие временные периоды.

*Линия структурированного уровня психотерапевтической коммуникации* представлена следующими теоретическими концептами:

- прикладной концепт личного мифа клиента, основанный на определении доминирующей системы координат;
- прикладной концепт психотерапевтической стратегии «керлинга», максимально активизирующей потенциал развития клиента;
- прикладной концепт встроенных технических действий («джокеров») конструирующих наиболее выгодный контекст для реализации конкретной психотерапевтической техники;
- прикладной концепт двухуровневого креативного инсайта у терапевта.

Технические подходы, реализуемые на основании вышеприведенных прикладных теоретических концептов, следующие:

- ориентация структурированных технических действий на опорную систему координат клиента;
- ориентация структурированных технических действий на собственные терапевтические проекты клиента, идентифицированные с помощью стратегии «керлинга»;
- ориентация структурированных технических действий на креативные инсайты психотерапевта.

Вышеприведенные стратегии реализации технологий структурированного уровня психотерапевтической коммуникации в максимальной степени используют дивиденды активности глубинного уровня психотерапевтической коммуникации, мобилизующие креативные ресурсы клиента и терапевта.

Таким образом, презентируемый интегративный подход демонстрирует высокий уровень дееспособности в отношении инновационного технического синтеза. Последнее обязательство крайне важно для утверждения широких функциональных, а не узко-келейных принципов развития профессии.

*7. Уровень профессиональных стандартов.* Данний уровень дисциплинарной матрицы интегративной психотерапии представлен системой профессиональных стандартов (стандарты мониторинга, услуг, квалификации, образования, организации, нормативных приоритетов (законов, приказов и т.д.)), стимулирующих процессы развития специальности в максимально благоприятной информационной среде. При этом, конструктивной информационной средой мы считаем многоуровневое доказательное обоснование эффективности функциональных интегративных подходов, потенцирующих развитие двух основных тенденций организации профессии:

- полноценную идентификацию сущностного ядра психотерапии с адекватным выведением ее основного предмета;
- трансляцию базисных психотерапевтических технологий в институализированные развивающие практики и становление метамодели социальной психотерапии.

---

Полагаем, что с решением вышеназванных задач полноценно интегрированная, профессиональная психотерапия, имеющая статус институализированной социальной практики,

достойно выполнит свою основную миссию по преодолению ресурсной пропасти и генерации мощного импульса развития для значительной части социума.

*Литература:*

1. Катков А.Л. *Манифесты развивающей психотерапии / Московский психотерапевтический журнал.* – 2001, - № 3. – с. 49-79
2. Катков А.Л. *Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии / Журнал «Психотерапия».* – 2003. - № 7. – с. 5-12

## АССЕРТИВНОСТЬ<sup>1</sup>

В.В.Макаров, Г.А.Макарова

Теория ассертивности оформилась в конце 50-х - начале 60-х годов XX века в трудах американского психолога А.Солтера и впитала в себя ключевые положения гуманистической психологии и транзактного анализа. В теории Солтера ассертивное поведение рассматривается как оптимальный, самый конструктивный способ межличностного взаимодействия в противовес двум самым распространенным деструктивным способам - манипуляции и агрессии.

Ассертивность - термин, заимствованный из английского языка, где он выступает производным от глагола assert - настаивать на своем, отстаивать свои права. В обыденной речи употребляется редко, в психологическом лексиконе утвердился довольноочно. В русский язык термин проник в середине 90-х годов (1, 2).

Ассертивность – уверенность поведения, уверенность в себе. Мы можем использовать язык транзактного анализа и назвать ассертивную женщину удачницей, принцессой, благополучной. Ассертивное поведение строится на базисном чувстве уверенности в себе и отношении к другим как к равным партнерам. Для ассертивной женщины характерно чувство уважение к себе и другим. Она бережно относится к своему мнению, к своим чувствам. Она внимательный и отзывчивый слушатель. Она умеет слушать и слышит другого человека. Она умеет отстаивать свои границы и говорить «нет». Она осторожно и бережно относится к границам другого, не нарушает их. Она не подавляет себя в угоду другому. Открыто может заявить своё мнение и отстоять его. Она щедра и отзывчива, искренняя и спонтанная. Она способна в присутствии мужчин (будь то отец, муж, начальник) свободно

высказать своё мнение, предложить решение проблем. Ассертивность выражается также в умении и способности руководствоваться в принятии решений собственным «внутренним знанием», а не принятыми шаблонами, не ориентируясь на то, что другие скажут, или на получение «награды» в виде поглаживаний и одобрения окружающих.

Ассертивность выражается в уважении своих желаний и потребностей, в такой же мере, как и потребностей и желаний других людей. Доверие собственному стилю поведения, манере держаться и говорить. Доверие к своей природной красоте. Умение нравится самой себе, не стесняясь этого. Это важный критерий, особенно для женщин недовольных своей внешностью и искусственно её «улучшающих».

Ассертивность проявляется и в сексе. Она включает, например, проявление инициативы, прямое общение мужчине о том, что нравится в сексе больше всего. Прямое обсуждение с мужчиной вопросов, связанных с «безопасным сексом», обсуждение вопросов предохранения от нежелательной беременности, об ответственности друг перед другом.

Ассертивная женщина проявляет свою независимость и «незакомплексованность» во взаимоотношениях в семье. Воспитывает детей, опираясь на принципы ассертивности, в соответствии со своими убеждениями. В случае развода с мужем она объясняет причину развода детям, не стараясь с помощью детей удержать или манипулировать мужем. Если ассертивная женщина желает иметь ребенка, она родит его, и будет воспитывать. Она с уважением и благодарностью относиться к отцу ребенка, однако не будет принуждать его к совместному проживанию. Она не играет в психологические игры «Должник», «Это мой ребенок».

---

<sup>1</sup> Предлагаемый материал представляет собой обобщенный десятилетний опыт тренинговых групп для женщин и представляет собой журнальный вариант главы из книги «Женщина, играющая и выигрывающая», которая выйдет в издательстве АСТ весной 2004

---

---

На работе стратегии асертивного поведения позволяют разрушить распространенные взгляды о том, что работающие женщины недостаточно профессионально компетентны, слишком неуверенны, чересчур эмоциональны и хороши только в роли исполнителя.

Появление понятия «асертивная женщина» отражает большие изменения, которые происходят в обществе. Женщины начинают осознавать себя психологически и социально независимыми. Они могут постоять за себя, не испытывая при этом чувства вины и стыда, не нуждаясь в необходимости извиняться за выражение своей личной свободы. Асертивность имеет многоуровневый характер, включая сферу эмоциональной жизни, интеллект, интуицию, самооценку, чувство справедливости, способность к самостоятельному принятию решений.

Критика асертивного поведения сводится к обвинению, что асертивная женщина – псевдомужчина. Все характеристики асертивности заимствованы из мужского поведения. На наш взгляд современная женщина с комфортом может развивать асертивное поведение, оставаясь настоящей женщиной. Асертивность не противоречит женскому стилю в одежде, разговоре, выражении эмоций. Женщина свободна в выборе своего стиля. Общество обычно не стимулирует развитие асертивного поведения у женщины; в то время как у мужчины приветствует и поощряет.

Противоположность асертивному поведению является неассертивное, пассивное поведение, в основе которого лежит стремление любой ценой избегать конфликтов. Последствие возможно лишь при подавлении собственных желаний, что нередко приводит к развитию психологии жертвы со значительным искажением развития личности. Неассертивность проявляется в том, что человек не говорит другим, чего он на самом деле хочет, а пытается добиться желаемого обходным путем, и позволяет другим делать за него выбор и нарушать его права.

Женщина с пассивным, неассертивным поведением находится в прямом и косвенном подчинении обществу. Этот процесс начинается с детства, формируется в условиях семьи, а в дальнейшем заученные подходы, стиль поведения переносятся на систему взаимоотношений с друзьями, знакомыми, мужем, сотрудниками. Подавленные, вытесненные эмоции, мысли, желания не исчезают, а накапливаются, приводят к усилинию эмоционального напряжения, хроническому стрессу, невротизации. Проявляется внешне в виде симптомов: раздражительность, вспышки немотивированного гнева, с последующим раскаянием, истерики, психологический дискомфорт, депрессия. Подобные состояния создают повышенный риск развития психосоматических заболеваний.

Избегание асертивности во многих случаях сопровождается игровым поведением. Например,

мужчина быстро привыкает к тому, что поведение женщины должно быть жертвенным. Психологические игры «Всё из-за тебя», «Загнанная домохозяйка», «Поношенное платье», позволяют создать у мужчины чувство вины. Асертивная женщина сама решает сколько иметь детей, какой дом, и на сколько в этом доме должно быть чисто и уютно. Она сама определяет свои нагрузки, возможности, бюджет; и главное, она сама несет ответственность за сделанный выбор

Часто асертивность воспринимают как агрессивную форму поведения. Однако, это не так. Агрессивное поведение строится на лежащем в его основе неудовлетворении собой. В качестве способа избавления от собственного минуса у человека возникает стремление «опустить другого», чтобы оказаться повыше. Для этого используется контроль, давление, доминирование над другими, появляется жажды власти и потребность её реализовывать. Женщина с агрессивным поведением наязывает свои желания другим, заставляя их выполнять и делать то, чего они не хотят. «Я лучше знаю, что тебе нужно. Ты должен благодарить небеса, что встретил такую женщину как я. Это всё для твоей пользы.». Потребность осчастливить насилию, задушить в объятиях любви. У женщин с агрессивным поведением обычно отсутствует эмоциональная поддержка со стороны других людей. Такие женщины вызывают напряжение у окружающих. Их боятся, не уважают. Часто у ближайшего окружения может появиться ответная агрессия, озлобленность. Агрессивность приводит к одиночеству, разочарованию, потери любви. Агрессивные женщины нередко делают хорошую карьеру. Однако они часто подрывают своё психологическое и физическое здоровье. У них может развиваться зависимое поведение (от работы, психоактивных веществ).

Разновидностью агрессивного поведения может быть косвенно агрессивное, манипулятивное, когда женщина добивается своего не прямым путем, а путем интриг и манипуляций. Женщины, прибегающие к такому способу поведения, прекрасно отдают себе отчет в том, что прямая агрессия неконструктивна, требует больших затрат эмоциональных и психологических. Их не устраивает и пассивное поведение. Чтобы добиться успеха они используют игру, кокетство, соблазн, уловки, лесть – ассортимент женских хитростей.

Почему женщины выбирают такой неконструктивный стиль поведения? Большое значение имеет стремление застраховать себя подобным образом от неприятностей. Избежать конфликтных ситуаций. Желание не привлекать к себе внимание, страх создать о себе отрицательное мнение. Однако за всё надо платить. И здесь цена слишком высока. Развивающаяся неудовлетворенность собой снижает самооценку, ощущения бессилия и бессмыслиности

любых усилий, становится постоянным спутником неассертивного поведения.

Итак, мы рассмотрели ассертивное поведение. И мы надеемся, что вы желаете начать обучение новому поведению.

### **Билль женских прав**

*В своей десятилетней работе с женскими группами мы всегда начинаем тренинг с принятия Билля женских прав (4).*

1. Право уважительного отношения к себе
2. Право иметь свои чувства и мнения и выражать их
3. Право быть выслушанной и серьезно воспринятой
4. Право устанавливать свой приоритет
5. Право сказать «нет» без чувства вины
6. Право просить чего ты хочешь
7. Право получать то, за что ты заплатил
8. Право получать информацию от профессионалов, из первоисточника
9. Право делать ошибки
10. Право не быть ассертивной

*Остановимся подробно на каждом из них.*

#### **1. Право уважительного отношения к себе**

Научится уважительно относиться к себе нелегко, и здесь необходима помощь профессионального психолога. Начнем с упражнений.

У каждого человека есть собственная теория своей уникальности, отличия от других людей. Вы можете считать себя достойным или недостойным любви и уважения. Вы можете думать, и переживать по поводу того, разделяют окружающие ваше мнение или нет. Легче всего получить информацию и уже тогда анализировать её. Давайте проверим.

Возьмите лист бумаги, разделите на три равные вертикальные колонки. Напишите в первой колонке в ответ на вопрос «Кто я?» десять слов-эпитетов. Сделайте это быстро, записывайте ответы в той последовательности, в которой они приходят в голову. Время 1-2 минуты. Во второй колонке ответьте на тот же вопрос, как, по вашему мнению, отзывались бы о вас ваши отец, мать или старшие родственники. Можете выбрать одного из них. Пишите также десять слов за 1-2 минуты. И, в третьей колонке на этот же вопрос будет отвечать любой человек, которого вы выберете. Это может быть важный и значимый человек в вашей жизни (муж, ребенок, начальник, подруга) или малозначимый (сосед, случайный попутчик, знакомый). Итак, ваш избранник дает десять ответов на вопрос «Кто Вы такой». Теперь сравните все три набора ответов. Есть ли «генеральная» линия вашего поведения, повторяющаяся во всех трех колонках. Например, мать-дочь-хозяйка. Сколько совпадений? Можно сказать, что в этих характеристиках отражается ваша индивидуальность, уникальность? Или это перечень социальных ролей и функций?

Это упражнение можно делать, используя реальных людей. Вы можете попросить, чтобы ваши родственники или друзья заполнили сами вторую и третью колонки и ответили на вопрос «Кто Вы такой для них?». Однако в психологии есть так называемые циркулярные вопросы. Когда человек отвечает сам за другого. Например, «Если бы Вы попросили мужа подобрать десять слов эпитетов к вопросу «Кто Вы, его жена?», чтобы он ответил?». Вы как бы становитесь на две позиции одновременно, на свою и мужа. Это дает возможность по-новому взглянуть на ваши взаимоотношения, на себя в этих отношениях. Если вы говорите: «Я не знаю, что сказал бы мой муж» или «Он бы отказался» или «Он десять раз повторил бы слово идеал». Подумайте. Оцените свои чувства.

Мы уже говорили о поглаживаниях (3). Это единица социального признания, одобрения. Единица любви и уважения. Мы окружены миллионами поглаживаний, но предпочитаем их не замечать и выискивать только редкие экспонаты. Мы выстраиваем фильтры обесценивания на пути получения поглаживаний. Проверим, насколько вы готовы принимать поглаживания.

Возьмите лист бумаги и продолжите предложения: «Я люблю себя за...», «Я уважаю себя за...». Упражнение выполняется десять минут. Подсчитайте сколько у вас позиций. Какие чувства вы испытывали, делая упражнение? Вы исписали всю тетрадь? Вы переполнены чувством гордости?

Наверху листа большими буквами напишите «БАНК ПОГЛАЖИВАНИЙ». Вы будете заполнять лист каждый день, добавляя новые слова. Каждый вечер вы будете анализировать прошедший день, и фиксировать в Банке свои достижения. Вы будете учиться уважать себя, замечать свои успехи и достижения, даже самые незначительные. Всё в копилку самоуважения!

Прочь отрицательное отношение к себе. О себе можно думать и говорить только хорошо. Учтесь думать и относиться к себе позитивно! У вас много достоинств и положительных качеств.

Хвалить себя за каждый поступок, за качества характера, за чувства, взгляды и суждения: «Я хорошая хозяйка и кулинарка, ...», «Я бережливая, могу элегантно одеваться, не тратя много денег...», «Я уважаю себя за то, что добрая и отзывчивая», «Я люблю себя за то, что я есть ...».

Будьте щедрыми, дарите поглаживания другим. Чаще говорите людям о своем уважении к ним, о своей любви. Обменивайтесь поглаживаниями не только вербально, с помощью слов. Обнимайтесь, прикасайтесь больше к людям. Лёгкие, тактичные, нежные прикосновения кончиками пальцев действуют быстрее, чем слова. Человек расслабляется, начинает доверять. Это нежные феминные прикосновения. В них нет маскулинной агрессии и силы.

Вспомните самые сокровенные желания, «погладьте себя», пообещайте себе сделать их, подумайте и найдите 2-5 способов решения. Вы должны награждать себя за изменения. Сегодняшние награды получают сегодня за сегодняшние усилия. Если Вы хотите быть любимым сейчас, то должны любить сейчас. Завтрашней любви еще нет, вчерашняя уже была и за неё вознаграждение получено.

Если в вашем окружении есть человек, который лишает вас уверенности в себе, например, язвит в ваш адрес, нелестно отзыается о вас, распускает сплетни, оскорбляет в глаза и за глаза – не мирийтесь с таким положением вещей! Не бойтесь поговорить с недоброжелателем откровенно, меняйте ситуацию кардинально. Оставшись вдвоем, поговорите с ним, спросите, чем вызвано такое негативное отношение. Твердо скажите, что не потерпите в свой адрес подобных высказываний.

Даже, если неуважительно к вам относится близкий, любимый человек, сразу ставьте его на место. Спокойно и твердо скажите: «Прошу, больше не говорить таких слов (в таком тоне). Я не позволю так обращаться со мной. Я не буду мириться с таким положением вещей».

Мужчины всегда стремятся к лидерству. Чтобы добиться уважения у мужчины, отстаивайте свою независимость и требуйте уважения своих прав.

На пренебрежительную реплику о ваших умственных способностях: «Много ты понимаешь?!». Докажите, что Вы не хуже знаете эту тему, что он поверхностно судит. Используйте логику, доводы. Анализ и убеждения. Никогда не используйте оскорблений, крик – всё это получит оценку, как женская истерика.

Ваш партнер оценит поступок и поймет, что вы правы.

## 2. Право иметь свои чувства и мнения и выражать их

Каждый имеет право на чувства и на их выражение. Обычно мы выражаем чувства кому-то редко, когда нет слушателей или субъекта, на которого эти чувства направлены. Чтобы наш партнер не стал «помойным ведром», в которое мы сливаем свои эмоции и чувства, надо остановиться и задать себе три вопроса:

- Необходимо ли мне это?
- Правда ли это? («Узнай правду, и правда сделает тебя свободным»).
- Вежливо ли это?

После того, как вас устроили ответы на эти три вопроса, вы берете на себя всю ответственность за сказанное вами.

В нашей культуре характерно наказывать детей за проявление ярких эмоций, особенно агрессии. Ребенка поучают: «Не повышай голоса, когда говоришь со старшими, Не возражай!». Часто запугивают для подавления эмоций: «Если не перестанешь

обижать сестру, я вызову милиционера, и он тебя заберет», «Если ты будешь грубить бабушке, она заболеет, умрет, и ты будешь в этом виноват». Угроза наказания, чувство вины, стыд, страх – способы устраниния проявления ярких, истинных эмоций со стороны ребенка. Запрет быть самим собой.

Какие страхи, запрещают детям проявлять эмоции? Какие они принимают сценарные решения в эти годы?

- Страх одиночества («Если ты будешь кричать (плакать, капризничать...), то останешься один, мы тебя бросим»)
- Страх чрезмерного наказания («Я тебя убью»)
- Страх смерти близких родственников («Когда я умру, ты пожалеешь о том, что сказал, сделал. Ты будешь виноват в моей смерти».)
- Бедствие, ужас («От твоего поведения везде только несчастья и разрушения»).

Как результат - подавление прямого выражения эмоций, открытого, смелого, спонтанного взаимодействия. Ребенок замыкается, вытесняет прямые эмоции, заменяя их рэктетными (3), ненастоящими, не своими, вымышленными. Куда уходят истинные эмоции, его истинные мнения? Где агрессия? Она может становиться косвенной, опосредованной, через другие области взаимодействия или другую деятельность. Существует закон «горячей картошки». Когда человек, испытывает неодобряемые эмоции и чувства, он злиться, раздражается, но выразить открыто не может. Тогда он освобождается от раздражения, перекидывая его, как горячую картошку людям, которые напрямую не виноваты в раздражении. Поссорились с ребенком, но стукнуть и наорать на него не можете, зато можно пнуть любимую собаку, или накричать на попутчика в вагоне метро. Придя на работу можно «построить» сотрудников. У женщин чаще закон «горячей картошки» выражается в автоагрессии, направленной на себя любимую. Аутоагрессия может проявляться в психологическом самобичевании: «Я плохая, некрасивая, глупая, никчёмная», или в физическом, когда вы реагируете телом «без слов». Обычно это заканчивается психосоматическими заболеваниями. «Картошку» поймало ваше тело – «обиделось», растолстело и заболело.

Проблемы в межличностном взаимодействии могут порождать – отчуждение, депрессии, хроническое беспокойство, смену настроения, вспышки гнева, а также психосоматические заболевания и различные варианты зависимого поведения.

Существует три стиля поведения во взрослой жизни, позволяющие не проявлять истинных чувств:

1. Скрытый пассивный - поиск утешения и первичного удовлетворения потребности с помощью безликих материальных вещей (работа, алкоголь, наркотики, еда, телевизор, компьютер, игровые

автоматы). Цель – оцепенение. Забыться, отключиться от действительных, истинных эмоций, чувств. Заменить суррогатными чувствами.

2. Агрессивный - яркий цинизм к людям. Люди объекты для использования и манипуляций.

3. Пассивный - постоянно носить маску отчаяния и неудачника.

Результат запретов – невозможность самоутверждения, отстаивания своих чувств, убеждений и как результат – «Не быть самим собой».

Когда мы были детьми, то верили взрослым и подчинялись. Когда мы стали взрослыми, то стали сами себе объяснять целесообразность своих поступков и правильность выбранных стратегий поведения. Вот наиболее распространённые заблуждения, порождающие «горе от ума».

Шесть эмоционально разрушительных установок, запрещающих выражать свои чувства и мнение:

1. Если я скажу ему, что я на самом деле чувствую, он не выдержит, он погибнет. Это утверждение базируется на представлении о хрупкости другого. Часто иллюзию хрупкости партнер специально поддерживает в целях сохранения ситуации. Хрупкость – манипуляция. Аналог детских страшилок, которыми манипулируют детьми: «Будешь шуметь, бабушка не выдержит и умрет».

2. Гневаться вредно и бессмысленно. Это утверждение имеет смысл, если идёт длительное накапливание гнева и раздражения, когда платина рушиться, то эффект разрушителен. Конструктивнее высказывать сразу своё мнение, открыто, не скрывая и не накапливая обид. Предлагая обоюдный, открытый диалог.

3. Если я дам волю своим чувствам, я потеряю контроль над собой. Относится к предыдущему пункту.

4. Такое поведение неприлично. Это утверждение перекликается с мифами о женщине. Роль добродорядочной женщины (матери, жены) запрещает такое поведение («Не леди!»). Если реальная личность тяготится запретами роли, если подлинные чувства иные, то что будет более разрушительным для личности женщины? Выражение чувств или психосоматические заболевания? Здоровье или болезнь? Жизнь или смерть?

5. Если я раскрою истинные чувства, они меня отвергнут. Страх остаться в одиночестве, стать изгоем, белой вороной. Детские страхи – «Будешь так себя вести, мы от тебя откажемся, отдадим милиционеру, чужому дяде».

6. Я боюсь, что они сделают в ответ. В правдивом, искреннем поведении существует определенный риск. Вопрос выбора и ответственности за выбор. Полезно практиковать открытые, правдивые взаимоотношения с близкими людьми, членами семьи, родственниками, друзьями.

Люди, воспитанные в строго репрессивных, авторитарных семьях, где им не разрешалось открыто

выражать свои чувства и особенно раздражение, склонны проявлять свою агрессивность пассивно. Существует ряд разновидностей пассивной агрессии. Цель пассивной агрессивности – нанести вред обидчику. Вот перечень ярких стратегий пассивного агрессора:

Забывание Часто хронически забывающий человек – пассивная, со всеми соглашающаяся личность, не способная отказать. Вместо вежливого отказа, он пассивно соглашается, и забывает сделать. Жертва пассивного агрессора находится в безвыходном положении, что можно сказать человеку, который говорит: «Боже мой, я так перед Вами виноват, но просто выскочило из головы». Он редко забывает то, что доставляет удовольствие ему и всегда, когда это касается другого. В конечном результате на него перестают надеяться, и он избавляется от необходимости высказывать своё мнение и чувства. Учитесь видеть за словами: «Я забыл позвонить по важному делу» - «Я не хотел». Пассивный агрессор боится прямого самоутверждения.

Недоразумение «Право я думал, что Вы хотели совсем другого..» - при этом агрессия скрывается за маской искреннего участия. Жертве агрессора остается только рвать на себе волосы.

Проволочка «Не беспокойтесь, скоро все будет готово». У жертвы возникает чувство вины – «Нельзя быть таким нетерпеливым», «Тише едешь, дальше будешь».

Опоздание Систематически опаздывает, затем искренне извиняется, при этом жертва из состояния нападающего, переходит в состояние защиты. Ожидание опаздывающего всегда связано с раздражением, фрустрацией, унижением – это и есть цель агрессора.

Неспособность к обучению Этот тип скрытого агрессора ничему не учится из предыдущего опыта, хотя уверен, что люди, зависящие от него надеются на обратное. Агрессор часто манипулирует и говорит «Не могу же я все помнить, если тебе надо, скажи».

Как же застраховаться от нападения пассивного агрессора? Как выстроить с ним открытые взаимоотношения, которые позволят обоим проявлять свободно свои чувства и озвучивать своё мнение?

Для этого надо ответить себе на два вопроса:

1. Нет ли с моей стороны давления, контроля над агрессором. Мешаю ли я ему выразить агрессию прямым путем?

2. Что удобней для меня – скрытая агрессия или если бы этот человек проявил прямую агрессию?

Если вы имеете положительные ответы, то подумайте: Как ему помочь проявить агрессию прямым путем? Как самому выразить прямую агрессию, раскрыв смысл обид. Учитесь открытым взаимодействиям. Они помогут провести переоценку вашего ближайшего окружения. Одни люди исчезнут, другие с радостью приблизятся к вам.

### **3. Право быть выслушанной и серьёзно воспринятой**

Необходимо помнить, что всё что мы говорим другому человеку на 100% слышим мы сами и только на 30% слышит тот кому мы говорим. Например, я ругаю дочь, а обижуюсь сама. Ругаю теми же словами, что ругали меня в детстве, сама реагирую, а дочери хоть бы что.

Знания правил слушания позволяет устанавливать контакт с собеседником. Слушание происходит в молчании, необходимо отстраниться от эмоционального содержания и деталей повествования, чтобы слушать без суждений, не пользуясь призмой своих взглядов. Слушайте музыку голоса, его ритм, интонацию, тон.

Общение с мужчиной требует от женщины определенных знаний.

- Разговаривая с мужчиной, старайтесь сказать о самом главном сразу, в начале разговора и только потом говорите о деталях, которые могут привлечь его внимание. Женщины, обычно, любят начинать рассказ с мелких подробностей, постепенно нагнетая напряжение и интерес. Только под занавес, произносится ударная реплика, ради которой рассказана вся история. Часто к этому моменту мужчина уже теряет интерес

- Мужчина чаще, чем женщина стремится прекратить разговор. Он может перебить вас и остановить на пол слове. Вместо того чтобы проглотить обиду и промолчать, постарайтесь нейтрализовать момент, сказав спокойно: «Извините, я не закончила» или «Я говорила о том, что...». Женщины редко решаются на такие фразы и чаще обзываются.

- При общении с мужчинами не пользуйтесь словами: «Я чувствую». Эффективней фразы «Я думаю, что...». А лучше «Не думаешь ли ты, что..?».

- Не говорите громко. Заканчивая фразу, не повышайте голоса, особенно, если речь идет о важном для Вас предмете. Повышение голоса к концу предложения звучит как вопрос. Понижение же голоса придает уверенность и убежденность. Когда женский голос понижается к концу предложения и темп речи замедляется, то мужчина реагирует на женщину, как на сексуальный объект.

Слушайте «SOS»

Однажды, ребенок нашей клиентки за ужином выложил из сушек слово «SOS». Мальчику было 12 лет. Начинался трудный подростковый период, он отчуждался от матери и «изображал самостоятельного мужчину». В открытую, помощи не просил, но именно это слово выложил на обеденном столе.

Люди не кричат «SOS» или «Помогите, мне нужна помощь». Они реагируют молчанием, гневом, отчуждением, сарказмом или иным способом. Найдите время, чтобы прислушаться к «SOS» других людей, которые рядом с вами. Настройте свою душу, свой приёмник на волну любви. Не слушайте: «Я

тебя ненавижу». Услышьте отчаянную мольбу «Пожалуйста, люби меня!». Эти послания, эти призывы о помощи можно услышать в любой день. Ваше признание заключается в том, чтобы услышать и прийти на помощь вашим детям, родителям, любимым.

Психологи определяют пять уровней общения людей друг с другом. Начнем с низшего уровня.

Пятый уровень: когда общение ограничивается одиничными репликами. Например, «Как дела? Чем занимаешься?». Эти фразы почти лишены смысла. Общение на этом уровне вызывает скуку.

Четвертый уровень: формальный разговор, обмен информацией без личных комментариев.

- «Ты куда?»
- «Ухожу»
- «Когда придешь?»
- «Скоро».

Третий уровень: Общение на уровне обмена идеями и мнениями. Здесь уже возникает интимное общение. Партнеры используют мысли, чувства, представления, облекают их в слова. Они принимают и понимают друг друга.

Второй уровень: Общение идет на уровне обмена чувствами и эмоциями. Оно отражает не только мысли и мнения партнеров, но и, что происходит у каждого в душе. Это общение обогащает брак, так как супруги проникают в суть характеров друг друга.

Первый уровень: Глубокое духовное проникновение во внутренний мир другого человека, где понимание и чувствование идет без слов.

На каком уровне общаетесь вы? Какой наиболее знаком вам?

### **4. Право устанавливать свои приоритеты**

Главный приоритет – ваше благополучие. Вы можете изменить поведение, стать ассертивной и получить два синяка под оба глаза. Такой результат, конечно, не устроит. Тогда вы будете изменяться до тех пор, пока вас не устроит ваше поведение, самочувствие и обратная связь.

Часто мы говорим, что интересы других, особенно близких людей, у нас на первом месте. Человек, который жертвует собой ради других, получает благодарность, похвалу. Однако похвалят один раз, второй, потом к вашей жертвенности привыкнут, и будут удивляться, почему вы отказываетесь выполнять привычные обязательства. Они могут даже обидеться и обвинить вас в невнимании и необязательности.

Беспокойтесь не за океан, а за волну, которая вас накроет. Вы не можете изменить мир, но можете измениться сами. И единственное, что поможет – это позитивный, конструктивный взгляд на свою жизнь. Пришло время отложить все и отдать приоритет своему благополучию, своим потребностям. Доставляйте себе радость, делайте что-нибудь для себя.

---

Равенство – это обман, всегда существуют приоритеты. Например, у женщин – дом, дети, работа; у мужчины – работа, достаток, хобби. У каждого свой ритм, интересы, пристрастия, ценности. Для каждой семьи, супружеской пары есть свои приоритеты. Например, для одних – любовь, верность, преданность. Для других пар – дружба, свобода и независимость.

Существуют внутренние и внешние приоритеты. К внутренним приоритетам относится шкала ценностей вашей личности, планы на настоящее и будущее, для вас как персоны. К внешним приоритетам относятся - работа, хобби, родственники, друзья, цели связанные с внешними приоритетами.

Напишите приоритеты своего настоящего, ближайшего будущего, отдаленного будущего. Цель вашего благополучия?

### **5. Право сказать «НЕТ» без чувства вины**

Многие женщины говорят, что им трудно отказать, особенно, знакомому человеку или родственнику. Чаще всего они соглашаются потому, что в случае отказа плохо себя чувствуют, переживают вину и считают, что обидели человека. Умение говорить «нет» не приходит сразу, оно связано с чувством уважения к себе, к своим желаниям, восприятием себя как независимой личности с собственной системой ценностей и приоритетов в жизни.

Проделайте следующее упражнение. Выберите время, когда рядом с вами будет достаточно человек. Если возможно, предупредите их заранее, что вы проводите эксперимент, и они должны у вас просить что-либо. В течении пяти минут говорите только «да», в последующие пять минут только «нет». Отследите свои чувства. Задача – понять, при каких обстоятельствах вам легче говорить «да», при каких «нет». Возможно, вы увидите ситуации, в которых говорили «нет», хотя вполне могли бы сказать «да» и наоборот.

Если вы решили отказать, то надо начать с признания правоты партнера: «Да, я понимаю твои желания, но пойти на это не могу. Извини». Вы можете объяснить, почему отказываете, а можете не объяснять, это ваше право. Слово «Извини» важное и необходимое. Извиняясь, вы совершаете социальный ритуал, который подразумевает дальнейшее сохранение отношений. Вы не отказываете человеку во всём и сразу, не исключаете из своего окружения на всю оставшуюся жизнь. Вы в данный момент не готовы делиться своими ресурсами, будь то деньги, время, физические усилия или душевные силы. Вы просите за это прощение: «Прости, сегодня не могу». Считается достаточно три раза повторить с уверенностью действие, чтобы оно вошло в ваш опыт и в дальнейшем повторялось если не автоматически, то с меньшими физическими и душевными затруднениями.

Интересна трактовка фригидности, с позиции неумения сказать «нет». За женщину «говорит» её

тело. Если ваши интимные отношения связаны с человеком, который вас не ценит, не слишком любит, постоянно критикует, старается изменить вас или скандалит по пустякам и не идет на компромиссы, тогда вы начнете видеть себя его глазами. Если у вас нет возможности проверить это, если вы не имеете «группу поддержки», то вы начнете считать его точку зрения единственной верной. Однако вы можете сказать: «Нет! Это твоё видение. Я другая».

Цена, которую вам придется платить, если вы вовремя не сказали «нет», будет высока. Месяцы, а то и годы вы будете вынуждены проводить время, продолжая взаимоотношения с неподходящим партнером, теряя свою уверенность и превращаясь из Принцессы в «лягушку». Естественно, что после того, как вы скажете «нет» этим отношениям, наступит трудный переходный период, но, тем не менее, вы ощутите всю силу вашего духа. Ваше самоуважение возрастет до невероятных высот. Вы почувствуете себя значительно лучше. Вы больше не раб своих жизненных обстоятельств и заслуживаете счастья. Вы никогда не будете одинокой. Учитесь говорить «нет», освобождайтесь от ненужных вам людей, и к тому времени, когда вы найдете человека, которому сможете отдать любовь, вам трудно будет ошибиться.

### **6. Право просить, чего ты хочешь**

Как много зависит от того, как попросить человека об одолжении. Успех зависит от тона голоса, обстановки, настроения. От этого по существу зависит – «быть или не быть». А между тем существует совсем небольшое количество приемов, которые могут значительно повысить вероятность выполнения вашей просьбы.

Тактичность, дипломатичность, оригинальность и находчивость. Трудно отказать, когда просьба исходит от друга, а ведь можно создать дружеское расположение к себе совсем незнакомого человека. Если ваша просьба будет начинаться с комплимента, упоминания заслуг того к кому вы обращаетесь, его авторитета и значимости, ваши шансы повышаются, а сам факт обращения к такому достойному человеку является большей честью для просящего. Это размягчает жесткое сердце противника. Известно, когда к мужчине обращается женщина, можно ожидать большего успеха. Если за просьбой следует тут же, еще до получения ответа, косвенная признательность, благодарность за предстоящую услугу, уже трудно отказать.

### **7. Право получать то, за что ты заплатил**

«За сладкую жизнь надо платить» - часто можно услышать. «Сладкую ягоду рвали вместе, горькую – я одна» - реже. В психологии есть замечательная техника, называется она «позитивное переформирование». Те люди, которые научились позитивно переформировывать свой опыт, извлекать

плюсы из ситуации – достигли больших высот в своей жизни и развитии. Жизнь дает множество стимулов для нас. Это новые люди, события, чувства, опыт и переживания. Все стимулы – нейтральны! И только сам человек окрашивает их и дает оценку: это – хорошо, а это – плохо. Умение видеть хорошее, раскрашивать мир цветными, а не черно-белыми красками – редкое качество, но ему можно научиться. Возьмите лист бумаги и напишите те события в вашей жизни, которые, с вашей точки зрения, «плохие». Подумайте и напишите ответы на следующие вопросы: Чему научили меня эти события? Что нового добавили в мой опыт, мои чувства? Стал ли я более мудрым человеком? Стал тоньше понимать и чувствовать другого, после того как пережил эти события сам? Стал ли я уважать себя больше? Зачем был нужен такой опыт в моей жизни? Что он изменил в моей жизни? Добавил ли больше осознания, любви, смысла, гордости, уважения, признания? Что приобрел я по сравнению с тем, что потерял?

Когда вы идете в лес, то ищите съедобные грибы, а не ядовитые. Так и в оценке своей жизни – ищите плюсы. Не травите себя мухоморами, кормите только белыми грибами. Дарите поглаживания, любовь и уважение самим себе в первую очередь.

### **8. Право получать информацию**

Ассертивность неразрывно связана с осознанием своих социальных прав. Реализация права пациента, потребителя основана, в первую очередь, на владении информацией. Пациент имеет право знать о состоянии своего здоровья. О назначенных препаратах и побочных эффектах от них. Он имеет право получить информацию об альтернативных методах лечения. Например, в психотерапии поощряется право клиента самому выбрать себе специалиста для работы. Он может выбрать мужчину или женщину, что порой является определяющим в дальнейшем ходе работы. Направление в психотерапии, например, психоанализ или телесно-ориентированную психотерапию. Однако реализация

права на информацию требует от человека активности в поиски этой информации. Знание информации заставляет человека делать выбор. Незнание и пассивная роль предполагает, что вся ответственность за результат лежит на другом. Ассертивный человек выбирает активную позицию и заинтересован в положительном результате. Он активно ищет исчерпывающую информацию, осознанно выбирает из множества выборов и сам несет ответственность за сделанный выбор.

### **9. Право делать ошибки**

Важным элементом ассертивности является право совершать ошибки. Это право особенно важно для женщин в связи с возрастающей возможностью выбора. Отсутствие жестких половых норм позволяет женщине экспериментировать и выбирать любой род деятельности, профессию. Делать выбор в сторону замужества или одиночества, рожать самой или воспользоваться услугами суррогатной матери. Ошибки неизбежны, однако это собственный опыт, который бесценен.

### **10. Право не пользоваться биллем о правах**

Используйте свои права!

Вы на это имеете право!

Эмоционально все желают сразу реализовывать свои права. Ура! Вперед! Здорово! И вы воодушевлены, как ребенок. Взрослое, зрелое решение, принимается не сразу. Требуется время, обдумывание всех плюсов и минусов. Когда вы будете готовы, то начните с подписания контракта с самим собой.

#### *Контракт с самим собой*

*Я, Ф.И.О. подписываю Билль женских прав и реализую в своей жизни права с момента подписания. Я осознаю меру своей ответственности за те изменения, которые будут происходить в моей жизни и в жизни моих близких.*

*Срок действия контракта... .....(количество дней, месяцев или лет).*

*Дата. Подпись*

#### *Литература:*

1. Макаров В.В., Макарова Г.А. «Мифология пола» в контексте новой реальности. Послесловие к книге Короленко Ц.П. Мифология пола. - Красноярск, 1994. – 282 с.
2. Капони В., Новак Т. Ассертивность в жизнь. - СПб, 1995, 200 с.
3. Макаров В.В., Макарова Г.А. Прогулки с Фрейдом. - М., 2004, 485 с.
4. Bloom L., Coburn K., Pearman J. The new assertive woman. - N.Y.: Dell Publishing, 1980. - 246 p.

Р.Д.Тукаев

г. Москва

## Введение

Более года тому назад в преддверие Международного Конгресса “Психотерапия Европы - Психотерапия Азии” прошел базовый семинар по проблемам мультиmodalной российской психотерапии [4, 6], затронувший ряд существенных проблем российской психотерапии.

### 1. Материалы базовой дискуссии по мультиmodalной психотерапии

Термин мультиmodalность характеризует использование в теоретических исследованиях и практической работе совокупности концепций и методических приемов, выработанных в рамках нескольких различных психологических и клинических школ. Лидер дискуссии проф. В.В.Макаров, резюмируя свое видение развития российской психотерапии и ее оценку Европейской Ассоциацией Психотерапии, выдвинул оригинальную схему систематики и, одновременно, развития отечественной психотерапии, согласно которой мультиmodalная психотерапия подразделяется на эклектическую, интегративную и системную [4, 6].

Согласно данной концептуальной схеме, эклектическая мультиmodalная психотерапия имеет прагматическую направленность, атеоретично объединяя эффективные приемы различных modalностей. Интегративная мультиmodalная психотерапия образована системообразующей modalностью, ее теорией и практикой, дополняемой со-гласующимися с ней теоретическими конструктами и практическими приемами других modalностей. Эклектический и интегративный варианты мультиmodalной психотерапии описаны В.В.Макаровым одновременно и как этапы развития профессионального психотерапевта в России.

Системная мультиmodalная терапия рассматривается как некий перспективный посыл в развитии мультиmodalности, основанный на общем психотерапевтическом подходе, дополненном частными modalностями психотерапии.

Интересен ход дискуссии, развернувшейся в ходе базового семинара [6]. Участники первонациально приняли функциональную необходимость термина “мультиmodalная психотерапия”. Далее были последовательно высказаны следующие идеи.

- Необходимо приобретение российской психотерапией собственного лица и вхождения в мировую психотерапию (А.С.Баранников)
- Интегративная психотерапия - соцветие методов психотерапии, связанных единой теорией (М.Е.Бурно)
- Клиническая психотерапия является интегративной (М.Е.Бурно)

▪ Модальная психотерапия ограничена узкими рамками (М.Е.Бурно)

▪ Систематика психотерапии: эклектическая, системная, интегративная – “интегральная” психотерапия, уравновешивающая все подходы, идеальная холистическая психотерапия (В.П.Криндач)

▪ Систематика психотерапии: школьная, мультиmodalная, интегративно-интегральная психотерапия (А.Л.Катков)

▪ Психотерапия как средство ускорения темпа развития человечества (А.Л.Катков)

▪ Интеграция психотерапии с другими гуманистическими направлениями (А.Л.Катков)

▪ Развитие фундаментальной внедисциплинарной теории психотерапии (А.Л.Катков)

▪ Развитие российской психотерапии как интегративной клинической (М.Е.Бурно)

▪ Психотерапия – научное искусство, имеющее национальные, культуральные границы (М.Е.Бурно)

▪ Интегративная психотерапия строится из живых запросов пациента (М.Е.Бурно)

▪ Интегративная психотерапия – внедисциплинарный подход (А.Л.Катков)

▪ Клиническая психотерапия построена не на теории (М.Е.Бурно)

▪ В психотерапии возможны чудеса (А.Л.Катков)

▪ Психотерапия имеет социальную миссию (А.Л.Катков)

▪ Психотерапия имеет стержень, наполняемый тем, что имеет отношение к душе человека (М.Е.Бурно)

▪ Теория психотерапии требует нового мышления (А.Л.Катков)

▪ Важно образное мышление (В.П.Криндач)

▪ Мультиmodalная системная психотерапия – это подход, основанный на психотерапии как на единой системе (В.В.Макаров)

▪ Для страны, пережившей культурную изоляцию, необходимо взять все самое лучшее из мирового фонда психотерапии (В.П.Криндач)

▪ Системность, это этап раскрытия потенциала психотерапии (В.П.Криндач)

▪ Мультиmodalная психотерапия - творческая, в отличие от психотерапии modalной (В.В.Макаров)

Несмотря на внешне спонтанный и временами противоречивый характер дискуссии, следует остановиться на двух значимых, хотя и не вполне прозрачных, ее положениях.

1. Оценка российской психотерапии в рамках ЕАП как эклектической мультиmodalной поверхности.

В предшествующем советском историческом периоде, российская психотерапия достаточно долго

развивалась как клиническая медицинская психотерапия в рамках трех ведущих интегративных направлений: старейшей суггестивной интегративной психотерапии [1, 7, 10] (включавшей гипнотерапию и иные варианты гетеро-аутосуггестивной терапии), патогенетической психотерапии [5, 3] (индивидуальной и групповой), эмоционально-стрессовой психотерапии [9] (индивидуальной и групповой). Большинство российских медицинских, клинических психотерапевтов, сформировавшихся в советский период, получило интегративное образование и остается на позициях интегративной психотерапии по сей день. Данный интегративный подход базируется, прежде всего, на био-психо-социальной модели заболеваний, с клинической направленностью понимания проблем пациентов. Характерно, что все участвовавшие в дискуссии проявили себя интегративными (по систематике В.В.Макарова) высококвалифицированными психотерапевтами среднего поколения.

Психологически ориентированные и образованные психотерапевты, сформировавшиеся в постсоветский период под влиянием и при участии эмиссаров западной психотерапии тяготеют к определенным западным модальностям психотерапии, либо являются сертифицированными в рамках общепринятых модальностей специалистами. Работа Комитета Модальностей ОППЛ за два последних года убедительно подтверждает выдвинутое положение (см. Ежегодные Отчеты Председателя Комитета Модальностей Лиги [2]).

Однозначное представление о типаже эклектического мультимодального российского психотерапевта, возможно, отчасти действительно характеризует часть начинающих провинциальных психотерапевтов, но, в основном, является виртуальным изобретением интересующихся российской психотерапией европейских психотерапевтов, не владеющих русскоязычной психотерапевтической литературой. Поэтому, признание за российской психотерапией статуса мультимодальной требует скорейшего (!) интегративного и (по возможности) системного (в терминологии В.В.Макарова) содержательного наполнения.

2. Прошедшая дискуссия наметила некий общий вектор развития системной мультимодальной психотерапии.

В большинстве выступлений посыпал к системной мультимодальной психотерапии связывался с: а) выходом за рамки известных теорий психотерапии; б) внедисциплинарным эвристическим подходом; в) экскурсом в гуманитарную, антропологическую область знания; г) холистической идеей.

Таким образом, не дав законченных ответов на заявленные вопросы (что и не являлось ее целью), базовая дискуссия констатировала актуальное понимание проблемы мультимодальности российской психотерапии и потенциальные направления развития ее теории и практики.

## **2. Интегративный и мультимодальный подходы в практике и исследованиях западной клинической психотерапии**

Следует отметить, что универсализация, интегративность являются неотъемлемыми чертами любой продуктивно развивающейся и ориентированной на практику модальности психотерапии. Интегративность определяется практической потребностью расширения диапазона пригодности модальности, обусловленной прямой или косвенной конкуренцией с другими модальностями на психотерапевтическом рынке. Расширение диапазона пригодности модальности осуществляется за счет экспансии в клиническую и психологическую области, адаптации сроков терапии к существующему общественному запросу в направлении к краткосрочности, баланса групповых и индивидуальных форм в интересах повышения экономической рентабельности терапии [11] и т.д.. Однако, в условиях жесткого традиционного разделения, используемые интегративные теоретические подходы и практические приемы трактуются в модальностях не как интегративные, а описываются как уникальные, присущие данной модальности (так, использование многими модальностями измененных состояний сознания ими не номинализуется, что позволяет отрицать связь с гипнотерапией [11]) Поэтому интегративность любой узко-традиционной модальности (а только на условиях интеграции и возможно ее длительное устойчивое развитие), можно определить как скрытую, маскированную интеграцию.

В современной психотерапии выделяются не только модальности, но и основные подходы психотерапии: психоаналитический, когнитивно-бихевиоральный, суггестивный [8]. В их рамках понятие интеграции используется открыто, поскольку интегрируются родственные теоретические постулаты и методические приемы. Такую интеграцию следует определить как внутригрупповую интеграцию.

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

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

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) изначально, с момента появления самого подхода, строилась на основе интеграции различных, экспериментально оцениваемых когнитивных и поведенческих техник, индивидуальных и групповых [12].

С конца 80-х годов прошлого века и по настоящее время в рамках КПТ ведется не только поиск интегративных методов клинической терапии, но

и осуществляется разработка и исследование различных теоретических моделей психотерапии, в том числе и интегративного плана [12]. Именно в КПТ было начато проведение исследований доказательной эффективности психотерапии и механизмов психотерапевтического эффекта [51, 20, 28].

Интегративное движение в рамках КПТ обладает специфическими чертами, связанными с утилизацией стандартизованных исследовательских подходов родственных бихевиоризму и когнитивной психологии. Приемы, методики и теоретические модели КПТ максимально конкретизированы, нацелены в применении на узко-конкретный клинико-диагностический диапазон: тревоги и депрессия [17, 58], переедания [28, 53], курения [60].

В целом КПТ занимает позицию фундаментальной научной дисциплины, подобно физике, химии, математике, имеющей неопровергнутое доказанное базовые теории, рядоположенные иным базовым теориям. С этим обстоятельством, вероятно, связаны выделение четких клинико-диагностических диапазонов применения КПТ и известный интерпретативный редукционизм.

## 2.2. Интегративный психоаналитический подход в западной клинической психотерапии

Интегративный посыл психоаналитической терапии (ПТ) также обусловлен универсальными причинами и исходит из запросов практики. Однако наличие догматического теоретического фундамента в виде фрейдизма и узко-ритуальной практики первоначально привело к тому, что обще-интегративная, по своей сути, тенденция развития психоанализа проявилась во множественном отпочковании от “материнского” ортодоксального психоанализа семейства аналитических модальностей (Юнга, Адлера, Райха, Перлза, и др., см [8]). Поэтому открытое использование и обсуждение интегративных подходов свойственно современным психоаналитическим, психодинамическим модальностям, исключая ортодоксальный психоанализ.

В остальном, интегративная тенденция в современной клинической ПТ реализуется сходным образом с таковой в КПТ. Основой внутреннего, в пределах аналитического направления, интегративного развития ПТ являются психодинамические теории и модели [36, 41]. Клинически-ориентированная ПТ также имеет узкую клинико-диагностическую направленность [47]. ПТ в своих интегративных вариантах теоретически опирается преимущественно, если не исключительно, на аналитические конструкты и постулаты [63].

## 3. Исследования универсальных характеристик процесса психотерапии как ступень развития интеграции в психотерапии

Клинико-экспериментальные исследования психотерапии, ее процесса и результатов в последние годы фокусируются на анализе различных

характеристик пациента и психотерапевта, рассматриваемых через призму их терапевтических взаимоотношений. В данную категорию попадают: взаимопересекающиеся исследования терапевтического альянса, его характеристик и влияния на исход терапии; исследования межличностного взаимодействия в паре клиент – терапевт; исследования невербальных компонентов терапевтического взаимодействия. В ряде работ исследовано соответствие экспериментальных данных определенным теоретическим моделям, проведены транскультуральные исследования в психотерапии.

### 3.1. Исследования терапевтического альянса

Современные исследования терапевтического альянса проводятся в сопоставлении с исходами терапии. Показано, что терапевтические взаимоотношения (альянс), при сопоставлении исходов индивидуальной амбулаторной психотерапии, универсально значимы при аналитической, клиент-центрированной и поведенческой психотерапии [43]. Сила терапевтического альянса позитивно коррелирует с открытостью пациентов терапевту [29]. В семейной терапии выраженность терапевтического альянса в различной степени влияет на снижение интенсивности симптомов стресса у клиентов [37]: на 19% у матерей, на 54% - у отцов, на 39% - у детей-подростков. Наличие межличностных проблем (проблем альянса) является лучшим предиктором исхода, чем выраженность дистресса [51, 52]. При КПТ ее исход зависит от межличностных отношений в терапии [40], а именно: 1) от роджерийанских переменных терапевта (бескорыстной теплоты, позитивного отношения, эмпатии); 2) от терапевтического альянса; а также значимости таких личностных характеристик пациента, как: а) восприятие терапевта как уверенного в себе; б) открытости к обсуждению проблем; в) исходной готовности и потенциальной активности к терапевтическим изменениям. Параметры теплоты – холодности межличностных отношений определяют оценку альянса пациентом и терапевтом [35].

### 3.2. Исследования межличностного взаимодействия в паре клиент – терапевт

Изучение различных аспектов взаимодействия в паре клиент – терапевт существенно расширяют представления о межличностных механизмах психотерапии, полученные в исследованиях терапевтического альянса.

В исследованиях оценки действий терапевта клиентом и самим терапевтом с позиции их полезности и эмпатичности [19] показано что: обоюдные оценки были положительно скоррелированы по параметрам полезности и эмпатичности; однако длительный психотерапевтический контакт снижал степень соответствия парных оценок. Возможность выбора пациентом психотерапевта в эксперименте не влияет на итоговый результат психотерапии [46]. Экспериментально показано, что

аффективная насыщенность взаимодействия терапевта с пациентом в психотерапии эффективно значима только при краткосрочной терапии [57]. Эмпирически подтверждено, что исход терапии определяется интеракцией Я-концепций пациента и терапевта, а рассогласование между Я-концепцией терапевта и его восприятием поведения пациента ухудшает результат терапии [64]. Изучение внешних факторов доверия клиента к психотерапевту показало, что предпочтение модальности применяемой психотерапии является значительно более весомым фактором, чем пол, возраст и психологический опыт терапевта [65].

Установлено, что суждения терапевтов о пациентах и их роли в консультировании в большей степени определяются характеристиками самих терапевтов [14]. Оказалось, что длительность психотерапии определяется преимущественно образованием и опытом работы психотерапевта, а не тяжестью психопатологии клиента и стоимостью терапии [52]. Вместе с тем, сопоставление оценок удовлетворенности терапевтической сессии пациента и терапевта выявило [54]: 1) пациенты высказывали большее удовлетворение при восприятии терапевта “теплым” и “чувствующим”, что, однако, не влияло на редукцию симптомов; 2) оценка терапевтами пациентов как “помогающих” или “защищающихся” была негативно связана с симптоматическим улучшением. Уточнено, что прогностическая значимость инструментальной оценки эффективности КПТ внешним наблюдателем высоко достоверна, тогда как таковая оценка терапевта и пациента отличается слабой достоверностью [30]. Возможными тому причинами являются различие оценочных позиций пациента и терапевта [45]; пациенты заинтересованы в разрешении проблем и улучшении самочувствия; терапевты концентрированы на этиологии проблем и путях их разрешения; обе позиции субъективны.

### 3.3. Исследование неверbalных компонентов терапевтического взаимодействия

Позы и телодвижения, как компоненты невербального поведения, являются важным источником клинической информации [22, 23], для системного описания которых наиболее подходит структурный подход [27]. В процессе психотерапевтической интеракции пациент и терапевт регулируют и координируют невербальное поведение для обеспечения устойчивого аффективного диалога как компонента терапевтического альянса [25]. Невербальные терапевтические интеракции пациента и терапевта используют идентичные поведенческие классы [65].

Экспериментальный анализ влияния невербальных компонентов поведения терапевта в клиент-центрированной психотерапии: непосредственности, потенциала (статуса) и восприимчивости; продемонстрировал, что невербальное поведение терапевта служит основой интерпретации эмпатии, теплоты и эффективности [59].

Для лучшего понимания терапевтического действия предложен новый клинический конструкт – структура интеракции, определяемый как повторяющиеся обобщенно воздействующие паттерны интеракции пациента и терапевта [38]. Восприятие, различение, понимание значения подобных повторяющихся интеракций рассматривается как базовый компонент терапевтического действия. Предполагается, что эффективность многих экспрессивных форм терапии (искусством, музыкой, катарсисом и др.) определяется способностью клиента выражать свои переживания невербально и выражать свои чувства словами [15].

### 3.4. Экспериментальное исследование соответствия эмпирических данных интегративным теоретическим моделям психотерапии

В современной западной психотерапии существует тенденция сопоставления эмпирических данных психотерапии с общеизвестными клинико-психологическими и психологическими теориями, поскольку считается, что научность психотерапии может быть определена по двум частично взаимосвязанным критериям: валидности ее теории; эффекту и эффективности терапии [18].

Объектом повторного экспериментального изучения и обсуждения стала Циркулярная Модель Личностных Расстройств Т.Миллона [62, 49], способствующая, как полагают, разработке моделей и техник клинической интервенции [26].

Привлекательной для психотерапевтов оказалась и персонологическая Пятикомпонентная Модель Личности, позволяющая детально описать потребности, чувства, побудительные мотивы и межличностный стиль пациента [48, 21]. Предполагается, что: Нейротицизм влияет на интенсивность и длительность дистресса пациента; Экстраверсия определяет энтузиазм пациента в терапии; Открытость влияет на реакцию пациента, на интервенцию терапевта; Соглашательство определяет реакции пациента на личность терапевта; Сознательность влияет на способность пациента осуществлять психотерапевтическую работу. Согласно Транстеоретической Модели [24], отношение пациента к своему заболеванию стадийно и определяет участие в терапии, в форме прекращения, участия, влияя на терапевтический альянс. В ходе работы по развитию основополагающего подхода к психотерапии всех личностных расстройств создана двухкомпонентная клиническая теоретическая модель [44], прошедшая эмпирическую оценку и включающую: 1) общие стратегии терапии всех форм личностной патологии; 2) специфический компонент, нацеленный на индивидуальную терапию.

Мультиmodalная теория психотерапии [33, 34] выдвигает структурное соответствие психологических профилей терапевта и клиента, как наибольшей степени определяющее результат психотерапии и удовлетворенность клиента.

В качестве основы любой терапии выдвигается разговорная трансакция [13], формирующая взаимный опыт пациента и терапевта, позволяющая пациенту заново опосредованно пережить излагаемые события, основываясь на том, как в его представлении переживает их терапевт. Считается, что невербальные формы коммуникации (музыка, движение, искусство) формируют среду обоюдного опыта переживаний пациента и терапевта. Опыт совместных переживаний понимается как общий терапевтический фактор для разговорной терапии, музыкотерапии, арттерапии, двигательной терапии, обыденного социального взаимодействия и некоторых целительских практик в других культурах.

На основе кибернетической концепции предложена теория константных черт, описывающая, как человеческие системы подходят к решению проблем [16]. Осуществлена попытка сопряжения психоаналитической теории с формально-логической “Модельной Теорией” Биона [60]. В качестве интегративной парадигмы для психотерапии предложена теория процессов, заимствованная из физики и физиологии и основанная на математической динамике и философии Гераклита [39]. Сопоставление открытой и закрытой кибернетических моделей, положенных в основу системной терапии, показывает, что обе могут объяснить функционирование всех психотерапевтических модальностей [31].

### 3.5. Транскультуральный аспект интегративного подхода к психотерапии

Проведение психотерапии в различных моноэтнических и полиглоссических сообществах, равно как и антропологические исследования целительства расширили современные представления о природе и механизмах психотерапии. В результате подобных транскультуральных исследований показано, что универсализм современных методов психотерапии относителен, поскольку они тесно взаимосвязаны с “картиной мира” и образом жизни, а потому возможности их переноса из одной культуры в другую ограничены [50].

Сформулирован эмпирически обоснованный взгляд на психотерапию как на целительство культурой [32], где культура определяется как система верований, смыслов и поведенческих паттернов. Утверждается, что культура играет важнейшую роль в психотерапии, что упускается психотерапевтическими теориями. Отмечается, что психотерапевтическими и антропологическими исследованиями последних десятилетий установлено, что общие верования о болезнях и их лечении, разделяемые терапевтом и пациентом являются центральными факторами в определении болезненного поведения и исходы терапии. Фактически такая система верований определяет до 60% эффективности терапии.

С культурологических позиций выделены две базовых системы организации Я, различающихся

по автономности и взаимозависимости благополучной личности в зависимости от ее культуральной, социальной принадлежности [55]. В коллективистских культурах, преимущественно не западных, для поддержания психического здоровья люди нуждаются в высоком уровне взаимосвязей и ограниченном уровне автономии. В индивидуалистических культурах, преимущественно западных, для поддержания психического здоровья люди нуждаются в высоком уровне автономии взаимосвязей и ограниченном уровне взаимосвязей. Эффективная психотерапия психотерапевта должна учитывать коллективистскую или индивидуальную направленность пациента [42].

## 4. Обсуждение

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

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

1) при полной догматизации и формализации модальности ее интегративное развитие конфликтно и осуществляется отпочкованием новых, сходных модальностей, расширяющих диапазон применимости исходной модальности в практической и теоретической областях (пример классического психоанализа);

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

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

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

2. Современные экспериментальные исследования механизмов психотерапии имеют отчетливую тенденцию к выявлению универсальных, интегративных ее механизмов. Научный поиск преимущественно сконцентрирован на изучении механизмов межличностного взаимодействия пациента и терапевта с выделением различных коммуникативных каналов и модальностей (верbalных, неверbalных,

аффективных, когнитивных, поведенческих). В значительно меньшей степени исследованы биологические, внутренние (биологические, интрапсихические) и культуральные, социально-психологические механизмы психотерапии.

3. Предлагаемые термин и понятие мультомадальной системной психотерапии нуждаются в теоретическом и методическом уточнении.

Очевидно, что мультомадальная системная психотерапия нуждается в собственной теории и не может быть построена ни на теориях модальностей и подходов психотерапии, ни на попытке их эклектического смешения.

Вышеупомянутый постулат о признании научности психотерапии на основании валидности ее теории и практической эффективности нуждается в прояснении. Данный постулат формально логичен, но, по нашему мнению, обладает двойной парадоксальностью, поскольку: 1) все распространенные психотерапевтические модальности обладают (принципиально равной!!!) эффективностью; 2) герметизм, или циклическая замкнутость понятийного аппарата обеспечивает внутреннюю валидность теорий, как отдельных модальностей, так и направлений психотерапии; 3) использование внешних теоретических конструкций, заимствованных из психологии, психиатрии, теории систем, и т.п., с собственным циклически замкнутым понятийным аппаратом неизбежно воссоздает ситуацию внутренней валидности подобных психотерапевтических теорий. В свете анализируемого постулата все уже разработанные к настоящему времени теории психотерапии научны и рядоположены в своей научности. Поэтому построение теории интегративной мультимодальной психотерапии на основе понятийно герметических теоретических конструктов невозможно, в принципе.

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

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

2) генерируемый и поддерживаемый психологической интеракцией сложнейший компонент психобиологической реакции индивида на

психотерапевтическое воздействие, включающий интрапсихические саногенные механизмы и комплекс организменных механизмов (биологических, нейрофизиологических, нейрогормональных и т.д.).

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

Мы полагаем принципиально значимым открытый характер такого двухкомпонентного межсистемного описания психотерапевтического процесса, уточняемого, дополняемого, ревизируемого по мере роста системы знаний об обществе, человеке и его организме. Более подробно предлагаемая межсистемная теоретическая модель психотерапии будет описана во второй части данной статьи.

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

### **Заключение**

Историческое развитие любой психотерапевтической системы определяется наличием изменяющегося общественного запроса на психотерапию, обусловлено расширением ее методического и теоретического диапазонов, сущностно интегративно. В исторической же перспективе существующие модальности могут рассматриваться как этапы, моменты интегративного развития психотерапии.

Российская клиническая психотерапия 20 столетия обладала выраженной интегративной тенденцией. Представляется значимым сохранение и развитие интегративной тенденции в современной отечественной психотерапии, что требует развития интегративной теории психотерапии.

Наиболее перспективно открытое межсистемное описание психотерапевтического процесса, включающее два сопряженных компонента: 1) компонент комплексной психологической интеракции, включающий (а) социально-психологический, и (б) межличностный субкомпоненты; 2) компонент психобиологической реакции индивида на психотерапевтическое воздействие, включающий интрапсихический и организменный саногенные субкомпоненты.

### **Литература:**

1. Буль П.И. *Основы психотерапии*. М., 1974. 302 с.
2. Бурно М.Е. Основные положения отчетного доклада председателя комитета по модальностям психотерапии к пленарному заседанию V Съезда Профессиональной Психотерапевтической Лиги // Профессиональная Психотерапевтическая Газета №5 (12), май 2003, с.4.
3. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. - М., 1985. 298 с.

- 
- 
4. Макаров В.В. Становление российской мультимодальной психотерапии // Психотерапия, № 2, 2003, с. 3-6.
  5. Мясищев В.Н. Психология как система средств воздействия на психику в целях восстановления здоровья // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. - Л., 1973. с. 7-20.
  6. Общероссийская Общественная Организация Профессиональная Психотерапевтическая Лига // Вопросы ментальной медицины и экологии, т.9, №1, 2003, с.94-98.
  7. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. - М., 1962. 532 с.
  8. Психотерапевтическая энциклопедия (под редакцией Б.Д.Карвасарского). СПб., 1998. 752 с.
  9. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии. 3-е изд. - Ташкент, 1985. с. 29-45.
  10. Слободянник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. - Киев, 1982, 376 с.
  11. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М., 2003, 296 с.
  12. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб., 2002, 352 с.
  13. Adler H.M. Toward a multimodal communication theory of psychotherapy: the vicarious coprocessing of experience // Am J Psychother., 1997, v. 51 (1), p. 54-66
  14. Bernstein B.L., Lecomte C. Therapist expectancies: client gender, and therapist gender, profession, and level of training // J Clin Psychol., 1982, v. 38 (4), p. 744-754
  15. Berry D.S., Pennebaker J.W. Nonverbal and verbal emotional expression and health // Psychother Psychosom., 1993, v. 59 (1), p. 11-19
  16. Breunlin D.C. Toward a theory of constraints // Marital Fam Ther., 1999 v. 25(3), p. 365-382
  17. Brewin C.R. Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression // Annu Rev Psychol., 1996, v. 47, p. 33-57
  18. Buchkremer G., Klingberg S. [What is science-based psychotherapy? On the discussion of guidelines for psychotherapy research] [Article in German] // Nervenarzt, 2001, v. 72 (1), p. 20-30
  19. Caskey N.H., Barker C., Elliott R. Dual perspectives: clients' and therapists' perceptions of therapist responses // Br J Clin Psychol., 1984, v. 23 (Pt 4), p. 281-290
  20. Cormac I., Jones C., Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
  21. Costa P.T. Clinical use of the five-factor model: an introduction // J Pers Assess., 1991, v. 57 (3), p. 393-398
  22. Davis M., Hadiks D. Nonverbal behavior and client state changes during psychotherapy // J Clin Psychol., 1990, v. 46 (3), p. 340-351
  23. Davis M., Hadiks D. Nonverbal aspects of therapist attunement // J Clin Psychol., 1994, v. 50 (3), p. 393-405
  24. Derisley J., Reynolds S. The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy // Br J Clin Psychol., 2000, v. 39 (Pt 4), p. 371-382
  25. de Roten Y., Darwish J., Stern D.J., Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. Nonverbal communication and alliance in therapy: the body formation coding system // J Clin Psychol., 1999, v. 55 (4), p. 425-438
  26. Dorr D. Approaching psychotherapy of the personality disorders from the Millon perspective // J Pers Assess., 1999, v. 72 (3), p. 407-425
  27. Doudin P.A., Genoud G., Fivaz E. [Nonverbal communications and psychotherapy] [Article in French] / Ann Med Psychol (Paris), 1989, v. 147 (8), p. 811-821
  28. Faith MS, Fontaine KR, Cheskin LJ, Allison DB. Behavioral approaches to the problems of obesity. Behav Modif. 2000 Sep;24(4):459-93. Review
  29. Farber B.A., Hall D. Disclosure to therapists: what is and is not discussed in psychotherapy // J Clin Psychol., 2002, v. 58 (4), p. 359-370
  30. Fenton L.R., Cecero J.J., Nich C., Frankforter T.L., Carroll K.M. Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments // J Psychother Pract Res., 2001, v. 10 (4) p. 262-268
  31. Glatzel PM. [General system therapy-considerations on a universal therapy theory and its use on psychotherapy practice] [Article in German] // Fortschr Neurol Psychiatr., 1995, v. 63 (2), p. 49-58
  32. Havengaar J.M. Psychotherapy: healing by culture // Psychother Psychosom., 1990, v. 53 (1-4), p. 8-13
  33. Herman S.M. Richard L. The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome // J Psychother Pract Res., 1997, v. 7 (1), p. 56-64
  34. Herman S.M. Therapist-client similarity on the multimodal Structural Profile Inventory as a predictor of early session impact // J Psychother Pract Res., 1997, v. 6 (2), p. 139-144
  35. Hersoug A.G., Hoglend P., Monsen J.T., Havik O.E. Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors // J Psychother Pract Res., 2001, v. 10 (4), p. 205-216
  36. Holmes J. The changing aims of psychoanalytic psychotherapy. An integrative perspective // Int J Psychoanal. 1998, v. 79 (Pt 2), p. 227-240
  37. Johnson L.N., Wright D.W., Ketting S.A. The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome? // J Marital Fam Ther., 2002, Jan; 28(1):93-102
- 
-

- 
- 
38. Jones E.E. Therapeutic action: a new theory // *Am J Psychother.* 2001, v. 55 (4), p. 460-474
39. Karasu T.B. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies // *Am J Psychiatry.* 1990, v. 147 (2), p. 133-147
40. Keijsers G.P., Schaap C.P., Hoogduin C.A. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies // *Behav Modif.*, 2000, v. 24 (2), p. 264-297
41. Keinanen M. The meaning of the symbolic function in psychoanalytic psychotherapy: clinical theory and psychotherapeutic applications // *Br J Med Psychol.*, 1997, v. 70 (Pt 4), p. 325-338
42. Kim H.A. Theoretical and treatment issues of personality disorders in individualistic and collectivistic societies // *Psychiatry Clin Neurosci.*, 1998, v. 52 (S) p. 242-245
43. Kopp W., Kassing S., Helle M., Auckenthaler A., Studt H.H. [Importance of the therapeutic alliance experience for the differential psychotherapeutic indication] [Article in German] // *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 2002, v. 52 (3-4), p. 173-178
44. Livesley W.J. A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder // *Psychiatr Clin North Am.*, 2000, v. 23 (1), p. 211-232
45. Llewelyn S.P. Psychological therapy as viewed by clients and therapists // *Br J Clin Psychol.*, 1988, v. 27 (Pt 3), p. 223-237
46. Manthei R.J., Vitalo R.L., Ivey A.E. The effect of client choice of therapist on therapy outcome // *Community Ment Health J.*, 1982, v. 18 (3), p. 220-229
47. Marie-Cardine M., Chambon O. [Psychotherapy in depression] [Article in French] // *Rev Prat.*, 1999 v. 49(7) p. 739-743
48. Miller T.R. The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: a clinician's experience // *J Pers Assess.*, 1991, v. 57 (3), p. 415-433
49. Millon T. Assessment is not enough: the SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. Society of Personality Assessment // *J Pers Assess.*, 2002, v. 78 (2), p. 209-218
50. Pfeiffer W. [What makes a consultation therapeutic? On the cultural characteristics of psychotherapeutic methods] [Article in German] // *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 1991, v. 41 (3-4), p. 93-101
51. Price JR, Couper J. Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
52. Renk K., Dinger T.M., Bjugstad K. Predicting therapy duration from therapist experience and client psychopathology // *J Clin Psychol.*, 2000, v. 56 (12), p. 1609-1614
53. Riess H. Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa // *Int J Group Psychother.*, 2002, v. 52 (1), p. 1-26
54. Rudy J.P., McLemore C.W., Gorsuch R.L. Interpersonal behavior and therapeutic progress: therapists and clients rate themselves and each other // *Psychiatry*, 1985, v. 48 (3) p. 264-81
55. Sato T. Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: a cross-cultural formulation // *Genet Soc Gen Psychol Monogr.*, 2001, v. 127 (1), p. 89-127
56. Saunders S.M. Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness // *J Clin Psychol.*, 1999, v. 55 (5), p. 597-605
57. Saunders S.M. Pretreatment correlates of the therapeutic bond. // *J Clin Psychol.*, 2001, v. 57 (12), p. 1339-1352
58. Sells S.P., Smith T.E., Sprenkle D.H. Integrating qualitative and quantitative research methods: a research model // *Fam Process.*, 1995, v. 34 (2), p. 199-218
59. Sherer M., Rogers R.W. Effects of therapists nonverbal communication on rated skill and effectiveness // *J Clin Psychol.*, 1980, v. 36 (3), p. 696-700
60. Skelton R.M. Bion's use of modern logic // *Int J Psychoanal.*, 1995, v. 76 (Pt 2), p. 389-397
61. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
62. Strack S., Choca J.P., Gurtman M.B. Circular structure of the MCMI-III personality disorder scales // *J Personal Disord.*, 2001, v. 15 (3), p. 263-274
63. Subkowski P. [Model of residential psychoanalytic integrative parent-child therapy] [Article in German] // *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.*, 1999, v. 48(6), p. 438-44
64. Talley P.F., Strupp H.H., Morey L.C. Matchmaking in psychotherapy: patient-therapist dimensions and their impact on outcome // *J Consult Clin Psychol.*, 1990, v. 58 (2), p. 182-188
65. Wong J.L. Lay theories of psychotherapy and perceptions of therapists: a replication and extension of Furnham and Wardley. // *J Clin Psychol.*, 1994, v. 50 (4), p. 624-632
66. Yarczower M., Kilbride J.E., Beck A.T. Changes in nonverbal behavior of therapists and depressed patients during cognitive therapy // *Psychol Rep.*, 1991, v. 69 (3 Pt 1) p. 915-919
- 
-

---

---

## РОССИЙСКАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. ЧАСТЬ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

---

Р.Д.Тукаев

г. Москва

### **Введение**

В первой части настоящей статьи, на основании анализа эмпирических и теоретических исследований западной психотерапии мы пришли к выводу о том, что наиболее вероятным направлением теоретического поиска может стать основанное на системном подходе двухкомпонентное описание психотерапевтического процесса включающего в себя:

- 1) компонент комплексной психологической интеракции, содержащий два субкомпоненты:
  - а) социально-психологический, культуральный субкомпонент;
  - б) субкомпонент межличностной интеракции;
- 2) генерируемый и поддерживаемый психологической интеракцией сложнейший компонент психобиологической реакции индивида на психотерапевтическое воздействие, включающий интрапсихические саногенные механизмы и комплекс организменных механизмов (биологических, нейрофизиологических, нейрогормональных и т.д.).

Отмечено, что оба компонента психотерапевтического процесса сопряжены многочисленными и сложными прямыми и обратными связями. Принципиально значимым признан открытый характер такого двухкомпонентного межсистемного описания психотерапевтического процесса, уточняемого, дополняемого, ревизируемого по мере роста системы знаний об обществе, человеке и его организме. Ведущей характеристикой данного описания является акцентуация процессуальной стороны психотерапии, ее интеракционности, поэтому оно может быть целостно определено как интеракционная схематическая модель психотерапии.

Ранее нами была разработана трехкомпонентная метатеория психотерапии [10], достаточно полно согласующаяся с вышеприведенной теоретической схемой. Рассмотрим ее более подробно.

### **Трехкомпонентная теория психотерапии**

Трехкомпонентная метатеория психотерапии [8, 10] основана на трехуровневом рассмотрении психотерапевтического процесса (безотносительно модальности психотерапии), включающем социально-психологический, индивидуально-психологический, биологический уровни.

*Социально-психологическая составляющая психотерапии*

В качестве первоосновы социально-психологической составляющей психотерапии введено понятие «Модели Болезни и Терапии» (МБТ) массового сознания [7, 8, 10], характеризующее совокупность представлений людей о причинах болезней

и их лечении. Такая «Модель» является системным блоком «Модели мироустройства» массового сознания (системы представлений людей об окружающем мире, обществе, человеке и его жизни).

По результатам наших исследований МБТ массового сознания понимается нами как исторически развивающаяся иерархическая система, структура которой в опосредованной форме хранит информацию предшествующих этапов и подвержена социально обусловленной и индивидуальной динамике [10]. Полученная экспериментально структура современной МБТ представлена тремя слоями-уровнями.

Ее первый, «ядерный» слой-уровень образован магической терапией, включающей три подуровня: древнейший - терапии магическим перемещением в пространстве; следующий - мануальной магической терапии; «внешний» подуровень вербально-символической магической терапии.

Второй слой-уровень МБТ сформирован традиционной, «внешней» и «внутренней» терапией.

Третий слой-уровень МБТ включает современную консервативную, радикальную терапию и терапию психическими средствами.

Функционирование МБТ определяется активностью высшего, современного слоя-уровня. Возможны три варианта динамики «модели болезни и терапии».

Первый вариант - прогрессивная динамика МБТ, которая возможна в социально стабильном обществе и обеспечивается утилизацией массовым сознанием современных рациональных научных парадигм, включая медицинские, которые образуют современный высший слой-уровень «модели мироустройства» с новым, высшим уровнем «модели болезни и терапии». Данный слой-уровень, берет на себя системообразующие функции, интегрируя и трансформируя функции нижележащих слоев-уровней «модели».

Второй вариант — регressive динамика МБТ. При несоответствии высшего слоя-уровня «модели болезни и терапии» результативности медицинской помощи на индивидуальном уровне либо несоответствии условий социальной жизни нормативам «внешнего» уровня «модели мироустройства», происходит инактивация системы, ее регressive динамика с переходом системообразующих функций к нижележащим уровням «Модели», с неизбежной актуализацией ее предшествующих, архаических черт.

Третий вариант — реактивационная динамика «модели». При позитивном исходе индивидуальной терапии, равно как и при разрешении социального

кризиса, происходит восстановление функции исходно «внешнего» уровня «моделей», включая МБТ, дезактивированного предшествующей регрессивной динамикой.

Все системы терапии, от наиболее ранних, архаических, до различных систем современной психотерапии, основаны на современной им МБТ массового сознания. При наличии неких расхождений психотерапевтической системы с МБТ они преодолеваются с помощью стыковочного сценария, заполняющего существующие между ними семантические, логические разрывы.

Анализ истории психотерапии истекшего XX столетия убедительно свидетельствует о том, что ее развитие и динамика МБТ представляют единый диалектический процесс с прямыми и обратными связями. Историческая, социально обусловленная динамика массового сознания и МБТ определяют развитие психотерапии, тогда как теоретические положения психотерапевтической системы, целостно сформулировавшей и предложившей решение актуальных эзистенциальных проблем, включаются в общественную идеологию, прорастая в массовое сознание. Социальный кризис, стагнация, посредством регресса «модели мироустройства» и системного блока последней - МБТ неизбежно ведут к архаической трансформации психотерапевтической практики, наряду с упрочнением ее положения среди терапевтических методов, раскрывая, таким образом, связь психотерапии с МБТ, проявляя структуру и динамику последней.

Следует заключить, что актуальная МБТ массового сознания играет роль своеобразного «языка» общения пациента и врача. Соответствие представлений пациента и врача о болезни и ее лечении ведет к установлению психотерапевтического контакта, с последующим включением иных, индивидуально-психологических и биологических механизмов психотерапии. Степень же содержательного соответствия МБТ реально происходящим в пациенте психологическим и биологическим изменениям не имеет решающего значения.

#### *Индивидуально-психологическая составляющая психотерапии*

При изучении индивидуально-психологической составляющей психотерапевтического процесса нами выделены коммуникативно-межличностный и интрапсихически-внутриличностный ее компоненты [9, 10]. Особое внимание обращено на интрапсихически-внутриличностный компонент. Проведенный анализ позволяет определить содержанием интрапсихически-внутриличностного компонента психотерапии механизмы психологических защит, образующих систему психологических защит личности [6, 10].

Система психологических защит личности (СПЗЛ) как спонтанный гомеостатический механизм формируется в процессе онтогенеза, образуя

иерархию, включающую защиты от наиболее ранних примитивных типологических до наиболее сложных индивидуализированных личностных. Иерархическая СПЗЛ может быть представлена в виде сферической многослойной модели и должна обладать следующими свойствами:

1) наличием радиальной структуры слоев-уровней иерархической организации психологических защит, последовательно образующих вокруг некоторого личностного «центра», «Я» личности условную сферу;

2) существованием структуры связей в пределах каждого слоя-уровня сферы;

3) определяющим влиянием па целостное функционирование СПЗЛ структуры «внешнего», высшего в иерархии слоя-уровня механизмов психологических защит, трансформирующего в значительной мере радиальные и сферические связи нижележащих уровней.

Динамика СПЗЛ может носить регрессивный, реактивационный, либо прогрессивный характер, причем ее закономерности определяются свойством иерархичности.

1. При регрессивной динамике, с инактивацией в силу различных причин высшего, «внешнего» слоя-уровня психологических защит актуализируется нижележащий, предшествующий ему в онтогенетическом отношении слой, берущий на себя функцию внешнего, с последующей перестройкой системы радиальных и сферических связей, образующих таким образом модифицированную СПЗЛ.

2. Реактивационная динамика заключается в восстановлении функции исходно «внешнего» слоя-уровня психологических защит и, в целом, функционирования «нормальной» СПЗЛ.

3. Особенностью прогрессивной динамики СПЗЛ должна быть компенсация, «перекрытие» недостаточности, дефектности психологических защит нижележащего слоя за счет «высшего», «внешнего», определяющего, как постулировалось ранее, функционирование всей системы.

Таким образом, как «нормальная», так и патологическая психологические защиты (нормальное и патологическое устойчивые состояния) базируются на единой, сформировавшейся в процессе развития личности системе психологических защит. Повреждение СПЗЛ охватывает «внешние», высшие ее уровни, «обнажая», актуализируя нижележащие, примитивные их формы, приобретающие статус патологических. В fazu дезадаптации происходит блокирование взаимосвязей психологических защит. Благодаря этому в стадию патологической адаптации, на фоне возможного изолированного функционирования отдельных высших защит, системообразующие функции переходят к психологическим защитам нижележащего слоя сферы.

В основе функционирования механизмов психологических защит любого уровня иерархии,

---

нормального, патологического лежат, на наш взгляд, единые законы интрапсихического дистанцирования психогенов. В состоянии «нормальной» психической адаптации дистанцирование дезадаптирующего фактора сопряжено с минимальными искажениями психологической реальности, тогда как при патологической психической адаптации дистанцирование дезадаптирующей психогении осуществляется со значительными деформациями, сужением, фрагментацией восприятия.

В свете вышеизложенных взглядов необходимость в психотерапевтическом воздействии возникает в следующих случаях:

1) при обратимом психогенном блокировании СПЗЛ с регрессивным включением онтогенетически ранних защит, приобретающих статус патологических, что имеет место при невротических реакциях, состояниях, реактивных состояниях непсихотической структуры;

2) при дефицитарности СПЗЛ, изначальной (при психопатиях, либо приобретенной при неврозоподобных состояниях экзоэндогенной природы, невротических развитиях). Итогом эффективного психотерапевтического процесса должно стать включение, развитие, формирование и устойчивое функционирование механизмов «нормальной» психологической защиты личности.

Механизмы эффективной психотерапии при обратимом блокировании и дефицитарности СПЗЛ качественно различны. В первом случае, при регрессивной динамике СПЗЛ «внешний», высший, «нормальный» слой-уровень иерархии психологических защит психогенно блокируется, инактивируется с развитием процесса дезадаптации, состояния патологической адаптации и вновь начинает функционировать в результате психотерапии. Во втором случае, при дефицитарности, в результате эффективной психотерапии впервые формируется высший, «внешний» слой-уровень СПЗЛ, берущий на себя системообразующие функции, благодаря чему рождается устойчивое состояние нормальной психической адаптации. Таким образом, для психотерапии психогений, прежде всего неврозов, можно говорить о тактике реактивации, реинтеграции СПЗЛ. Психотерапия психопатий, невротических развитий, психопатоподобных состояний с дефицитарностью системы психологической защиты личности должна строиться на тактике формирования СПЗЛ. В рамках содержательно-динамического подхода к анализу СПЗЛ нами сформулированы вероятные критерии разграничения категорий реактивации и формирования. Механизмы реактивации сопряжены с динамикой эмоционального состояния, а механизмы формирования - с динамикой поведения и личностных особенностей.

Попытка изолированной коррекции единичной (патологической) защиты, входящей в СПЗЛ любыми психотерапевтическими средствами,

неизбежно приведет к системному, а потому сложному и неоднозначному ответу. В таком ответе отразится как непосредственное коррекционное воздействие, так и закономерности (общие и индивидуальные) организации и функционирования СПЗЛ.

Системный характер психологических защит предопределяет формальную возможность трех основных направлений психотерапевтической работы с ними.

Первое, наиболее очевидное, сводится к коррекции актуализированной патологической защиты, комплекса защит.

Второе направление определяется возможностью реорганизации патологических защит через целостную, а потому достаточно неспецифическую активацию всей СПЗЛ. Неспецифическая активация системы защит, обладающей своей историей и скрытой в ее онтогенетической структуре памятью, может привести к целенаправленной и целесообразной коррекции патологической защиты.

Третье направление, вероятно наиболее очевидное и эффективное, объединяющее два предшествующих, использует и предметную работу с патологической защитой, и целостную активацию СПЗЛ.

#### *Отологическая составляющая психотерапии*

Мы полагаем, что в качестве универсальных биологических механизмов психотерапии могут быть приняты механизмы психического саногенного эустресса и психической психомодуляции [9, 10]: оба инициируются психотерапевтической интеракцией при позитивном контакте, альянсе психотерапевта и пациента.

В нашем случае биологическая составляющая психотерапии изучалась на примере гипнотерапии, для которой был выявлен мощный универсальный системный оптимизационный механизм гипногенного эустресса [9], направленный на индивидуальную коррекцию, оптимизацию состояния.

Вопрос о том, насколько неспецифический механизм стрессовой реадаптации характерен для иных методов психотерапии, остается открытым. В настоящее время однозначного эмпирического ответа на данный вопрос нет.

#### **Психотерапевтический процесс с позиции трехкомпонентной теории психотерапии**

Актуальная МБТ массового сознания играет роль «языка» общения пациента и врача. Психотерапевтическая методика может полностью соответствовать актуальной МБТ, соответствовать ей частично либо существенно от нее отличаться. В первом случае содержание проводимой психотерапии понимается и принимается пациентом изначально и полностью. Во втором и третьем случаях при содержательном расхождении проводимой психотерапии с актуальной МБТ возникает необходимость их стыковки. Поэтому практически все

---

методы психотерапии, преимущественно в начале работы с пациентом, включают предъявление стыковочного сценария, заполняющего существующие семантические, логические разрывы с МБТ.

Изначальное или полученное соответствие МБТ пациента и задействованной психотерапевтом «модели» используемой терапии ведет к установлению психотерапевтического контакта и включает индивидуально-психологические и биологические механизмы психотерапии, инициируя психотерапевтический процесс. Последний реализуется на трех уровнях: социально-психологическом, индивидуально-психологическом, биологическом, причем все составляющие качественно взаимонезависимы. «Модель болезни и терапии» как пациента, так и психотерапевта не имеет содержательного соответствия с психологическими и биологическими механизмами психотерапии.

Индивидуально-психологические и биологические механизмы психотерапии качественно различны, в случае гипнотерапии имеют единый энергетический корень — саногенный, гипногенный эмоциональный стресс (мы полагаем, что данный энергетически-стрессовый корень имеют все виды и формы активной, краткосрочной психотерапии.) Динамика индивидуально-психологической составляющей при психотерапии неврозов и неврозоподобных состояний укладывается в процессы реактивации или формирования СПЗЛ. На уровне биологической составляющей в ходе психотерапии осуществляется преимущественная саногенно-стрессовая оптимизация нарушенных биологических показателей по реактивационным механизмам.

При изучении индивидуально-психологических и биологических механизмов психотерапии нами показано [10], что результат и внутренние механизмы последующей психотерапии во многом определяются исходными структурами индивидуально-психологического и биологического содержания. Последний вывод заметно ограничивает расхожее психотерапевтическое положение о том, что «правильная» психотерапия приводит к «правильному», эффективному результату.

### **Изоморфизм трехкомпонентной теории и интеракционной схематической модели психотерапии**

При сопоставлении трехкомпонентной теории [10] с интеракционной схематической моделью психотерапии, несложно убедиться в их существенном изоморфизме, тождестве. Действительно, в рамках социально-психологической и индивидуально-психологической составляющих психотерапии данной теории психотерапевтический процесс описывается как психологическая интеракция. В этой интеракции МБТ массового сознания, «стыковочный сценарий психотерапии», закономерности межличностной коммуникации пациента и психотерапевта предстают как специфические

правила интеракции, коммуникации. Интрапсихически-внутриличностный компонент психологической составляющей и биологическая составляющая психотерапии данной теории тождественны компоненту психобиологической реакции индивида на психотерапевтическое воздействие в рамках интеракционной схематической модели психотерапии.

Таким образом, интеракционная схематическая модель психотерапии лишь выделяет интеракционный аспект структурной, трехкомпонентной теории психотерапии, не меняя ее сущности. Однако данный аспект высокозначим, поскольку позволяет подойти к системному, структурному пониманию и описанию интеракции на социальном и интерперсональном уровне. Следует отметить, что в предшествующем изложении трехкомпонентной теории психотерапии межличностная интеракция отмечена, но не подвергнута детальному анализу, поскольку акцент смешен на исследование, описание и использование социально-психологической интеракционной составляющей психотерапии.

Малоисследованной областью являются и биологические механизмы психотерапии. Сугубо психологическая трактовка эффекта различных модальностей, традиционная для психотерапии, по меньшей мере, наивна и не может быть признана в настоящее время удовлетворительной. Проведенное нами изучение биологических механизмов гипнотерапии, позволившее впервые описать влияние гипноза на метаболизм системы крови [9], лишь повышает значимость сравнительных исследований потенциала биологических влияний и механизмов различных модальностей психотерапии.

Принципиальным отличием трехкомпонентной и, дополним, интеракционной теории от иных теорий психотерапии является ее межсистемный открытый характер. Любой компонент теории может быть уточнен, дополнен, расширен. Возможно включение новых конструкций без ущерба для целостности объяснительного и методического потенциала данной теории.

### *Трехкомпонентная интеракционная структурно-динамическая теория психотерапии*

Итак, нами формулируется трехкомпонентная интеракционная структурно-динамическая теория психотерапии. Вот ее основные положения:

1. Наличие социальной психологической биологической составляющих природы человека предопределяет наличие социально-психологической, психологической, биологической составляющих психотерапии, определяющих закономерности и механизмы психотерапевтического процесса.

Первоосновой *социально-психологической составляющей* психотерапии является МБТ, представляющая, в свою очередь, системный блок «модели мироустройства» массового сознания. МБТ массового сознания и индивида - исторически

---

развивающаяся иерархическая система, в скрытой форме сохраняющая предшествующую информацию и подверженная социально обусловленной и индивидуальной динамике в прогрессивном, регрессивном, реактивационном вариантах.

*Психологическая составляющая* психотерапевтического процесса образована коммуникативно-межличностным и интрапсихическим компонентами. Интрапсихический компонент рассмотрен в контексте системы психологических защит личности - спонтанного гомеостатического онтогенетического иерархического механизма, включающего защиты от раннепримитивных, типологических до сложно-индивидуализированных, личностных, и обладающей регressiveй, реактивационной, прогрессивной динамиками. Функционирование механизмов психологических защит любого уровня иерархии, - как нормального, так и патологического - основано на единых законах интрапсихического дистанцирования психогенезов.

*Биологическая составляющая* психотерапии наиболее вероятными предполагает механизмы психического саногенного эустресса и психомодуляции.

2. Психотерапевтический процесс основан на психологической комплексной интеракции и осуществляется на двух сопряженных уровнях: социально-психологической, культуральной интеракции; межличностной интеракции.

Психотерапевтическая интеракция на *социально-психологическом уровне* использует стыковочный сценарий, сопрягающий теоретико-методический инструментарий психотерапии с актуальной МБТ пациента. Доверительное принятие пациентом психотерапии на основе трансляции ее смысловой структуры на язык МБТ, «модели мироустройства» пациента при посредстве стыковочного сценария - основное, стратегическое условие включения психобиологических механизмов психотерапии. Уровень межличностной интеракции пациента, клиента с психотерапевтом есть тактически необходимое дополнение социально-психологической интеракции.

3. Осуществляемая в ходе психотерапевтического процесса комплексная психологическая интеракция генерирует и поддерживает сложнейшие психологические и биологические реакции индивида на психотерапевтическое воздействие, включающие интрапсихические саногенные механизмы и комплекс организменных механизмов (биологических, нейрофизиологических, нейрогормональных и т.д.).

Наш анализ психотерапии на интрапсихическом уровне выделяет механизмы реактивации, формирования системы психологических защит личности, либо их комбинацию.

Мы полагаем, что на уровне биологической составляющей в ходе психотерапии осуществляется преимущественная саногенно-стрессовая

оптимизация нарушенных биологических показателей по реактивационным механизмам.

### **Мультимодальная системная психотерапия и трехкомпонентная интеракционная теория психотерапии; возможности интеграции**

Российская психотерапия советского периода, несомненно, являлась интегративной мультимодальной (в классификации В.В.Макарова [2, 4]) клинической психотерапией. Бурное внедрение западных модальностей психотерапии, зарождение и распространение разнообразных целительских практик и оригинальных модальностей существенно изменили характер современной российской психотерапии, дезавуировав критерий научности, нарушив границы между клиническим и психологическим, консультативным направлениями. Это неизбежно привело к снижению интереса к оценке качества, эффективности психотерапии, ответственности за ее результаты.

В условиях, когда вновь образованным модальностям психотерапии предстоит долгий путь начального развития, культуральной адаптации, обретения зрелости, клинической и психологической дифференциации, встает серьезный вопрос об оказании качественной клинической психотерапевтической помощи населению России в настоящее время, а не в достаточной перспективе. Поэтому в области клинической государственной медицины мы не видим серьезной альтернативы преемственному развитию интегративной мультимодальной психотерапии, с перспективой внедрения системного мультимодального подхода. Да и в современной государственной системе кафедрального клинического психотерапевтического образования также не существует методической альтернативы преподаванию мультимодальной, как минимум интегративной, а желательно системной [2, 4], психотерапии.

Может ли трехкомпонентная интеракционная теория психотерапии стать базисом для развития российской мультимодальной системной психотерапии? Да, может!

Во-первых, она развивает материалистическую, клинически обоснованную традицию советской психотерапии, творчески объединяя два основных интегративных ее направления: патогенетической и эмоционально-стрессовой психотерапии. В ней использован системный принцип, заложенный в патогенетической, личностно-ориентированной психотерапии. Она утилизирует идеи терапевтического использования неспецифической спонтанной активности личности и организма пациента, сформулированные в эмоционально стрессовой психотерапии.

Во-вторых, она позволяет целостно проинтерпретировать и эффективно использовать теории и методики любой модальности психотерапии.

Терапевт, освоивший трехкомпонентную интеракционную теорию психотерапии, избавлен от неизбежных идиосинкразий и внутренних противоречий, типичных для модального, эклектического и, пусть в меньшей степени, для интегративного подхода. Его терапевтический диапазон ограничивается лишь пределом его терапевтических коммуникационных способностей и навыков.

Существенным достижением трехкомпонентной интеракционной теории психотерапии является идентификация источника развития современной психотерапии. Несомненным первичным источником развития психотерапии во все времена является массовое сознание, его МБТ, представляющая системный блок «модели мироустройства». Историческая динамика массового сознания с неизбежностью обуславливает трансформацию систем

психотерапии. Развитые современные психотерапевтические системы используют двухкомпонентные стыковочные сценарии психотерапии: стыковочный сценарий практической психотерапии; стыковочный сценарий, апеллирующий к МБТ массового сознания.

Открытый характер трехкомпонентной интеракционной теории психотерапии позволяет наметить актуальные направления прикладного теоретического развития. Таковыми являются: групповые техники психотерапии; психотерапия индивида как представителя микросоциальной системы (семьи). В части групповых техник психотерапии представляет интерес культурологический, этологический экскурс в область ритуалов перехода, перемены статуса, архетипически используемых в современной групповой психотерапии [10].

*Литература:*

1. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. - М., 1985. - 298 с.
2. Макаров В.В. *Становление российской мультиmodalной психотерапии* // *Психотерапия*. - 2003. - № 2. - С. 3-6
3. Мясищев В.Н. *Психология как система средств воздействия на психику в целях восстановления здоровья* // *Психотерапия при нервных и психических заболеваниях*. - Л., 1973. - С. 7-20
4. Общероссийская Общественная Организация Профессиональная Психотерапевтическая Лига // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. - 2003. - Т. 9, № 1. - С. 94-98
5. Рожнов В.Е. *Эмоционально-стрессовая психотерапия* // *Руководство по психотерапии*, 3-е изд. - Ташкент, 1985. - С. 29-45
6. Тукаев Р.Д. *Механизмы психологической защиты в эмоционально-стрессовой психотерапии* // *Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов*. - М., 1988. - С. 506-507
7. Тукаев Р.Д. *Медицинская составляющая массового сознания. Динамика в условиях социальной напряженности* // *Всесоюзная конференция «Социология социально-политических проблем обновления социализма: региональные аспекты*. - Уфа, 1990. - С. 73-74
8. Тукаев Р.Д. *К концепции интегративной психотерапии* // *Гигиена производственной и окружающей среды, охрана здоровья рабочих в нефтегазодобывающей и нефтехимической промышленности*. - М., 1992. - С. 55-71
9. Тукаев Р.Д. *Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение)*. - Уфа, 1996. - 270 с.
10. Тукаев Р.Д. *Психотерапия: структуры и механизмы*. - М., 2003. - 296 с.

---

---

## ПСИХИАТРИЯ

### АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ НА ПЕРИОД 1992-2002 Г.Г.

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

Динамика выявляемости психических и поведенческих расстройств, отражаемая в официальных статистических документах, не дает полного представления об истинных масштабах общей и первичной заболеваемости по профилю психической патологии. Очевидно, что такого рода информация должна быть дополнена данными масштабных эпидемиологических исследований по результатам которых, в частности, можно делать выводы о коэффициенте выявляемости по конкретным регионам.

Сопоставление двух названных источников информации о состоянии психического здоровья населения дает адекватное представление об истинных масштабах, динамики распространения психических расстройств, дифференцированной активности служб психического здоровья в плане их выявления. Кроме того, данная информация абсолютно необходима для осмысленного планирования мероприятий по развитию психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической и наркологической помощи населению Республики.

В рамках совместного исследовательского проекта, реализуемого Республиканским научным Центром медико-социальных проблем наркомании и кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии и медицинской психологии Казахстанского Государственного медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова, нами была проанализирована динамика выявления психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по данным официальной статистики за период 1992-2002 г.г. Эти данные были дополнены результатами эпидемиологического исследования состояния и уровня психического здоровья населения РК, проведенного в 2001 году (n=7997).

В настоящей статье описывается первая часть исследовательского проекта.

**1. Динамика выявления психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по официальным данным периода 1992-2002 г.г.**

Динамика распространения психических и поведенческих расстройств среди населения РК, без показателей химической зависимости, анализировалась нами с учетом данных официальной статистики первичной и общей заболеваемости в общей

группе населения, среди детского населения РК, а также среди подростков. В таблице 1 приведены показатели первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по Республике Казахстан за 1992-2002 г.г., а также по каждому из регионов.

Приведенные в таблице 1 данные показывают существенное снижение показателя первичной психиатрической заболеваемости по Казахстану в период 1992-1996 года со 180,0 до 143,5 на 100 тыс. населения (соотношение 1,25:1). С 1997 по 2002 г.г. отмечается систематическое повышение данного показателя до прежних значений – со 146,5 до 181,0 на 100 тыс. населения (соотношение 1:1,23). С учетом имеющихся данных о социально-экономической ситуации, приведенную динамику следует интерпретировать как снижение активности служб психического здоровья (психиатрических служб РК), в исследуемый период времени, с пиком низкой активности в 1996 году.

Динамика данного показателя по регионам РК различна. Выделяются регионы с традиционно высоким уровнем первичной заболеваемости по анализируемому профилю (Костанайский, Павлодарский, Карагандинский). Для данных регионов пик спада в середине 90-х годов ограничился 1-2 годами снижения пика активности (по Костанайской области – от 354,5 в 1996 г. до 293,5 – в 1997). В среднем, показатель первичной заболеваемости по данным регионам колеблется от 189,7 до 428,3 на 100 тыс. населения.

Регионы с традиционно низкими показателями первичной заболеваемости – Южно-Казахстанская область (от 43,0 до 99,5 на 100 тыс. населения); Мангистауская область (от 52,8 до 137,8 на 100 тыс. населения); Атырауская область (показатели от 47,7 до 95,4 на 100 тыс. населения); Жамбылская область (от 52,0 до 149,1 на 100 тыс. населения).

В целом, для всех регионов РК, в той или иной степени, характерна динамика с общим снижением анализируемого показателя в середине 90-х годов.

В таблице 2 приведены данные по первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения РК.

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что с 1992 по 1994 годы в Республике шел спад первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения

Таблица 1

*Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами (без первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тысяч населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

Таблица 2

*Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди детей (без первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тысяч детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| Область<br>год             | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Республика Казахстан       | 177,2 | 170,8 | 157,3 | 169,4 | 179,1 | 168,7 | 204,0 | 22,7  | 253,6 | 256,3 | 241,7 |
| Акмолинская                | 177,5 | 207,7 | 145,2 | 187,9 | 126,6 | 203,2 | 246,3 | 284,8 | 338,6 | 198,5 | 209,3 |
| Актюбинская                | 86,7  | 72,9  | 131,7 | 102,9 | 104,7 | 93,4  | 197,4 | 102,7 | 137,5 | 120,9 | 163,5 |
| Алматинская                | 70,2  | 55,5  | 105,8 | 38,3  | 59,2  | 78,2  | 84,1  | 87,1  | 134,0 | 144,7 | 113,5 |
| Атырауская                 | 67,7  | 34,5  | 31,8  | 27,9  | 52,2  | 37,7  | 41,4  | 74,5  | 74,0  | 106,9 | 152,4 |
| Восточно-Казахстанская     | 427,6 | 215,7 | 215,6 | 158,9 | 194,6 | 165,7 | 352,2 | 285,1 | 318,2 | 271,7 | 243,4 |
| Жамбылская                 | 55,0  | 44,4  | 66,5  | 53,1  | 62,6  | 39,0  | 82,1  | 84,9  | 51,8  | 109,1 | 154,5 |
| Жезказганская              | 61,2  | 79,4  | 80,3  | 92,7  | 52,6  | -     | -     | -     | -     | -     | -     |
| Западно-Казахстанская      | 120,3 | 102,1 | 82,9  | 315,4 | 165,6 | 150,6 | 116,5 | 175,2 | 195,7 | 246,2 | 286,7 |
| Карагандинская             | 363,0 | 371,5 | 335,8 | 351,7 | 444,5 | 278,1 | 320,0 | 449,3 | 505,3 | 512,7 | 557,7 |
| Кызылординская             | 33,4  | 42,8  | 19,9  | 54,9  | 69,1  | 47,1  | 82,7  | 98,1  | 109,1 | 106,5 | 100,8 |
| Кокшетауская               | 136,4 | 78,6  | 43,6  | 183,4 | 260,7 | -     | -     | -     | -     | -     | -     |
| Кустанайская               | 400,4 | 438,0 | 325,8 | 401,0 | 429,8 | 401,7 | 374,7 | 357,0 | 527,7 | 574,0 | 471,6 |
| Мангистауская              | 132,2 | 47,9  | 64,2  | 64,6  | 55,8  | 125,2 | 210,4 | 173,1 | 108,4 | 116,9 | 66,5  |
| Павлодарская               | 256,0 | 588,5 | 539,2 | 470,1 | 476,0 | 638,3 | 535,8 | 478,1 | 560,8 | 590,3 | 597,5 |
| Северо-Казахстанская       | 238,8 | 101,0 | 177,3 | 115,8 | 89,5  | 88,9  | 108,0 | 167,7 | 369,5 | 243,1 | 278,9 |
| Семипалатинская            | 192,8 | 148,2 | 115,4 | 117,3 | 175,3 | -     | -     | -     | -     | -     | -     |
| Талды-Курганская           | 100,9 | 70,8  | 55,6  | 88,3  | 106,9 | -     | -     | -     | -     | -     | -     |
| Тургайская                 | 72,3  | 47,8  | 87,1  | 44,2  | 34,2  | -     | -     | -     | -     | -     | -     |
| Южно-Казахстанская         | 58,3  | 81,9  | 50,3  | 50,9  | 51,1  | 43,0  | 59,6  | 80,4  | 88,7  | 91,3  | 71,3  |
| г. Алматы                  | 405,6 | 334,2 | 385,1 | 446,4 | 232,4 | 309,1 | 481,3 | 318,0 | 523,8 | 654,4 | 502,3 |
| г. Ленинск                 | 482,4 | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     |
| г. Астана                  | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | 304,6 | 335,5 | 325,8 | 256,5 |
| Республиканские учреждения | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     |

с 177,2 до 157,3 на 100 тыс. детского населения (соотношение 1,12:1). Затем, через период неравномерной динамики (1995-1997 г.г.), анализируемый показатель равномерно повышается с 204,0 до 241,7 на 100 тыс. детского населения (соотношение 1:1,18) в период с 1998 по 2002 г.г. Следует отметить, что несмотря на более или менее значительные колебания анализируемого показателя, в целом, отмечается его существенный рост (с 177,2 до 241,7 – соотношение 1:1,36) в исследуемый период времени.

В аспекте регионов отмечаются те же закономерности в отношении интенсивности первичной заболеваемости у детей, что и при анализе общей первичной заболеваемости. Так, регионами с традиционно высокой выявляемостью патологии данного спектра являются Павлодарская, Карагандинская, Костанайская области и г. Алматы, где данный показатель в 1,9-2,0 раза превосходит среднереспубликанский. Регионами с традиционно низкими показателями являются Атырауская, Жамбылская, Кызылординская, Мангистауская, Южно-Казахстанская области. В данных регионах анализируемый показатель колеблется от 27,9 до 154,5 на 100 тыс. детского населения.

В целом, для всех регионов в той или иной степени характерна неравновесная динамика с общим ростом первичной детской заболеваемости, начиная с середины 90-х годов.

В таблице 3 приведены данные о динамике показателя первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди подросткового населения РК.

Из приведенных в таблице 3 данных следует, что в целом, имеет место неравновесная динамика показателя первичной заболеваемости с тенденцией его увеличения с пиком в 2000 г. С 1993 по 2002 г.г. значения исследуемого показателя по РК возросли с 191,6 до 329,2, т.е. в 1,71 раза. В областях РК с традиционно высокой активностью служб психического здоровья отмечается более стабильная и, соответственно, интенсивная динамика роста анализируемого показателя. Так, в Костанайской области за период с 1993 по 2002 г.г. данный показатель увеличился с 175,2 до 1014,1 на 100 тыс. подросткового населения (соотношение 1:5,78) с динамикой стабильного роста по каждому году. Относительно более высокими, по сравнению со среднереспубликанскими, данные показатели, начиная с 1998 года, отмечаются в Северо-Казахстанской, Павлодарской областях, а также в г. Алматы (за исключением 2002 г.).

Регионами с традиционно низкой выявляемостью психической патологии у подростков являются Атырауская, Алматинская (за исключением показателя 1994 года), Актюбинская, Жамбылская, Мангистауская (за исключением показателя 2001 года), а также Южно-Казахстанская области РК.

Динамика анализируемого показателя здесь колеблется с 32,7 до 250,9 на 100 тыс. подросткового населения. Для регионов с низкой выявляемостью психической патологии у подростков также характерна неравновесная динамика анализируемого показателя с общей тенденцией к росту в конце 90-х годов.

В таблице 4 приведены данные, характеризующие динамику болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди населения Республики Казахстан в рассматриваемый период времени.

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что динамика общей заболеваемости (болезненности) по профилю психических и поведенческих расстройств в РК развивалась в рассматриваемый период времени в сторону увеличения данного показателя (с 1618,5 до 1974,6, соотношение 1:1,22). Темпы роста данного показателя по Казахстану существенно увеличиваются, начиная с 1997 года. Регионами с традиционно высокими показателями общей заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств являются Акмолинская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, Северо-Казахстанская области. Динамика анализируемого показателя в данных регионах, в основном, повторяет среднереспубликанскую тенденцию существенного роста общей заболеваемости, начиная с 1997 года. В этих же регионах отмечается более существенная разница между начальными и конечными показателями общей заболеваемости. По Восточно-Казахстанской области соотношение между начальным (1755,2) и конечным (2322,6) значением данного показателя составило 1:1,32. В Карагандинской – 2247,9 и 2742,6 в соотношение 1:1,22. В Костанайской – 2680,0 и 3365,1, в соотношение 1:1,25. В регионах с традиционно низким выявлением психической патологии и низкой активностью служб психического здоровья значения анализируемого показателя существенно ниже среднереспубликанских. Соотношение между средним показателем общей заболеваемости по Казахстану за 2002 год и аналогичным показателем по Актюбинской области составило 1,54:1 (1974,6 и 1286,4 соответственно); по Алматинской области 1,4:1 (1974,6 и 1417,8); по Атырауской области 1,78:1 (1974,6 и 1110,8); по Мангистауской области 1,45:1 (1974,6 и 1362,8); по Южно-Казахстанской 2:1 (1974,6 и 981,6). В данных регионах динамика роста общей заболеваемости по профилю психической патологии незначительная. Например, по Южно-Казахстанской области она составляет соотношение 1:1,1 (с 888,3 в 1992 г. до 981,6 в 2002 г.).

В таблице 5 приводятся данные о болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения Республики Казахстан за период 1992-2002 годы.

Таблица 3

*Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди подростков (без первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тысяч подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

Таблица 4

*Болезненность психическими и поведенческими расстройствами (без болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| Область<br>год             | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999    | 2000   | 2001   | 2002   |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| Республика Казахстан       | 1618,5 | 1628,5 | 1632,6 | 1638,5 | 1657,1 | 1721,8 | 1770,3 | 1864,3  | 1901,0 | 1940,1 | 1974,6 |
| Акмолинская                | 2016,6 | 2062,4 | 1970,9 | 2067,1 | 2088,0 | 2114,4 | 2199,0 | 2334,5  | 2198,0 | 26,67  | 2286,4 |
| Актюбинская                | 1232,1 | 1250,7 | 1301,8 | 1305,2 | 1287,8 | 1301,5 | 1329,1 | 1381,2  | 1369,0 | 1325,7 | 1288,5 |
| Алматинская                | 1244,8 | 1196,4 | 1221,1 | 1162,2 | 1128,7 | 1265,4 | 1353,9 | 1388,7  | 1370,0 | 1387,2 | 1417,8 |
| Атырауская                 | 879,4  | 935,3  | 920,8  | 912,6  | 930,6  | 933,6  | 946,6  | 999,5   | 1028,0 | 1052,6 | 1110,8 |
| Восточно-Казахстанская     | 1755,2 | 1859,1 | 1811,7 | 1768,9 | 1823,2 | 1958,1 | 2047,6 | 2158,9  | 2207,0 | 2247,3 | 2322,6 |
| Жамбылская                 | 1374,8 | 1393,1 | 1448,7 | 1469,4 | 1469,0 | 1506,3 | 1527,3 | 1586,2  | 1638,0 | 1755,7 | 1823,9 |
| Жезказганская              | 1211,4 | 1218,6 | 1219,5 | 1224,2 | 1189,2 | -      | -      | -       | -      | -      | -      |
| Западно-Казахстанская      | 1874,4 | 1720,7 | 1697,7 | 1726,4 | 1674,4 | 1782,3 | 1882,8 | 20587,5 | 2149,0 | 2235,6 | 2306,4 |
| Карагандинская             | 2247,9 | 2290,2 | 2337,1 | 2423,1 | 2518,0 | 2319,9 | 2313,0 | 2536,4  | 2597,0 | 2657,2 | 2742,6 |
| Кызылординская             | 1749,7 | 1756,9 | 1785,8 | 1606,7 | 1640,7 | 1869,1 | 1950,1 | 2114,3  | 2190,0 | 2234,9 | 2264,7 |
| Кокшетауская               | 1827,8 | 1829,6 | 1796,8 | 1816,0 | 1864,7 | -      | -      | -       | -      | -      | -      |
| Кустанайская               | 2680,0 | 2660,1 | 2640,3 | 2696,8 | 2770,9 | 2674,8 | 2773,1 | 2974,0  | 3008,0 | 3242,3 | 365,1  |
| Мангистауская              | 1343,7 | 889,5  | 938,9  | 1001,2 | 978,9  | 1068,1 | 1140,6 | 1292,0  | 1344,0 | 1325,5 | 1362,8 |
| Павлодарская               | 1704,0 | 1918,2 | 1898,4 | 1896,5 | 2026,8 | 2217,9 | 2344,9 | 2574,8  | 2705,0 | 2870,1 | 3029,4 |
| Северо-Казахстанская       | 2028,9 | 2059,4 | 2296,2 | 2296,4 | 2426,8 | 2229,4 | 2311,3 | 2665,3  | 2744,0 | 2870,6 | 2976,3 |
| Семипалатинская            | 1789,7 | 1916,7 | 2031,5 | 2051,1 | 2055,8 | -      | -      | -       | -      | -      | -      |
| Талды-Курганская           | 1529,8 | 1505,5 | 1522,7 | 1462,5 | 1449,3 | -      | -      | -       | -      | -      | -      |
| Торгайская                 | 1322,6 | 1375,7 | 1376,0 | 1353,3 | 1448,5 | -      | -      | -       | -      | -      | -      |
| Южно-Казахстанская         | 888,3  | 884,9  | 889,1  | 875,2  | 866,6  | 862,8  | 862,0  | 878,3   | 247,0  | 973,5  | 981,6  |
| г. Алматы                  | 1488,2 | 1431,0 | 1426,5 | 1407,6 | 1381,4 | 1451,7 | 1475,2 | 1470,2  | 1538,0 | 1562,7 | 1577,1 |
| г. Ленинск                 | 714,6  | 665,7  | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -      | -      | -      |
| г. Астана                  | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | 2007,7  | 1976,0 | 1394,0 | 1440,8 |
| Республиканские учреждения | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -      | -      | -      |

Таблица 5

*Болезненность психическими и поведенческими расстройствами среди детей (без болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| Область<br>год             | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000   | 2001   | 2002   |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Республика Казахстан       | 956,2  | 928,8  | 874,4  | 876,3  | 915,4  | 792,0  | 887,1  | 1043,6 | 1074,0 | 1132,7 | 1145,9 |
| Акмолинская                | 1110,8 | 1116,8 | 927,8  | 1035,1 | 1025,4 | 955,5  | 1131,5 | 1249,9 | 1085,7 | 1210,2 | 1089,5 |
| Актюбинская                | 498,8  | 469,6  | 586,1  | 536,2  | 489,8  | 428,6  | 578,0  | 666,1  | 646,6  | 639,0  | 685,2  |
| Алматинская                | 596,8  | 529,9  | 468,7  | 456,7  | 452,8  | 436,4  | 472,3  | 575,1  | 599,7  | 348,0  | 663,2  |
| Атырауская                 | 318,8  | 299,1  | 274,9  | 254,5  | 264,9  | 237,2  | 226,4  | 292,0  | 152,0  | 336,4  | 440,4  |
| Восточно-Казахстанская     | 1413,8 | 1405,4 | 1351,9 | 1243,5 | 1386,0 | 1048,6 | 1261,2 | 1244,2 | 1478,7 | 1436,6 | 1377,6 |
| Жамбылская                 | 345,6  | 255,7  | 206,7  | 219,5  | 240,7  | 247,8  | 280,5  | 365,6  | 325,2  | 377,9  | 440,6  |
| Жезказганская              | 486,3  | 451,0  | 440,4  | 427,8  | 412,7  | -      | -      | -      | -      | -      | -      |
| Западно-Казахстанская      | 826,6  | 759,8  | 722,8  | 816,6  | 669,5  | 693,4  | 699,0  | 819,1  | 891,7  | 971,8  | 1091,3 |
| Карагандинская             | 1976,5 | 1937,3 | 1936,4 | 1911,2 | 2179,4 | 666,0  | 1140,9 | 1613,1 | 2139,7 | 2261,5 | 2415,3 |
| Кызылординская             | 532,5  | 445,8  | 370,0  | 281,8  | 288,3  | 283,2  | 313,5  | 469,4  | 403,8  | 447,3  | 469,8  |
| Кокшетауская               | 881,0  | 829,6  | 783,5  | 851,3  | 1026,3 | -      | -      | -      | -      | -      | -      |
| Кустанайская               | 2475,3 | 2504,4 | 2339,6 | 2559,1 | 2750,8 | 2154,7 | 2213,8 | 2262,5 | 2453,5 | 2868,0 | 2856,2 |
| Мангистауская              | 833,0  | 284,2  | 207,8  | 453,4  | 517,8  | 562,5  | 700,3  | 914,3  | 725,4  | 665,5  | 677,4  |
| Павлодарская               | 921,5  | 1272,5 | 1134,1 | 1051,4 | 1428,6 | 1694,0 | 1795,9 | 2023,8 | 2275,1 | 2381,3 | 2515,3 |
| Северо-Казахстанская       | 1514,1 | 1515,6 | 1423,3 | 1462,4 | 1501,3 | 1143,4 | 1120,4 | 1051,8 | 1189,8 | 1249,1 | 1292,7 |
| Семипалатинская            | 1066,0 | 1023,8 | 1008,1 | 954,3  | 938,1  | -      | -      | -      | -      | -      | -      |
| Талды-Курганская           | 693,6  | 646,3  | 618,7  | 534,6  | 514,5  | -      | -      | -      | -      | -      | -      |
| Торгайская                 | 608,6  | 490,7  | 490,7  | 435,1  | 333,3  | -      | -      | -      | -      | -      | -      |
| Южно-Казахстанская         | 427,9  | 428,7  | 428,7  | 425,5  | 414,9  | 348,3  | 333,5  | 449,1  | 392,9  | 452,1  | 397,0  |
| г. Алматы                  | 1543,0 | 1462,1 | 1462,1 | 1562,5 | 1566,5 | 1508,2 | 1650,7 | 1352,0 | 2131,4 | 2257,2 | 2343,6 |
| г. Ленинск                 | 967,0  | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      |
| г. Астана                  | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | 1305,8 | 3116,0 | 1007,7 | 1056,6 |
| Республиканские учреждения | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      |

Из данных, приведенных в таблице 5 следует, что динамика анализируемого показателя по Республике, в целом, характеризовалась его стабильным уменьшением в первые три анализируемых года: 1992-1994 г.г. (снижение с 956,2 до 874,4 на 100 тыс. детского населения). В период с 1995 по 1998 годы отмечалась неравновесная динамика данного показателя. А с 1998 года отмечается его стабильный рост. Общий рост показателя болезненности по профилю психической патологии среди детского населения по Республике в анализируемый период времени составил соотношение 1:1,2 (с 956,2 в 1992 г., до 1145,9 в 2002 г.). Регионы с традиционно высокими показателями болезненности (общей заболеваемости) являются Карагандинская, Костанайская, Павлодарская области РК и г. Алматы. В этих же регионах отмечается и более существенная динамика прироста анализируемого показателя. По Карагандинской области соотношение значений показателя болезненности среди детского населения в 1992 и 2002 годах составили 1:1,22 (1976,5 и 2415,3); по Костанайской 1:1,15 (2475,3 и 2856,2); по Павлодарской 1:2,73 (921,5 и 2515,3); по г. Алматы 1:1,52 (1543,0 и 2343,6). В регионах с традиционно низкой активностью системы психиатрической помощи в плане выявляемости лиц с психической патологией отмечались существенно более низкие показатели болезненности среди детского населения. Причем в Кызылординской, Мангистауской, Южно-Казахстанской областях отмечается снижение показателя болезненности за анализируемый период времени: в Кызылординской с 532,5 до 469,8 на 100 тыс. детского населения; в Мангистауской с 833,0 до 677,4; в Южно-Казахстанской с 427,9 до 397,0. В других регионах с традиционно низкой активностью служб психического здоровья – Актибинской, Алматинской, Атырауской областях – данный показатель изменился в сторону увеличения, проходя те же этапы неравновесной динамики, характерные для Республики Казахстан в целом.

В таблице 6 приведены данные, характеризующие болезненность психическими и поведенческими расстройствами среди подростков по Республике Казахстан, в целом, и по регионам РК за период 1992-2002 годов.

Из приведенных в таблице 6 данных следует, что динамика анализируемого показателя в период с 1993 по 1996 г.г. была отрицательной – с 2225,4 до 1911,4 на 100 тыс. подросткового населения. В период с 1997 по 2002 годы она была положительной – с 1949,2 до 2440,3 на 100 тыс. подросткового населения. Показатель соотношения болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди подростков в 2002 году и на начало анализируемого периода – 1993 год составил 1,1:1 (2440,3 и 2225,4 соответственно). Аналогичная динамика с незначительными вариациями прослеживалась в

большинстве регионов РК. В ряде областей (Ак-тюбинской, Алматинской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Карагандинской) показатели 2002 года оказались ниже показателей 1993 года, что свидетельствует о недостаточном восстановлении активности детско-подростковой психиатрической службы с общего периода спада – середины 90-х годов.

Таким образом, анализ показателей первичной и общей заболеваемости психиатрическими и поведенческими расстройствами среди населения Республики Казахстан, в целом, детского и подросткового населения Республики показывает наличие трех четко оформленных тенденций. Первая, основная тенденция заключается в росте показателей первичной и общей заболеваемости по профилю психической патологии среди населения РК, отслеживаемого среди всех анализируемых категорий населения Республики. Среди населения РК, в целом, рост первичной заболеваемости за анализируемый период составил в 1,25 раза; среди детского населения в 1,12 раза; среди подросткового населения в 5,78 раза. Рост показателя болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК составил в 1,22 раза, среди детского населения в 1,2 раза; среди подростков в 1,1 раза. Другая тенденция, более представленная в показателях первичной заболеваемости и, относительно, менее в показателях болезненности, заключается в неравновесной динамике анализируемых показателей с их общим снижением к середине 90-х годов. Сопутствующий анализ социально-экономической ситуации показывает, что, в данном случае, речь идет не столько об истинном пике снижения показателей первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК, сколько о снижении выявляемости лиц с психической патологией за счет низкой активности служб психического здоровья в период социально-экономических трудностей. Третья тенденция заключается в существенной разнице анализируемых показателей по регионам РК – стабильно высокого и стабильно низкого уровня динамики и значений первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами. Однако, и в данном случае речь идет не об истинных уровнях первичной и общей заболеваемости, а об активности служб психического здоровья в регионах РК.

## **2. Динамика распространенности отдельных классов психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по данным официальной статистики за период 1992-2002 г.г.**

Динамика распространения отдельных видов психических и поведенческих расстройств среди населения РК, без показателей химической зависимости,

Таблица 6

## **Болезненность психическими и поведенческими расстройствами среди подростков (без болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы**

Таблица 7

*Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств по Республике Казахстан (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) – всего, в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| ППР<br>год   | 1992  | 1993  | 1994  | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Психозы  | 30,8  | 27,6  | 26,2  | 27,8 | 29,0 | --   | --   | --   | --   | --   | --   |
| Из них: шизофрения   | 13,6  | 11,4  | 11,4  | 12,4 | 13,4 | --   | --   | --   | --   | --   | --   |
| Психические расстройства непсихотического характера  | 118,0 | 104,2 | 124,4 | 90,9 | 88,8 | --   | --   | --   | --   | --   | --   |
| Органические психические расстройства (включая симптоматические)                           | --    | --    | --    | --   | --   | 49,4 | 49,4 | 54,4 | 66,0 | 71,1 | 70,8 |
| Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего                                 | --    | --    | --    | --   | --   | 17,8 | 18,1 | 18,3 | 18,7 | 19,2 | 19,0 |
| Из них: шизофрения   | --    | --    | --    | --   | --   | 13,2 | 11,9 | 12,1 | 11,7 | 12,6 | 11,3 |
| Аффективные расстройства   | --    | --    | --    | --   | --   | 2,9  | 2,9  | 2,9  | 2,8  | 2,7  | 2,6  |
| Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства                          | --    | --    | --    | --   | --   | 20,0 | 19,5 | 17,8 | 16,9 | 16,5 | 18,4 |
| Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами       | --    | --    | --    | --   | --   | 1,9  | 1,2  | 1,2  | 1,1  | 0,8  | 0,7  |
| Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых                              | --    | --    | --    | --   | --   | 5,7  | 5,3  | 6,0  | 5,1  | 5,8  | 5,7  |
| Умственная отсталость, всего   | 32,2  | 26,5  | 24,3  | 26,5 | 25,6 | 28,1 | 40,3 | 40,2 | 43,9 | 43,2 | 40,2 |
| Из них:<br>легкая умственная отсталость  | --    | --    | --    | --   | --   | 20,1 | 28,0 | 27,3 | 27,2 | 26,1 | 24,2 |
| Нарушение психологического развития  | --    | --    | --    | --   | --   | 13,2 | 16,5 | 17,1 | 18,8 | 18,6 | 15,4 |
| Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте | --    | --    | --    | --   | --   | 7,0  | 8,8  | 8,5  | 7,6  | 8,4  | 8,1  |
| Психические расстройства не уточненные   | --    | --    | --    | --   | --   | 0,3  | 0,1  | 0,1  | 0,2  | 0,1  | 0,1  |

анализировались нами с учетом данных о первичной и общей заболеваемости по соответствующим нозологическим группам среди населения Республики в целом, среди детского и подросткового населения РК. В таблице 7 приведены данные, касающиеся первичной заболеваемости по основным классам психических заболеваний среди населения Республики Казахстан в целом.

Особенности структурирования материала в данной таблице обусловлены переходом на новую классификацию в 1997 г. Таким образом, динамика до 1997 года анализируется по 4 параметрам: психозы; шизофрения; психические расстройства непсихотического характера и умственная отсталость. Из приведенных в таблице 7 данных следует, что первичная заболеваемость по профилю психотических расстройств, включая шизофрению – первые два параметра – снижались в период 1992-1994 года с пиком данного снижения в 1994 году (с показателя 30,8 на 100 тыс. населения до 26,2 по профилю психозов, и с 13,6 до 11,4 по профилю шизофрении). В период 1995-1996 г.г. отмечался рост данных показателей. В последующие годы имела место неравновесная динамика первичной заболеваемости по профилю шизофрении, что может свидетельствовать о неравновесной динамике первичной заболеваемости по профилю общих психотических расстройств по Республике Казахстан, в целом. Первичная заболеваемость по профилю психических и поведенческих расстройств непсихотического уровня (третий параметр 1992-1996 г.г.) непрерывно снижалась. Исключение здесь составляет показатель 1994 года. В то же время, последующая динамика основных классов непсихотических психических расстройств подтверждает отмеченную тенденцию. По четвертому анализируемому параметру (умственная отсталость) отмечается неравномерная динамика с низкими уровнями показателя первичной заболеваемости по данному профилю в период 1992-1997 г.г., и относительно более высокими показателями в период 1997-2002 г.г. Более структурированный анализ первичной заболеваемости по основным классам психических расстройств, проводимый с 1997 г. показывает достаточно выраженную динамику в сторону повышения основного показателя (с 49,4 до 70,8 на 100 тыс. населения, соотношение 1:1,43). Первичная заболеваемость по общему профилю эндогенных психозов, распределенному по группам: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств; шизофрении; аффективных расстройств, имеет, в целом, неравновесную динамику в рамках общей, стабильной тенденции. Показатель первичной заболеваемости по профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств стабильно уменьшался в период с 1997 по 2001 годы (с 20,0 до 16,5 на 100 тыс. населения). В 2002 году он составил 18,4 на 100 тыс.

населения. Стабильно уменьшался анализируемый показатель и по профилю поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами (с 1,9 до 0,7 на 100 тыс. населения, соотношение 2,71:1). Неравновесная динамика отмечается по профилю расстройств личности и поведенческих расстройств у взрослых. А также по профилю легкой умственной отсталости. Такой же неравновесной динамикой, с общей тенденцией к стабильности, характеризуются показатели первичной заболеваемости по следующим трем нозологическим группам: нарушение психологического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте; психические расстройства не уточненные.

В таблице 8 приведены данные первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами за 1992-2002 годы среди подросткового населения Казахстана.

Из приведенных данных (период до 1997 года) следует, что показатель первичной заболеваемости по профилю общих психозов прогрессивно снижался (с 19,0 до 17,1 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1,11:1). Показатели первичной заболеваемости по профилю шизофрении и психических расстройств непсихотического характера имели неравновесную динамику с общей тенденцией к стабильности. Показатель по профилю умственной отсталости стабильно снижался (от 74,8 до 60,6 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1,23:1). Данные периода с 1997 по 2002 годы показывают следующую динамику первичной заболеваемости психическими расстройствами среди подростков. Профиль органических психических расстройств (включая симптоматические) – общая тенденция к увеличению с признаками неравновесной динамики (с 69,9 до 120,9 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1:1,73). Профиль шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – общая тенденция к увеличению, также с неравновесной динамикой (с 10,0 до 18,0 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1:1,8). Обособленный профиль шизофрении дает, в целом, неравновесную динамику с большим разбросом данных (4,9 – в 2001 и 8,1 – в 2002 годах). Такая же неравновесная динамика с большим разбросом показателя первичной заболеваемости отмечается по следующим трем нозологическим группам: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых. По профилю умственной отсталости отмечалась неравновесная динамика снижения данного показателя в период 1993-1996 годы, и такая же неравновесная динамика его роста в период

Таблица 8

*Число подростков с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| ППР<br>год   | 1992 | 1993 | 1994  | 1995  | 1996 | 1997 | 1998 | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  |
|--|------|------|-------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| Психозы  | --   | 19,0 | 21,3  | 17,5  | 17,1 | --   | --   | --    | --    | --    | --    |
| Из них: шизофрения   | --   | 10,0 | 8,8   | 9,3   | 8,8  | --   | --   | --    | --    | --    | --    |
| Психические расстройства непсихотического характера  | --   | 97,8 | 121,7 | 111,9 | 91,1 | --   | --   | --    | --    | --    | --    |
| Органические психические расстройства (включая симптоматические)                           | --   | --   | --    | --    | --   | 69,9 | 75,7 | 82,7  | 127,8 | 135,7 | 120,9 |
| Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего                                 | --   | --   | --    | --    | --   | 10,0 | 11,7 | 14,4  | 15,8  | 10,0  | 18,0  |
| Из них: шизофрения   | --   | --   | --    | --    | --   | 7,5  | 6,5  | 9,1   | 9,3   | 4,9   | 8,1   |
| Аффективные расстройства   | --   | --   | --    | --    | --   | 1,4  | 0,8  | 1,2   | 2,6   | 1,2   | 1,3   |
| Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства                          | --   | --   | --    | --    | --   | 20,3 | 11,8 | 13,7  | 17,2  | 12,8  | 14,6  |
| Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами       | --   | --   | --    | --    | --   | 6,5  | 1,6  | 1,4   | 3,1   | 2,8   | 4,9   |
| Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых                              | --   | --   | --    | --    | --   | 19,1 | 17,9 | 15,8  | 15,7  | 14,0  | 20,2  |
| Умственная отсталость, всего   | --   | 74,8 | 77,9  | 67,5  | 60,6 | 77,3 | 98,4 | 116,6 | 132,6 | 118,5 | 121,1 |
| Из них: легкая умственная отсталость   | --   | --   | --    | --    | --   | 18,1 | 64,1 | 72,4  | 83,1  | 76,1  | 77,7  |
| Нарушение психологического развития  | --   | --   | --    | --    | --   | 5,7  | 9,6  | 13,9  | 13,5  | 19,8  | 9,5   |
| Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте | --   | --   | --    | --    | --   | 7,2  | 22,6 | 20,6  | 16,2  | 19,9  | 18,5  |
| Психические расстройства не уточненные   | --   | --   | --    | --    | --   | 0,3  | 0,4  | 0,1   | 0,2   | 0,4   | --    |

Таблица 9

*Число детей с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств по Республике Казахстан (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| ППР<br>год   | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|
| Психозы  | 6,1   | 3,8   | 3,7   | 5,2   | 5,2   | --   | --   | --   | --   | --   | --   |
| Из них: шизофрения   | 0,9   | 0,5   | 0,5   | 0,8   | 0,7   | --   | --   | --   | --   | --   | --   |
| Психические расстройства непсихотического характера  | 122,6 | 130,3 | 118,8 | 123,0 | 132,7 | --   | --   | --   | --   | --   | --   |
| Органические психические расстройства (включая симптоматические)                           | --    | --    | --    | --    | --    | 56,3 | 57,8 | 70,4 | 84,2 | 87,3 | 90,4 |
| Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего                                 | --    | --    | --    | --    | --    | 0,7  | 0,7  | 0,9  | 1,3  | 2,0  | 1,5  |
| Из них: шизофрения   | --    | --    | --    | --    | --    | 0,5  | 0,5  | 0,7  | 0,8  | 1,0  | 0,8  |
| Аффективные расстройства   | --    | --    | --    | --    | --    | 0,06 | 0,2  | 0,09 | 0,09 | 0,09 | 0,05 |
| Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства                          | --    | --    | --    | --    | --    | 5,9  | 3,7  | 3,9  | 4,0  | 4,0  | 3,2  |
| Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами       | --    | --    | --    | --    | --    | 2,2  | 0,6  | 0,4  | 1,1  | 0,8  | 0,4  |
| Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых                              | --    | --    | --    | --    | --    | 1,7  | 1,6  | 1,1  | 0,7  | 0,7  | 1,1  |
| Умственная отсталость, всего   | 48,5  | 36,7  | 26,6  | 41,3  | 41,1  | 41,8 | 66,5 | 66,4 | 76,9 | 76,1 | 70,1 |
| Из них: легкая умственная отсталость   | --    | --    | --    | --    | --    | 29,4 | 46,3 | 43,6 | 47,6 | 43,6 | 38,1 |
| Нарушение психологического развития  | --    | --    | --    | --    | --    | 39,2 | 50,1 | 55,4 | 61,8 | 59,9 | 51,0 |
| Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте | --    | --    | --    | --    | --    | 20,5 | 22,6 | 24,1 | 23,3 | 24,5 | 23,8 |
| Психические расстройства не уточненные   | --    | --    | --    | --    | --    | 0,4  | 0,08 | 0,02 | 0,1  | 0,07 | 0,2  |

1997-2002 г. В целом, по данному параметру за весь исследуемый период отмечается рост в 1,6 раза (с 74,8 до 121,1 на 100 тыс. населения). Существенный рост показателя первичной заболеваемости отмечается по параметру легкой умственной отсталости (с 18,1 до 77,7 на 100 тыс. населения, соотношение – 1:4,28). Неравновесный рост анализируемого показателя отмечался по параметру нарушений психологического развития (с 5,7 до 19,8 в 2001 г.), с резким снижением его значений (9,5) в 2002 году. Анализ следующих 2-х параметров дает неравновесную динамику с большим разбросом показателя первичной заболеваемости по профилям: поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте; психические расстройства не уточненные.

В таблице 9 приведены показатели первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения Республики Казахстан за период 1992-2002 г.г.

Анализ показателей таблицы 9, в параметрах до 1997 года, демонстрирует неравновесную динамику с достаточно большим разбросом данных по всем 4-м анализируемым параметрам: психозы, шизофрения, психические расстройства непсихотического характера и умственная отсталость. Анализ показателей первичной заболеваемости по дифференцированному профилю психической патологии, в параметрах после 1996 года, показывает существенный рост данного показателя (с 1997 по 2002 год с 56,3 до 90,4, соответственно, в отношении 1:1,60) для органических психических расстройств, включая симптоматические. Для профиля шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств характерна неравновесная динамика с общей тенденцией к увеличению (с 0,7 до 1,5 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:2,14). Для показателя по профилю шизофрении характерна умеренная неравновесная динамика с тенденцией к стабилизации. Такая же динамика, в целом, характерна и для профилей аффективных расстройств: невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств; поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройств личности и поведения. Динамика показателя первичной заболеваемости по профилю умственной отсталости обнаруживает тенденцию к снижению в первые три года всего исследуемого периода и существенный рост, начиная с 1995 года. Общий рост показателя первичной заболеваемости по анализируемому профилю составил соотношение 1:1,45 (с 48,5 до 70,1). Для следующего параметра – легкая умственная отсталость - характерна неравновесная динамика с достаточно высоким разбросом значений. А для последних трех нозологических групп таблицы 9: нарушение психологического развития; поведенческие и эмоциональные

расстройства, начинающиеся в детском возрасте; психические расстройства не уточненные, в первых двух случаях характерна неравновесная динамика с малым разбросом значений. В последнем случае имеет место неравновесная динамика с большим разбросом значений анализируемого показателя.

В таблице 10 приведены данные по динамике показателей общей заболеваемости (болезненности) психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологическим профилям в период 1992-2002 г.г.

Как следует из приведенных в таблице 10 данных, существенной динамики по показателям болезненности психическими и поведенческими расстройствами по профилю общих психозов и шизофрении за период до 1997 года не отмечалось. Неравновесная динамика с тенденцией некоторого увеличения отмечалась по профилю психических расстройств непсихотического характера (с 593,5 до 616,9 на 100 тыс. населения РК, в соотношении 1:1,05). По профилю органических психических расстройств (включая симптоматические) в период с 1997 по 2002 годы отмечается стабильный рост показателя общей заболеваемости с 474,8 до 592,7, в отношении 1:1,25.

Тенденции роста со стабилизацией обнаруживает динамика показателя общей заболеваемости по профилю шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – с 231,0 до 345,4 на 100 тыс. населения, в соотношении 1:1,5. Динамика показателя общей заболеваемости по профилю шизофрении в период, начиная с 1997 г., имела неравновесный характер с тенденцией к стабилизации. Отмечались незначительные колебания анализируемого показателя по параметру аффективных расстройств. Незначительная динамика в сторону увеличения была характерна для показателя общей заболеваемости по профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств – с 124,0 до 134,3, в соотношении 1:1,08. Прогressивно снижался анализируемый показатель по профилю поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами – с 20,0 до 17,3 на 100 тыс. населения, в соотношении 1,15:1. Неравновесная динамика роста отмечалась по профилю расстройств личности и поведения – с 59,9 до 65,4 на 100 тыс. населения, в соотношении 1:1,1. На протяжении всего исследуемого периода отмечается стабильный рост показателя общей заболеваемости по профилю умственной отсталости – с 519,9 до 660,5, в соотношении 1:1,27. В тоже время динамика аналогичного показателя по профилю легкой умственной отсталости начиная с 1997 года имела неравновесный характер с тенденцией к увеличению (с 423,7 до 467,2 на 100 тыс. населения, соотношение 1:1,1). В отношении следующих двух нозологических групп: нарушение психологического развития;

Таблица 10

*Контингент больных с психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Республике Казахстан, в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| ППР<br>год   | 1992 | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  |
|--|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Психозы  | --   | 503,1 | 502,7 | 500,3 | 501,2 | --    | --    | --    | --    | --    | --    |
| Из них: шизофрения   | --   | 291,4 | 301,0 | 299,4 | 300,5 | --    | --    | --    | --    | --    | --    |
| Психические расстройства непсихотического характера  | --   | 593,5 | 604,0 | 603,7 | 616,9 | --    | --    | --    | --    | --    | --    |
| Органические психические расстройства (включая симптоматические)                           | --   | --    | --    | --    | --    | 474,8 | 492,6 | 519,3 | 542,0 | 566,3 | 592,7 |
| Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего                                 | --   | --    | --    | --    | --    | 231,0 | 331,6 | 344,3 | 345,4 | 346,3 | 345,4 |
| Из них: шизофрения   | --   | --    | --    | --    | --    | 278,4 | 276,2 | 287,8 | 284,1 | 284,1 | 280,8 |
| Аффективные расстройства   | --   | --    | --    | --    | --    | 25,8  | 26,4  | 25,4  | 25,7  | 25,8  | 25,5  |
| Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства                          | --   | --    | --    | --    | --    | 124,0 | 125,1 | 132,9 | 132,2 | 133,7 | 134,3 |
| Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами       | --   | --    | --    | --    | --    | 20,0  | 20,7  | 19,8  | 19,2  | 18,1  | 17,3  |
| Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых                              | --   | --    | --    | --    | --    | 59,9  | 58,2  | 60,8  | 61,7  | 62,7  | 65,4  |
| Умственная отсталость, всего   | --   | 519,9 | 525,8 | 534,5 | 539,0 | 564,7 | 588,6 | 629,2 | 644,3 | 653,9 | 660,5 |
| Из них: легкая умственная отсталость   | --   | --    | --    | --    | --    | 423,7 | 435,6 | 470,8 | 470,3 | 465,6 | 467,2 |
| Нарушение психологического развития  | --   | --    | --    | --    | --    | 81,3  | 86,6  | 89,8  | 86,7  | 89,7  | 89,4  |
| Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте | --   | --    | --    | --    | --    | 39,8  | 39,7  | 42,0  | 42,6  | 42,7  | 43,4  |
| Психические расстройства не уточненные   | --   | --    | --    | --    | --    | 13,1  | 0,6   | 0,6   | 0,6   | --    | --    |

Таблица 11

*Контигент детей с психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Республике Казахстан, в показателях на 100 тыс. детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| ППР<br>год   | 1992 | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  |
|--|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Психозы  | --   | 38,9  | 38,5  | 37,1  | 40,0  | --    | --    | --    | --    | --    | --    |
| Из них: шизофрения   | --   | 3,3   | 3,7   | 3,3   | 3,7   | --    | --    | --    | --    | --    | --    |
| Психические расстройства непсихотического характера  | --   | 577,7 | 55,5  | 564,4 | 599   | --    | --    | --    | --    | --    | --    |
| Органические психические расстройства (включая симптоматические)                           | --   | --    | --    | --    | --    | 217,4 | 248,2 | 289,8 | 314,6 | 357,4 | 372,0 |
| Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего                                 | --   | --    | --    | --    | --    | 3,2   | 3,8   | 4,6   | 5,5   | 5,7   | 5,6   |
| Из них: шизофрения   | --   | --    | --    | --    | --    | 2,8   | 2,9   | 3,5   | 4,4   | 4,6   | 4,5   |
| Аффективные расстройства   | --   | --    | --    | --    | --    | 0,4   | 0,4   | 0,3   | 0,2   | 0,4   | 0,4   |
| Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства                          | --   | --    | --    | --    | --    | 35,3  | 33,0  | 37,7  | 36,5  | 57,1  | 31,4  |
| Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами       | --   | --    | --    | --    | --    | 8,0   | 5,2   | 7,3   | 9,8   | 4,6   | 11,2  |
| Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых                              | --   | --    | --    | --    | --    | 5,8   | 6,4   | 5,5   | 4,8   | 3,0   | 3,7   |
| Умственная отсталость, всего   | --   | 311,2 | 280,4 | 274,8 | 276,3 | 249,5 | 289,3 | 349,5 | 356,7 | 370,0 | 367,7 |
| Из них: легкая умственная отсталость   | --   | --    | --    | --    | --    | 165,3 | 193,7 | 231,4 | 214,0 | 208,6 | 214,1 |
| Нарушение психологического развития  | --   | --    | --    | --    | --    | 191,9 | 213,4 | 247,3 | 248,8 | 241,1 | 256,6 |
| Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте | --   | --    | --    | --    | --    | 80,5  | 87,4  | 101,1 | 97,0  | 93,0  | 97,1  |
| Психические расстройства не уточненные   | --   | --    | --    | --    | --    | 0,06  | 0,08  | 0,4   | 0,2   | 0,2   | 0,2   |

поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, отмечается неравновесная динамика с незначительной тенденцией к повышению (с 81,3 до 89,4, в первом случае; с 39,8 до 43,4 – во втором случае). Отмечается снижение показателя общей заболеваемости с 13,1 до нулевых значений по профилю неуточненных психических расстройств.

В таблице 11 отражена динамика показателей общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологическим профилям в период 1992-2002 г.г. среди детского населения РК.

Из материалов, приведенных в таблице 11, следует, что по первым трем анализируемым позициям: психозы, шизофрения и психические расстройства непсихотического характера отмечается неравновесная динамика в период 1993-1996 годов с небольшим разбросом данных. Далее, отмечается стабильный рост показателя общей заболеваемости по профилю психических расстройств непсихотического характера (включая симптоматические) – с 217,4 в 1997 г. до 372,0 на 100 тыс. детского населения в 2002 г., соотношение 1:1,71. Также стабильно в рассматриваемый период с 1997 по 2002 годы рос показатель общей заболеваемости по профилю шизофрения, шизотические и бредовые расстройства – с 3,2 до 5,6 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,75.

Достаточно стабильно в аналогичный временной период рос показатель общей заболеваемости по профилю шизофрении – с 2,8 до 4,5 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,6. Неравновесная динамика анализируемого показателя отмечается по профилям аффективных и невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Аналогичная неравновесная динамика с большим разбросом данных прослеживается по графе поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Неравновесная динамика с общей тенденцией к уменьшению показателя общей заболеваемости отмечается по профилю расстройств личности и поведенческих расстройств – с 5,8 до 3,7 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1,56:1. За весь анализируемый период (1993-2002 годы) по профилю умственной отсталости отмечается неравновесная динамика показателя первичной заболеваемости с низким пиком в 1997 году (249,5 на 100 тыс. детского населения) и общей тенденцией в сторону повышения – с 311,2 до 367,7 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,18. Такого рода динамика характерна, также, и для анализируемого показателя по профилю легкой умственной отсталости – со 165,3 до 214,1, в соотношении 1:1,29, за период с 1997 по 2002 г.г. Достаточно стабильно за анализируемый период времени

повышался показатель общей заболеваемости по профилю нарушения психологического развития – со 191,9 до 256,6 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,34. Неравновесная динамика с общей неотчетливой тенденцией к повышению характерна для анализируемого показателя по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начавшихся в детском и подростковом возрасте – с 80,5 до 97,1 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,2. Для профиля психических расстройств не уточненных характерна неравновесная динамика анализируемого показателя с общей тенденцией к его повышению – с 0,06 до 0,2 на 100 тыс. детского населения РК, в соотношении 1:3,33.

В таблице 12 приводятся данные о динамике общей болезненности психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологическим профилям среди подросткового населения РК за период с 1993 по 2002 г.г.

Из приведенных в таблице 12 данных за период 1993-1996 г.г. следует, что динамика анализируемого показателя по профилю общих психозов была неравновесно-отрицательной – со 180,0 до 151,9, в соотношении 1,18:1. Аналогичной была динамика по профилю шизофрения – с 42,5 до 37,7, в соотношении 1,22:1. Для профиля психических расстройств непсихотического характера в аналогичный период времени была характерна неравновесная динамика роста показателя общей заболеваемости с 780,5 до 807,7 на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан, в соотношении 1:1,03. Следующие параметры анализировались с периода 1997 по 2002 годы (за исключением профиля умственной отсталости).

Достаточно стабильная динамика роста анализируемого показателя отмечалась по профилю органических психических расстройств (включая симптоматические) – с 581,2 до 786,5, в соотношении 1:1,35. Аналогичная, в целом, стабильная динамика роста отмечалась по профилю шизофрении, шизотических и бредовых расстройств – с 41,0 до 54,7, в соотношении 1:1,33. Следующий профиль аффективных расстройств характеризовался неравновесной динамикой анализируемого показателя с достаточно большим разбросом значений (от 4,3 до 7,2 на 100 тыс. подросткового населения). Динамика анализируемого показателя по профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, характеризовалась как неравномерная с общими тенденциями к снижению – с 89,4 до 60,1, в соотношении 1,48:1. Профиль поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами характеризовался стабильной динамикой снижения анализируемого показателя с 32,3 до 16,9 на 100 тыс. подросткового населения, в соотношении 1,91:1. Аналогичная динамика, за исключением показателей 2002 года, отмечалась и по профилю

Таблица 12

*Коинтингент подростков с психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Республике Казахстан, в показателях на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы*

| ППР<br>год   | 1992 | 1993   | 1994   | 1995   | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000   | 2001   | 2002   |
|--|------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Психозы  | --   | 180,0  | 164,7  | 165,3  | 151,9 | --    | --    | --    | --     | --     | --     |
| Из них: шизофрения   | --   | 42,5   | 34,9   | 36,8   | 34,7  | --    | --    | --    | --     | --     | --     |
| Психические расстройства непсихотического характера  | --   | 780,5  | 783,2  | 821,9  | 807,7 | --    | --    | --    | --     | --     | --     |
| Органические психические расстройства (включая симптоматические)                           | --   | --     | --     | --     | --    | 581,2 | 619,4 | 590,8 | 663,6  | 747,8  | 786,5  |
| Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего                                 | --   | --     | --     | --     | --    | 41,0  | 41,9  | 41,7  | 49,0   | 51,6   | 54,7   |
| Из них: шизофрения   | --   | --     | --     | --     | --    | 32,9  | 32,7  | 30,4  | 35,7   | 33,8   | 34,9   |
| Аффективные расстройства   | --   | --     | --     | --     | --    | 5,5   | 4,3   | 4,6   | 7,2    | 6,5    | 6,2    |
| Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства                          | --   | --     | --     | --     | --    | 89,4  | 91,8  | 73,1  | 73,7   | 68,2   | 60,1   |
| Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами       | --   | --     | --     | --     | --    | 32,3  | 28,2  | 26,2  | 25,2   | 17,5   | 16,9   |
| Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых                              | --   | --     | --     | --     | --    | 64,1  | 62,8  | 57,5  | 45,3   | 36,8   | 45,5   |
| Умственная отсталость, всего   | --   | 1234,9 | 1166,3 | 1067,3 | 951,5 | 942,9 | 969,7 | 996,1 | 1072,5 | 1143,1 | 1163,7 |
| Из них: легкая умственная отсталость   | --   | --     | --     | --     | --    | 674,6 | 681,8 | 661,2 | 712,3  | 713,1  | 771,8  |
| Нарушение психологического развития  | --   | --     | --     | --     | --    | 102,9 | 111,1 | 121,2 | 110,2  | 117,2  | 128,2  |
| Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте | --   | --     | --     | --     | --    | 88,8  | 116,9 | 125,1 | 162,2  | 166,4  | 178,1  |
| Психические расстройства не уточненные   | --   | --     | --     | --     | --    | 0,9   | 1,0   | 0,6   | 0,6    | 0,8    | 0,4    |

---

---

расстройств личности, поведенческих расстройств. Показатель общей заболеваемости по профилю умственной отсталости за весь анализируемый период характеризовался неравновесной динамикой и средним разбросом значений по годам. Для показателя по профилю легкой умственной отсталости была характерна неравновесная динамика с общей тенденцией к повышению – с 674,6 до 771,8, в соотношении 1:1,14. Показатель по профилю нарушений психологического развития имел аналогичную динамику – с 102,9 до 128,2, в соотношении 1:1,24. Стабильную и отчетливую тенденцию к росту обнаруживал показатель по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте – с 88,8 до 178,1, в соотношении 1:2. Психические расстройства не уточненные имели неравновесную динамику в сторону снижения показателя общей заболеваемости – с 0,9 до 0,4 на 100 тыс. подросткового населения, в соотношении 2,25:1.

Таким образом, анализ динамики основных показателей первичной и общей болезненности по основным нозологическим профилям психической патологии среди населения Республики Казахстан в целом, детского и подросткового населения показывает общую тенденцию к неравновесной динамике данного показателя по профилю общих психозов, в том числе аффективных психозов и шизофрении. Отмечается стабильный рост распространенности органических психических расстройств

среди всех групп населения, рост умственной отсталости, а также отчетливая динамика роста по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, нарушений психологического развития. Наиболее распространенными классами расстройств психики являются умственная отсталость и органические психические расстройства. В общей сложности они составляют до 50% сектора психиатрической патологии в РК. До 30% составляют эндогенные психозы (шизофрения, шизотические и бредовые расстройства; аффективные расстройства). Остальные 20% приходятся на функциональные психические расстройства (в том числе, невротические), расстройства личности, нарушения развития. Данная структура первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК в рассматриваемый период времени остается достаточно стабильной. Отсюда следует вывод, что службы психического здоровья, в частности, система психиатрической помощи населению, ориентирована на выявление дефицитарной, органической и психотической психической патологии. Данные официальной статистики не дают реального представления об истинной распространенности пограничных, непсихотических (функциональных и субклинических) форм психических нарушений и не могут, в полной мере, являться основанием для планирования развития служб психического здоровья.

---

---

## НАРКОЛОГИЯ

### НЕКОТОРЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ СВОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКОЙ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Ю.А.Россинский

г. Павлодар

На сегодняшний день, различные психотерапевтические методы психосоциальной реабилитации, применяемые в наркологической практике в Республике Казахстан, имеют низкую эффективность (Катков А.Л., 2001, Россинский Ю.А., 2001, Алтынбеков С.А., 2002, Алтынбеков С.А. и соавт., 2002, Катков А.Л., Алтынбеков С.А., 2002, Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002, Катков А.Л. и соавт., 2003). Во-первых, отечественные реабилитационные программы в Казахстане на сегодняшний день не являются длительными (12-18 месяцев), как в странах Европы и США в силу экономических причин. Во-вторых, многие используемые в наркологии лечебные программы не имеют базисной концептуальной основы, учитывающей биологические, психологические и социальные причины развития наркомании, как личности самого больного, так и его ближайшее социальное окружение (ЗДЛ). В-третьих, заимствованные из стран Европы и США психотерапевтические методы работы с наркозависимыми и применяемые в шаблонном варианте, не являются столь эффективными в местных условиях. Низкая эффективность в этом случае, также имеет несколько причин: различие культур самих потребителей наркотиков (культуральные факторы), вид употребляемого наркотика (например, в Европе и США более присуща каннабисная и кокаиновая зависимость, в то время как в странах постсоветского пространства, в том числе России и Казахстане – опиоидная), разные уровни качества жизни в этих странах (психосоциальные факторы).

Для подтверждения положений концепции психологического здоровья (Катков А.Л., 1998, 2001-2003), возможности развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (Катков А.Л., 1998, 2001-2003, Катков А.Л., Россинский, 2002, Катков А.Л., и соавт., Россинский Ю.А., 2003, Боян Н.А. и соавт., 2004) на базе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), были проведены обсервационное и лонгитудинальное (клинический эксперимент) исследования. Обсервационная часть работы включала исследование больных опийной наркоманией (189 человек) проходивших курс лечения в РНПЦ МСПН (Казахстан, г. Павлодар). Для данной группы в качестве контроля использовались жители общей популяции города Павлодара (378 человек),

отобранные по возрасту, полу, образованию и этнической принадлежности соответственно распределению (1:2). Клинический эксперимент проводился на основе случайной выборки (Альбом А., Норелл С., 1996) из пациентов исследуемой группы с оценкой результата по схеме «до-после» (Флэтчер Р. с соавт., 1998). Данный подход основан на предположении, что любое улучшение, наблюдаемое после лечения, обусловлено именно лечением и является вариантом лонгитудинального исследования (Флэтчер Р. с соавт., 1998). Также задачами данного исследования являлись оценка взаимосвязей свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности с клиническими особенностями и динамическими характеристиками наркомании (преимущественно опиоидной группы), а также оценка эффективности различных моделей лечения, реабилитации и неоабилитации больных наркоманий.

Отбор пациентов в подгруппы клинического эксперимента осуществлялся следующим образом.

Пациенты поступали со всех регионов Казахстана в течение суток, и их прием производился поочередно, также в течение суток. Пациенты, как правило, поступали по одному, и не было одновременно групповых регистраций поступления. Каждому поступающему пациенту с любой формой зависимости, включая табачную, каннабиноидную и алкогольную, фельдшером приемного покоя присваивался и регистрировался порядковый номер, а также, регистрировались дата и время (часы и минуты) поступления. Пациентам с диагнозом наркомания кроме каннабиноидной зависимости (F 12) помимо общего порядкового номера поступивших больных, параллельно присваивался и регистрировался свой эквивалентный порядковый номер в графе «номер больного наркоманией». Таким образом, исключалась возможность субъективного присвоения порядковых номеров, и в дальнейшем их отбора по четности и нечетности исключалась. В последующем, каждый поступивший с диагнозом наркомания, кроме каннабиноидной зависимости (F 12), имеющий четный номер включался в группу с программой неоабилитации (основная подгруппа клинического эксперимента), остальные – нечетные – включались в подгруппу с обычным стандартным лечением (модель реабилитации) и составили контрольную подгруппу. Особенности

---

неоабилитационной программы и интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых нами были опубликованы ранее (Катков и соавт., 2003, Бохан Н.А. и соавт., 2004).

*Полученные результаты.*

Настоящее исследование подтвердило тот факт, что для людей, имеющих зависимость от наркотиков, и для людей, имеющих высокую степень антинаркотической устойчивости, характерны общие личностные и психологические признаки с той лишь разницей, что в группе наркозависимых они являются дефицитарными или отсутствуют, а в группе людей с высоким уровнем антинаркотической устойчивости они представлены в полном объеме. Из выделенных вышеуказанных признаков в результате наших исследований мы выявили следующие:

- 1) Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития (эгоидентичность);
- 2) Наличие конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
- 3) Развитие навыков ответственного выбора (отказа от дивидендов конкурирующих сценариев);
- 4) Качество «внутренней» ответственности, внутренней интернальности (внутреннего локуса контроля);
- 5) Наличие достаточных внутренних ресурсов (психических) для реализации вышеназванных сценариев;
- 6) Полноценная информированность и адекватная осведомленность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Совокупность вышеуказанных признаков, мы обозначили, как составляющие *феномена антинаркотической устойчивости (ФАНУ)*. Идентифицированные феномен антинаркотической устойчивости - свойства антинаркотической устойчивости личности являются характеристиками психологического здоровья (качественными характеристиками психического здоровья).

3. Согласно концепции психологического здоровья, данные личностные свойства антинаркотической устойчивости можно развивать в случае, если они не развиты. Таким образом, стратегией избавления человека от наркотической зависимости является не только и не столько реабилитация (re-возврат, ability-способности), т.е. возврат к прежним способностям (зачастую приведшим пациента к проблеме или болезни), а неоабилитация (неоновые, ability-способности) – формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых для данной личности способностей. В этой связи была разработана практическая терапевтическая неоабилитационная программа, ориентированная на развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

4. С целью экспериментальной апробации данной модели и подтверждения гипотезы о возможности развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности был проведен клинический эксперимент с общей группой наркозависимых. Для этого общая группа в случайном порядке была разделена на две подгруппы клинического эксперимента: основную и контрольную. Основная подгруппа проходила курс лечения в рамках разработанной модели неоабилитации, в контексте интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых (ИРГПН). Контрольная подгруппа проходила лечение, ориентированное на принципы реабилитации, которое, в основном, применяется в государственных медицинских наркологических учреждениях РК.

5. В результате клинического эксперимента были получены следующие данные. После окончания курса детоксикации (15-20 дни пребывания в программе) были получены следующие достоверные различия, в отношении способности субъективно идентифицировать мотивацию, приводящую к рецидиву болезни. В основной подгруппе клинического эксперимента более чем в 2,4 раза (44.19%) оказалось пациентов, которые осознали и идентифицировали атарактическую причину срыва (рецидива болезни), в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы (17.86%).

6. По завершению клинического эксперимента также были получены достоверные различия у пациентов основной и контрольной подгрупп.

Важным моментом, отражающим большую эффективность неоабилитационной программы, являлся то факт, что показатели динамики объективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации оказались значительно выше в основной подгруппе клинического эксперимента, в сравнении с контрольной подгруппой. Так, например, показатели динамики степени сокращения дистанции между терапевтом и пациентом в основной подгруппе более чем в 2.3 раза превышали соответствующие показатели в контрольной подгруппе клинического эксперимента.

Также достоверно оказались более выраженные результаты динамики показателей объективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента. Это следующие признаки: способность присоединения в терапевтической коммуникации (аналогия в мимике, моторике, присоединение по тембру и интонации, синхронизация дыхательного и речевого темпа-ритма); эмоциональность и спонтанность реагирования (выраженность вегетативных реакций); высокий уровень доверия и низкий уровень напряжения в группе (уровень мышечной релаксации).

Важным показателем эффективности психотерапевтического процесса является факт осознания

факта зависимости и достижения критического отношения к болезни, достижения инсайта в процессе психотерапии и редукции алекситимии. На момент окончания клинического эксперимента в основной подгруппе всего 7% пациентов не достигли инсайта в процессе психотерапии, в то время, как в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось более 37%. Более 93% пациентов основной подгруппы клинического эксперимента достигли более объективного представления о своей межличностной презентации и осознали зависимость определенных форм своего реагирования и поведения от особенностей ситуации, а в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось 62%. Также, из основной подгруппы более 43% пациентов осознали зависимость своего поведения от условий их воспитания и развития, т.е. достигли уровня генетического инсайта, а в контрольной подгруппе таких пациентов оказалось в 2.3 раза меньше (18.3%).

На момент окончания клинического эксперимента показатели восстановления критики к болезни, также более выражены у пациентов основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с контрольной подгруппой:

- отсутствие критики к болезни: 0.98% и 12.2%;
- псевдокритичное отношение к факту зависимости: 13.7% и 29.3%;
- средний уровень критичного восприятия болезни: 3.549 баллов и 1.112 баллов;
- динамика достижения критического отношения к болезни: 2.78 баллов и 0.468 баллов;
- динамика редукции алекситимии: 1.775 балла и 1.049 балла соответственно.

7. Важность представляли результаты анализа по дескриптивно-феноменологическому принципу, которые выявили достоверные различия динамики редукции состояния отмены у пациентов основной и контрольной подгрупп клинического эксперимента. Общая динамика редукции степени выраженности состояния отмены достоверно превышала у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы в среднем в 1.6 раза (2.294 и 1.466 баллов). Основные клинические проявления состояния отмены в динамике, в виде психопатологических синдромов/симптомов, также имели достоверные различия у пациентов основной и контрольной подгрупп:

- средняя длительность проявлений резидуального аффективного расстройства (депрессивного синдрома): 7.6 и 11.2 дней (на 3.6 дней меньше);
- выраженность депрессивных расстройств: 2.5 балла и 2.9 балла;
- средняя продолжительность проявлений симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику: 7,6 и 10,5 дней (на 2,9 дня меньше);
- средняя выраженность патологического влечения к наркотику: 2,7 балла и 3 балла;

- среднее количество зарегистрированных случаев спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику: 2.2 и 3.3 (в 1,5 раза меньше);

- средняя длительность проявлений психических расстройств органического характера (органического расстройства личности, психопатоподобного уровня) 14.4 и 24.1 дней соответственно (в среднем на 9,7 дней меньше);

- средняя длительность проявлений астенических расстройств: 8.4 и 13.7 дней соответственно (в среднем на 5.3 дня меньше)

Для выявления взаимозависимости основных клинико-психопатологических проявлений состояния отмены синдрома зависимости от опиоидов с характеристиками свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости был проведен корреляционный регрессионный анализ. Полученные результаты достоверно свидетельствовали о том, что более высокие показатели основных характеристик психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (ФАНУ) имеют отрицательную корреляционную зависимость в отношении меньшей длительности проявления абстинентного синдрома (состояния отмены), резидуально-аффективных расстройств (депрессивного синдрома), частоты случаев спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику.

8. Для исследования феномена антинаркотической устойчивости были проведены сравнение исследуемых подгрупп клинического эксперимента и проанализированы достоверные различия в отношении субъективной и объективной оценок характеристик и параметров свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности.

На момент окончания клинического эксперимента показатели динамики субъективной самооценки составляющих феномена антинаркотической устойчивости имели достоверные различия в исследуемых подгруппах - основной и контрольной:

- признаки полноценного завершения личностной идентификации: 2.3 балла и 1.0 балл (в 2.3 раза больше);
  - наличие позитивного жизненного сценария: 2.3 балла и 0.8 баллов (в 2.7 раза больше);
  - исключение любого возможного употребления наркотиков из всех жизненных горизонтов: 2.2 баллов и 0.9 баллов (больше в 2.5 раза);
  - сформированность внутреннего локуса контроля: 2.2 балла и 1.0 балл (больше в 2.2 раза);
  - сформированность навыков ответственного выбора: 2.4 балла и 0.9 баллов (2.7 раза больше);
  - наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария: 2.1 балл и 0.8 балла (больше в 2.6 раза);

Таким образом, в целом средние показатели динамики субъективной самооценки основных

характеристик ФАНУ в 2 раза превысили у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы.

Для объективизации динамики развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у участников клинического эксперимента были использованы следующие психологические методики и тесты: CAT – самоактуализационный тест (методика исследования личностных ориентаций Э.Шострома) в адаптации Ю.Е.Алешиной и соавт. (1987); методика диагностики уровня субъективного контроля Дж.Роттера в адаптации Бажина Е.Ф. и соавт., (1984, 1998); 16-ти факторный вопросник Кеттелла, форма «С» (Райгородский Д.Я., 1998). Результаты психологического исследования и анализа обнаружили достоверные различия в показателях динамики развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в плане их превышения у пациентов из основной подгруппы клинического эксперимента в сравнении с пациентами из контрольной подгруппы.

9. После прохождения лечения (реабилитационная и неоабилитационная программы) и выписки из стационара у участников клинического эксперимента отслеживался катамнез в течение 12 месяцев. По истечению 12 месяцев был проведен анализ длительности ремиссии и определен средний процент воздерживающихся от употребления наркотиков 12 и более месяцев, показателей ресоциализации, личностной регенерации и качества жизни участника клинического эксперимента.

В результате проведенного анализа были получены достоверные различия в исследуемых подгруппах клинического эксперимента. Так, ремиссия или воздержание «12 месяцев и выше» у абстинентов из основной подгруппы клинического эксперимента составила 21% и 7,1% соответственно в контрольной подгруппе (в соотношении 3:1), «отсутствие ремиссии», соответственно 31,4% и 54,8% (в соотношении 1:1,7). Показатели длительности ремиссии наименьшие различия между группами выявились по параметру «до 6 месяцев», соответственно 20% и 17,9% (в соотношении 1,1:1). Длительность ремиссии в основной и контрольной подгруппах по параметру «от 6 до 12 месяцев» составила 27,6% и 20,2% (в соотношении 1,4:1).

Анализ показателей, характеризующих процесс ресоциализации и личностной реинтеграции, обнаружил достоверные различия у участников клинического эксперимента – основной и контрольной подгрупп:

- положительная динамика продвижения в сфере образования: 15.4% и 3.4% (превышение в 5 раз); отрицательная динамика продвижения в сфере образования: 2.3% и 10.5% (в 5 раз меньше);

- положительная динамика в семейной жизни: 16.6% и 5.2% (в 3 раза больше); отрицательная

динамика в семейной жизни: 3.8% и 6.7% (в 1.8 раз меньше);

- положительная динамика в профессиональной деятельности: 57.7% и 18.3% (в 3.2 раза больше); отрицательная динамика в профессиональной деятельности: 8.9% и 20.9% (в 2.3 раза меньше);

- преобладающее настроение хорошее: 47.6% и 27,3%; преобладающее настроение плохое: 21.4% и 44.8%;

- доволен собой: 69.1% и 48.8%; недоволен собой: 14.7% и 20.9%;

- доволен жизнью: 66.2% и 46.5%; недоволен жизнью: 10.3% и 20.9%;

- наличие новых планов, цели в жизни, несвязанные с употреблением наркотиков: 79.4% и 45.8%; отсутствие новых планов, цели в жизни, несвязанные с употреблением наркотиков: 1.5% и 14%.

Также было проведено исследование субъективной оценки качества жизни участников клинического эксперимента с помощью опросника, рекомендованного ВОЗ – SF-36 (IQOLA SF-36 Russia (Russian) Standard Version 1.0), по истечению 12 месяцев после завершения лечения. Полученные результаты соответствовали вышеуказанным данным субъективных и объективных оценок показателей социальной динамики (ресоциализации) и личностной регенерации. Показатели всех шкал опросника субъективной оценки качества жизни SF-36, характеризующих физическое и психическое здоровье у лиц из основной подгруппы клинического эксперимента, достоверно превышали аналогичные показатели лиц из контрольной подгруппы.

Таким образом, в результате полученных данных данного клинического эксперимента можно сделать следующие выводы:

1. Существует феномен антинаркотической устойчивости, который является совокупностью свойств психологического здоровья, определяющих личностную антинаркотическую устойчивость.

2. Свойствами психологического здоровья – антинаркотической устойчивости составляющими феномен антинаркотической устойчивости являются следующие: полноценная личностная идентификация или эго-идентичность; сформированность навыков ответственного выбора; внутренний локус-контроля; наличие позитивного конструктивного жизненного сценария; наличие внутренних ресурсов (физических и психических), необходимых для реализации данного сценария; полноценная информированность и адекватная осведомленность о вреде наркотиков. Данные свойства психологического здоровья являются качественными характеристиками психического здоровья.

3. Дескриптивно-феноменологический и регрессионный анализ показали, что существует корреляционная зависимость особенностей клинического проявления наркомании, в частности, длительности и степени выраженности состояния отмены

---

---

с вышеуказанными свойствами психологического здоровья, определяющими антинаркотическую устойчивость.

4. Терапевтические стратегии, ориентированные на принципы реабилитации-неоабилитации позволяют в короткие сроки (2 месяца) достичь выраженной терапевтической динамики самого лечебного процесса (достижение рабочей фазы группы, глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации, уровней инсайта, индикации неоабилитационных мишеней) и существенных качественных

изменений личности наркозависимого (развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости), а также достичь более высоких результатов в плане длительности ремиссии, качества жизни в период воздержания – ресоциализации и личностной регенерации пациента.

5. Терапевтическая модель реабилитации-неоабилитации, рассчитанная на шестидесятидневный срок прохождения лечения позволяет добиться у больных наркоманией устойчивой ремиссии – добровольного воздержания – в 21% случаев в течение 12 месяцев.

*Литература:*

1. Алтынбеков С.А. *Критический анализ состояния наркологической помощи населению Республики Казахстан.* – Т. 2. № 1, 2002.- С. 7-11
2. Алтынбеков С.А. , Катков А.Л., Мусинов С.Р. *Распространение наркозависимости в Казахстане и меры противодействия в секторе здравоохранения* // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* Томск, 2002. № 4 (26), с. 80-86
3. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р., Россинский Ю.А. *Сравнительный анализ действующей и проектирующей нормативной базы системы наркологической помощи населению Республики Казахстан* // *Вопросы наркологии Казахстана,* Том 2, № 4, 2002, стр. 64-73, г. Павлодар
4. Алтынбеков А.С., Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Медико-социальная реабилитация больных наркоманией в Республике Казахстан* // *Вопросы наркологии Казахстана,* Том 2, № 3, 2002 г. стр. 9-19, г. Павлодар
5. Альбом А., Норелл С. *Введение в современную эпидемиологию.* Пер. с англ., Таллинн, 1996, 122 с.
6. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Сквозная профилактика и неоабилитация наркомании.* Павлодар, 2004
7. Катков А.Л. *Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан* // *Вопросы наркологии Казахстана,* том 1 № 2, 2001, с. 9-12
8. Катков А.Л. *Манифесты развивающей психотерапии* // *Московский психотерапевтический журнал,* 2001, № 3, с. – 49-79
9. Катков А.Л. *Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан* // *Вопросы наркологии Казахстана.* Том 2, № 1, 2002, с. 34-37
10. Катков А.Л., Алтынбеков С.А. *Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик* // *Вопросы наркологии Казахстана.* – Т. 2. № 1, 2002.- С. 30-33
11. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. *Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией.* – Павлодар, 2003. – 267 с.
12. Россинский Ю.А. *Современный взгляд на проблему наркомании и реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан* // *Вопросы наркологии Казахстана,* Том 1, № 1, 2001, г., стр. 24-25, г. Павлодар
13. Россинский Ю.А. *Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости* // *Наркология,* № 8, 2003, с. 2-4
14. Флэтчер Р., Флэтчер С., Вагнер Э. *Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины.* Перевод с английского под общей редакцией к.м.н. С.Е.Бащинского и к.м.н. С.Ю.Варшавского. Медиа Сфера, Москва, 1998

---

---

## **ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

### **ВЗАИМОСВЯЗИ ПРЕВАЛЕНТНЫХ РИСКОВ НАРКОМАНИИ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ**

Ю.А.Россинский

г. Павлодар

Проблема наркомании в последние годы достигла глобальных масштабов, имеет многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты. По данным ВОЗ, с начала 80-х годов масштабы проблемы распространения наркозависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза, а в некоторых регионах зависимость от ПАВ приняла характер эпидемии (Габиани А.А., 1987, 1990; Бабаян Э.А., 1988, 1990, 1991; Силласте Г.Г., 1993; Врублевский А.Г. и соавт., 1994, 1995; Пятницкая И.Н., 1994, 1995; Корчагина Г.А., Никифоров И.А., 1994; Боголюбова Т.А., 1995; Рохлина М.Л. и соавт., 2001; Gossop M., 1984; Grant B.F., 1995; Kendler K. et.al., 1997). Особую обеспокоенность вызывает увеличение наркологических заболеваний у детей и подростков (Сирота Н.А. с соавт., 2001, Алтынбеков С.А., 2002, 2003, Каражанова А.С., 2003). Некоторые яркие сравнения четко характеризуют актуальность проблемы, связанной с вышеуказанными расстройствами: низкая адаптационная способность невротической личности в современных условиях определяет ее как своеобразный «барометр нашего времени» (Семке В.Я., 2001), а рост депрессивных расстройств как «нейинфекционную эпидемию XXI века» (Семке В.Я., Корнетов Н.А., 2003).

Формирование и развитие зависимости человека от психоактивных веществ является важной проблемой, связанной с качеством индивидуального и социального психического – психологического здоровья, способностью личности к самоорганизации (Катков А.Л., 1998, 2001-2003, Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002, Россинский Ю.А., 2001-2003, Бохан Н.А. и соавт., 2004).

В 2001 году нами было проведено обсервационное исследование на большой репрезентативной выборке общего населения Республики Казахстан (7500 респондентов) и репрезентативных выборок больных опиоидной наркоманией, проходящих лечение в РНПЦ МСПН (189 человек) и группой лиц внешнего контроля, сопоставимых по полу, национальности, возрасту и полученному образованию (378 человек). Данная работа была посвящена исследованию взаимосвязей между индивидуальным психологическим здоровьем (качественным его уровнем – психологическим здоровьем) и превалентными рисками, клиническими проявлениями и терапевтической динамикой наркомании, а также

изучению свойств психологического здоровья, определяющих антинаркотическую устойчивость личности и возможности их развития в профилактических и терапевтических целях данного заболевания.

В результате данного исследования было выявлено, что зависимостью от табака в среднем страдают 29,4% от всего населения РК и 3% жителей Казахстана страдают алкогольной зависимостью. 1,7% опрошенных респондентов имеют устойчивую зависимость от наркотиков, что в среднем составляет 254203 человека. На момент данного исследования учреждения наркологического проффиля государственного медицинского сектора учитывали 45000 человек с диагнозом наркомания. Таким образом, учтенные больные наркоманией в среднем составили 17,7% от фактически полученного количества, характеризующего предполагаемую истинную распространенность наркозависимости в Республике Казахстан. Из общего числа наркозависимых по результатам исследования 41,1% являются зависимыми от наркотиков опиоидной группы.

В данной части исследования было проведено сравнение лиц, имеющих наркотическую зависимость, и лиц, не имеющих наркотической зависимости, в отношении следующих категорий интегрального здоровья: соматическое, психическое и психологическое. Мы не получили достоверных различий в категории соматического здоровья. В отношении психического здоровья мы обнаружили, что среди наркозависимых, значительно меньше людей имеющих высокий уровень психического здоровья (13,8%) в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости (29,8%). В отношении психологического здоровья с высокой степенью достоверности было выявлено следующее различие: среди наркозависимых гораздо больше тех, у кого низкий уровень психологического здоровья (33,2%), в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости (0,5%).

Так же результаты обсервационного исследования показали, что:

- среди людей, имеющих наркотическую зависимость, более чем в 5 раз меньше тех, кто имеет внутренний локус-контроля (2,4%) в сравнении с не имеющими данной зависимости (12,7%), и в 16 раз больше тех, кто имеет внешний локус-контроля (37,8% и 2,3% соответственно);

- среди наркозависимых гораздо меньше (в 2,2 раза) тех, у кого есть жизнеутверждающие цели и мотивы (28,3%) и в 8,5 раз больше тех, кто не имеет позитивных жизненных целей и установок (63,4%) в сравнении с людьми, не имеющими наркотической зависимости (68% и 7,5% соответственно);

- у 83,5% наркозависимых были отмечены признаки, свидетельствующие о неполноценном завершении этапа личностной идентификации, в то время как в группе не имеющих наркотической зависимости, таких людей оказалось фактически в два раза меньше – 42,8%. Наоборот, процент людей, имеющих признаки полноценной личностной идентификации, в группе, не имеющих химической зависимости, гораздо выше (57,2%), т.е. в 3,5 раза, чем у людей зависимых от ПАВ (16,5%);

- среди лиц, не имеющих химической зависимости, в сравнении с лицами, которые имеют зависимость от ПАВ достоверно больше тех, у кого сформированы навыки ответственного выбора (67,7% и 45,7%) и меньше процент тех, у кого эти навыки не сформированы в достаточной степени (32,3% и 54,3% соответственно).

Из общей группы лиц, не имеющих наркотической зависимости, была выделена подгруппа с высокой степенью антинаркотической устойчивости (АНУ). Такие лица составили 3,6% от группы общей репрезентативной выборки. Результаты анализа данного фрагмента исследования показали, что лица, имеющие высокую степень АНУ, достоверно отличаются от остальных респондентов, не имеющих наркозависимости по следующим признакам:

- наличие внутренней интернальности (внутреннего локус-контроля) (встречаемость): 50,2% и 12,7% соответственно;

- высокий уровень качества жизни (встречаемость): 29,5% и 7,2% соответственно (более чем в 4 раза);

- наличие осознанных позитивных жизненных мотивов и целей (встречаемость): 95,2% и 68% соответственно;

- наличие признаков полноценного завершения этапа личностной идентификации (встречаемость): 86,9% и 57,2% соответственно;

- признаки сформированных и развитых навыков ответственного выбора (встречаемость): 91,1% и 67,7% соответственно;

- признаки того, что навыки ответственного выбора не сформированы и не развиты (встречаемость): 8,9% и 32,3% соответственно (менее чем в 3,6 раза);

- высокая информированность и адекватная осведомленность о вреде наркотиков (встречаемость): 88,5% и 76,6%, соответственно.

Лица с высокой степенью устойчивости к наркозависимости в 7,8 раза больше имеют высокий уровень психологического здоровья в сравнении с представителями общей репрезентативной выборки, не

имеющими наркотической зависимости (36,3% и 4,6%, соответственно) и в 1,4 раза чаще с высоким уровнем психического здоровья (42,9% и 29,8%).

Следующий этап заключался в исследовании респондентов, представляющих противоположные полюса проблемы наркозависимости: лиц, имеющих наркотическую зависимость, и лиц, имеющих высокий уровень антинаркотической устойчивости. В результате были получены следующие различия данных групп с высокой степенью достоверности (наркозависимые и лица с высокой степенью АНУ):

- наличие признаков неполноценной личностной идентификации (размытость/диффузия Эго) (встречаемость): 83,5% и 13,1% (более чем в 6 раз);

- наличие признаков полноценной личностной идентификации (встречаемость): 16,5% и 86,9% (в 5 раз реже);

- внешний локус-контроля (встречаемость): 37,8% и 2,2% (более чем в 17 раз);

- внутренний локус-контроля (встречаемость): 2,4% и 50,2% (менее чем в 20 раз);

- наличие осознанных позитивных жизненных целей и мотивов (встречаемость): 28,3% 95,2% (менее чем в 3,5 раза);

- отсутствие осознанных позитивных жизненных целей и мотивов (встречаемость): 63% и 0%;

- отсутствие полноценной информированности и адекватной осведомленности (встречаемость): 20% и 0%;

Среди активно устойчивых к зависимости от ПАВ по отношению к имеющим наркотическую зависимость, более чем в 3 раза больше тех, у кого высокий уровень психического здоровья (42,9% и 13,8%), более чем в 25 раз тех, у кого высокий уровень психологического здоровья (36,3% и 1,4%) и полностью отсутствуют лица с низким уровнем психологического здоровья. В то время как каждый третий с наркотической зависимостью имеет низкий уровень психологического здоровья.

Таким образом, в результате анализа проведенного многоуровневого исследования на большой репрезентативной группе общего населения РК, а также исследования наркозависимых, проходивших лечение в РНПЦ МСПН, и лиц, сопоставимых по возрасту, полу, этнической принадлежности, образованию с этими больными (группа внешнего контроля), были получены результаты, которые позволили сделать следующие выводы.

1. На сегодняшний день в Республике Казахстан распространенность наркомании составляет в среднем 1,7% от общего населения (приблизительно 254203 человека), что в 5,6 раза превышает показатели официальной статистики (учтенная распространенность) в отношении больных наркоманией (45 тысяч человек).

2. Среди людей, не страдающих наркотической зависимостью, выделяются лица, имеющие высокую

степень антинаркотической устойчивости – объективно активно устойчивые к вовлечению в зависимость от ПАВ. В среднем эти люди составляют 3,6% от общего населения РК.

3. Таким образом, существуют «разнополюсные» категории людей, определяющие закономерность следующего континуума: психическое здоровье - психологическое здоровье (антинаркотическая устойчивость – ФАНУ) - наркотическая зависимость.

4. Для той и другой категории людей характерны общие личностные и психологические признаки (свойства психологического здоровья) с той лишь разницей, что в группе наркозависимых они являются дефицитарными (не развитыми) или отсутствуют, а в группе людей с высокой степенью антинаркотической устойчивости они развиты, сформированы и представлены в полном объеме.

5. Свойствами психологического здоровья, определяющими личностную антинаркотическую устойчивость, являются следующие:

5.1. Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;

5.2. Адекватно сформированные навыки ответственного выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;

5.3. Качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля);

5.4. Наличие адекватно сформулированного, «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;

5.5. Наличие достаточных ресурсов (биологических и психических) для реализации вышеназванных жизненных сценариев;

5.6. Полноценная информированность и адекватная осведомленность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

6. Совокупность вышеуказанных признаков мы обозначили, как феномен антинаркотической устойчивости (ФАНУ);

7. Данный феномен антинаркотической устойчивости или свойства антинаркотической устойчивости личности являются характеристиками психологического здоровья или качественными характеристиками психического здоровья.

#### *Литература:*

1. Алтынбеков С.А. *Наркологическая ситуация в Казахстане в 1991-2001 гг. и задачи по реформированию системы наркологической помощи // Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: сборник материалов международной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под ред. Акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2003, с. 16-19*
2. Алтынбеков С.А. *Противодействие распространению наркозависимости в системе здравоохранения Казахстана // Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: сборник материалов международной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под ред. Акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2003, с. 19-22*
3. Алтынбеков С.А. *Критический анализ состояния наркологической помощи населению Республики Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2. № 1, 2002.- С. 7-11*
4. Боян Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Сквозная профилактика и неоабилитация наркомании. Павлодар, 2004*
5. Катков А.Л. *Теория и практика формирование психического здоровья населения. К 29. Костанай, 1998. – 268 с.*
6. Катков А.Л. *Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана, том 1 № 2, 2001, с. 9-12*
7. Катков А.Л. *Манифесты развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал, 2001, № 3, с. – 49-79*
8. Катков А.Л. *Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана. Том 2, № 1, 2002, с. 34-37*
9. Катков А.Л., Россинский Ю.А. «Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан» // «Сибирский вестник психиатрии и наркологии», 2002, № 4 (26), с. – 73-80
10. Россинский Ю.А. *Концепция развития психологического здоровья и стратегии формирования и развитие свойств антинаркотической устойчивости личности // Сборник тезисов к научно-практической конференции г. Барнаул 2003 г*
11. Семке В.Я. *Клиническая персонология. Томск: МГП «РАСКО». 2001. – 376 с.*
12. Семке В.Я., Корнетов Н.А. *Депрессивные расстройства – «Неинфекционная эпидемия» XXI века // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2003. № 2 (28), с.14-18*

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

### НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ АНОМАЛИИ (литературный обзор)

Б.А.Азанова

г. Павлодар

#### 1. Введение в проблему коморбидной патологии при наркозависимости

Данные о высоком уровне отягощенности наркозависимых больных различной преморбидно проявляющейся психической патологией неизменно предваряют многие работы по наркологии [272, 284]. Подчеркивается тяжесть течения зависимости, её неблагоприятный исход при преморбидном наличии психопатий [275]. В исследованиях, посвященных проблемам опийной наркомании, анализируются её отдельные аспекты в зависимости от преморбидных личностных особенностей. Это касается терапевтических ремиссий [174], расстройств эмоциональной сферы [167, 182], синдрома патологического влечения к наркотикам [172], постабстинентного синдрома [44] формирования специфической «наркоманической личности» [120], а также склонности к формированию полизависимости [169, 170].

##### 1.1. Зависимость

Проблема личности и наркотиков всегда оставалась наиболее существенной в аспекте биосоциальных взаимоотношений [268-284].

Описывая причины болезни, E.Bleuler [13] акцентировал внимание на том, что «...большинство морфинистов ab ovo - психопаты. Даже высокоодаренные и знаменитые люди становятся жертвой этой страсти; некоторые из них, несмотря на это, оставались все время на высоте. Как ни странно, приходится напоминать, что эти люди стали знаменитыми не потому, что они прибегали к помощи яда; гениальные люди просто устроены не так, как обычновенные люди: с одной стороны, они гении, с другой стороны, они склонны к разным аномалиям, которые мы можем назвать слабостями...» [268-284].

Согласно опубликованным данным, среди подростков, страдающих наркоманией, в большинстве случаев была диагностирована психопатия истеровозбудимого типа [268-284].

Фрагин В.М. (1912), проведя своё исследование клиники опийной наркомании у подростков, обратил внимание на быстрое возникновение у них изменений личности. С одной стороны, происходило заострение преморбидных личностных девиаций, с другой – наркотизация способствовала появлению таких черт характера, как лживость, эгоизм, эмоциональное огрубление, морально-этическое снижение. Наркомания приводила также

к социальной деградации больных, которая была тем значительнее, чем раньше формировалось заболевание [268-284].

По мнению Брублевского А.Г. с соавторами [1], весьма существенным фактором, определяющим формирование медицинских и социальных последствий наркомании, являются личностные девиации в преморбиде. У этих больных достоверно чаще и быстрее, чем у лиц с нормальным преморбидом, наступали изменения личности и социальные последствия. Однако на тяжесть интеллектуально-мнестических расстройств степень выраженности личностных девиаций в преморбиде влияние не оказывала. Определенное влияние на скорость формирования психоорганических расстройств у больных наркологическими заболеваниями оказывали, в частности, различные преморбидные факторы [268-284].

К таким факторам, по мнению Сироты Н.А. [14], относятся следующие: астенические, истерические и аффективные расстройства,очные страхи, расстройства сна и вегетативной сферы; разные типы патохарактерологических изменений (тормозимые, неустойчивые, шизоидные, эксплозивно-эпилептидные). Рохлина М.Л. и Врублевский А.Г. показали, что личностные девиации в преморбидном периоде, ранний возраст начала употребления наркотиков, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, воспитание в неполной семье, злоупотребление алкоголем до начала наркотизации являются неблагоприятными прогностическими факторами, определяющими скорость формирования медицинских и социальных последствий наркомании [268-284].

В другой работе Рохлина М.Л. и Воронин К.Э. отмечали в преморбиде у преобладающего большинства пациентов (62,1%) личностные девиации, причем у двух третей из них личностные девиации не выходили за рамки акцентуаций характера, у одной трети они могли быть квалифицированы как психопатии. Среди девиаций (более, чем в 50% случаев) черты повышенной возбудимости, психического инфантилизма (42,6%) [268-284].

Рохлина М.Л. и Козлов А.А. считают, что в связи с тем, что практически непрерывно происходит поступление токсических веществ в различные структуры мозга, практически невозможным представляется проследить изменения личности,

встречающиеся при отсутствии влияния токсических веществ. Усиление психопатоподобных расстройств и яркое проявление морально-этического снижения личности разных степеней выраженности может наблюдаться в предрецидивном состоянии даже в период ремиссии [268-284].

Дальнейшие патодинамические и феноменологические особенности наркомании приобретали значительное разнообразие в зависимости от типа личности и глубины коморбидных личностных расстройств. Психопатология опиоидной зависимости может быть выражена в тех же понятиях, что и другие объекты психиатрического изучения. Психиатр, описывая клинику зависимости в психическом статусе и в ходе всего клинического наблюдения, с успехом использует термины из раздела «общая психопатология». Многообразные расстройства, вызванные опиатами, по всей видимости, проявляются и могут трактоваться как процессуальные. Любой патологический процесс всегда имеет свой дебют, свою внутреннюю логику развития и варианты течения, свой финал (исходное состояние). Он также наполнен вполне конкретным содержанием - в данном случае наиболее интересно психопатологическое содержание [180-197].

Изучение любой патологии, в конечном счете, стремится к познанию её патогенеза. Что касается зависимости от опиатов, то видение её патогенеза исключительно как расстройства медиации, на наш взгляд, несколько упрощает проблематику и выхолащивает суть аддиктивного поведения с нарушенной адаптацией как системного психического (психопатологического) расстройства. Это, скорее, биологическое понимание, довольно неспецифический, болезненный ответ пораженного организма. По-видимому, в патогенезе зависимости у человека лежит сложный комплекс расстройств, реализуемых, в первую очередь, в психопатологическом смысле, и контексте - в нарушении (и серьезном) психического здоровья, развивающегося по определенному сценарию, и закономерности с формированием устойчивых патологических взаимосвязей, что приводит к устойчивой дезадаптации, неправильному (в том числе и аддиктивному) поведению, устойчивым психопатоподобным расстройствам, нарушению коммуникации и всех функций социальной личности. Заболевание, при этом, может иметь различные варианты течения, разную прогредиентность и склонность к хронизации. Подобные трактовки однозначно требуют детального изучения особенностей психопатологии при опиоидной зависимости.

Многообразные расстройства, вызванные опиатами, по всей видимости, проявляются и могут трактоваться как процессуальные. Болезнь, как уже отмечено, проявляется своеобразным «аддиктивным поведением», нарушением механизмов адаптации (вернее формированием новых болезненных

адаптивных моделей), расстройством сферы коммуникации. Болезнь течет по модели «порочного круга» И.В.Давыдовского. Аддиктивное поведение, как проявление зависимости, не является случайным, или прихотью, или результатом плохого настроения и неудовлетворенности, или данью моде. Такое рассмотрение болезни неизбежно ведет к психологизации, «бытовому» пониманию. Аддиктивное поведение также не есть результат болезни какого-то внутреннего органа или системы. Оно – абсолютно психопатологический феномен, т.е. течет по своим механизмам и подчиняется своим законам. Оно может быть (и должно быть) прогнозируемым, как прогнозируемо (по крайней мере, в понятном смысле) поведение, к примеру, больного параноидной шизофренией, когда врачу известны его болезненные, психопатологические расстройства [180-197].

Наркомания - это заболевание, которое игнорирует общепринятые представления о потребности, мотивации, личностного смысла. Теренс Маккен пишет по этому поводу: «Наркоманы - это больные люди, которые живут только для удовлетворения своих тотальных потребностей в наркотике. У бешеной собаки нет выбора – она кусает» [125].

На развитие опийной наркомании оказывают влияние характерологические особенности - наиболее благоприятным оказалось сочетание патохарактерологического развития в группе 15-16-летних по эпилептоидному, шизоидному и неустойчивому типам, наследственная отягощенность алкоголизмом по линии отца. В возрастной группе 17-18 лет преобладает патохарактерологическое развитие характера по эпилептоидному (26%), истероидному (24%) типам в сочетании с отсутствием работы, незаинтересованностью в учебе, получении профессии. Сравнительный анализ клинических проявлений опийной зависимости показал, что за последнее десятилетие, с 1988 по 1997 год, произошли существенные изменения большинства клинико-динамических параметров этой нозологической формы. В первую очередь, это касается изменения преморбидной почвы опийных наркоманий: модификация конституционально-генетического фона и перераспределения в популяции больных различных типов личностных аномалий [54, 87, 37, 148].

Различия в характере преморбидной оягощенности у наблюдавшихся больных выразились в урежении в 1995-97 г.г. грубых проявлений истероидности, возбудимости, эксплозивности, смягчении стигматов органической церебральной недостаточности [39]. При относительно стабильном, по сравнению с периодом 1988-1990 годов,дельном весе характерологических девиаций сензитивного и шизоидного круга значительно участились личностные аномалии неустойчивого круга. В 1995-1997 г.г. у больных стали более гротескными и

превалирующими черты психического инфантилизма. Модифицирующее влияние личностных факторов на патопластическое оформление ведущих симптомокомплексов зависимости может быть принято при учете характера интрапсихической преработки такими больными своего заболевания. Подчеркивается, что наркотизация меняет социальную ориентацию личности - за счет процесса социально-трудовой дезадаптации и роста числа правонарушений, т.е. криминализации [120, 36]. Показано, что у больных осложненной опийной наркоманией при большей давности заболевания – от 5 до 10 лет - наблюдается выраженная психопатизация личности, а в ряде случаев - деградация с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями [120, 55, 104, 311, 318, 337].

При изучении психопатологически сложных состояний, возникающих при многолетнем течении наркоманий, выявлена необратимость органического компонента дефекта личности в рамках хронизации процесса, который нивелирует личность больных, стирает компенсаторные возможности организма, углубляет социальную дезадаптацию больных, делая их фактически нетрудоспособными, вплоть до инвалидизации [120, 104]. При анализе медицинских последствий наркоманий указывалось на снижение «уровня личности», клинико-психопатологические признаки которого были обнаружены у 82% больных: в виде заострения преморбидных черт характера (24%), психопатоподобных нарушений (30,8%), проявлений деградации личности (в 17,2% случаев). В 71% случаев характерным было морально-этическое снижение личности, а у половины больных - интеллектуально-мнестические расстройства [7, 11].

Имела значение степень выраженности девиаций личности в преморбиде. Так, в процессе наркотизации заострение личностных черт отмечалось наиболее часто у преморбидно акцентуированных личностей, грубые психопатоподобные изменения личности - у исходно психопатических личностей (20%) с нарушением социальной адаптации. У акцентуированных личностей чаще всего выявлялась легкая степень морально-этического снижения в процессе болезни, у психопатических личностей - выраженная. Проблемой разграничения крайних вариантов нормы и патологии занимались многие авторы [10, 21, 83, 142]. Острые аффективные и патохарактерологические реакции у подростков, которые проявляются в виде реакций эманципации, группирования со сверстниками, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации и т.д. расцениваются Ю.В.Поповым, Х.Ф.Шпете [114] как предболезненные, то есть отличающиеся от болезни клинической неочерченностью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью. Степень отклонения характера А.Е.Личко, А.А.Александровым

[86] предлагается определять по зависящим от этих отклонений показателям: тяжести, продолжительности и частоте декомпенсаций, фаз, психогенных реакций и их соответствия силе и особенностям вызвавших факторов; степени тяжести крайних форм нарушений поведения; степени правильности самооценки особенностей своего характера и критичности к своему поведению.

### 1.2. Коморбидная патология

Многие исследователи, занимавшиеся изучением наркоманий, указывают на высокий уровень преморбидной отягощенности больных различной психической патологией [76, 13, 123, 333, 341, 348]. В частности, ряд авторов подчеркивает тяжесть течения наркотических зависимостей, неблагоприятный исход при их развитии на фоне психопатий [117] или органического поражения ЦНС [117, 123]. Оптимальные схемы дифференцированного медикаментозного лечения больных наркоманией, в особенности с коморбидной психической патологией (с различными типами психопатий, аффективными нарушениями, органическим поражением головного мозга), мало разработаны [76]. Между тем, в литературе обращается внимание на необходимость более сложного, комбинированного лечения коморбидной патологии [англ. 37].

Исследования личности больных наркоманией (а также токсикоманией, алкоголизмом) многочисленны [110]. В процессе болезни личность типизируется, утрачивая индивидуальные черты. Этот психический дефект в результате болезни - психопатизация - не позволяет увидеть первоначальное состояние, как шрам мешает понять, какой была кожа до ожога. Оценивая психологические факторы - предпосылки наркотизации, нельзя обойти роль индивидуальной психической патологии, клинически выраженной в разной степени, требующей специальной медицинской помощи. Уровни психического развития в популяции, как и другие характеристики, распределяются по гауссовой кривой. На одном конце этой кривой мы видим людей, управляющих наше общество, составляющих его славу, на другой - тех, которые являются предметом беспокойности психиатров и социальной заботы. Показано, что у больных осложненной опийной наркоманией при большей давности заболевания – от 5 до 10 лет - наблюдается выраженная психопатизация личности, а в ряде случаев - деградация с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальным тенденциями [120, 55, 85, 311, 314, 339].

Интерес к проблеме коморбидности в наркологии не исчерпывается социальной значимостью аддиктивных (зависимых) состояний, но имеет свое научное содержание и историю. Понятие коморбидность в широком смысле этого слова введено Feinstein (1970) для обозначения «любой отличной дополнительной клинической сущности, которая

существует или может проявляться в течение другого исследуемого заболевания». Оно отражало объективную необходимость принимать во внимание наличие сочетающихся форм патологии у одного больного не только при дифференциальной диагностике, но, особенно, при выборе индивидуальной терапевтической стратегии. Нарастающий международный исследовательский интерес к проблеме коморбидности в психиатрии и наркологии в последнее десятилетие связан с новыми тенденциями развития психофармакотерапии, нацеленной на реализацию концепции максимального сохранения качества жизни психически больным, вынужденным постоянно, а, часто, пожизненно, принимать небезразличные для организма психотропные препараты. Необходимость создания препаратов, сохраняющих свою эффективность и безопасность в реальных условиях взаимодействия ассоциированной патологии у одного больного, потребовала углубления наших знаний о проблеме коморбидности, в том числе на основе изучения клинико-патодинамических аспектов выделяемых нами ассоциированных форм аддиктивной патологии [198-214].

С позиций МКБ-10 о коморбидности говорят при наличии двух расстройств на одной оси, или по одному расстройству по нескольким осям (международная классификация болезней 10-ый пересмотр). В отечественной же наркологии сложилось более узкое представление в отношении терминологического определения вариантов сочетания нескольких патологий у одного больного. Так, по отношению к основному заболеванию (наркомании) принято выделять преморбидную (длительную) и коморбидную (присоединившуюся) патологию. Однако данная хронологическая дихотомия возникновения сочетанной патологии отнюдь не предполагает облигатного характера клинически значимого клинико-патогенетического взаимовлияния двух и более нозологических единиц и тем более не акцентирует нашего внимания на необходимости изучения имманентных механизмов развития нового клинического качества [198-214].

### *1.3. Коморбидные личностные аномалии*

Аффективные расстройства, наряду с соматовегетативными нарушениями и алгическим синдромом, занимают ведущее место в клинике опийной наркомании. Они тесно корелируют с интенсивностью патологического влечения к наркотику, определяют тяжесть ОАС и оказывают существенное влияние на течение ремиссии. Аффективные нарушения проявляются в поведенческих и психопатоподобных расстройствах. В то же время в отечественной и зарубежной литературе недостаточно уделяется внимания структуре, динамике аффективной патологии, её взаимосвязи с соматовегетативной симптоматикой, с длительностью и тяжестью наркотизации. Мало исследованы закономерности редукции аффективных расстройств, их выраженность в

зависимости от продолжительности ремиссии и качества медико-социальной реабилитации. Недостаточно полная диагностика и отсутствие адекватной терапии, направленной на устранение аффективных расстройств во время ОАС и в период становления ремиссии, утяжеляют состояние больного и часто приводят к рецидивам [237- 259].

Психопатия – стойкая аномалия личности, характеризующаяся дисгармонией эмоционально-волевой сферы и своеобразным преимущественно аффективным мышлением [17, 1, 11]. Психопатии определяют структуру личности и препятствуют полноценной адаптации личности к окружающей среде, это аномалия характера.

Триада по Ганнушкину П.Б. - характеристика психопатий: тотальность характерологических нарушений, их стойкость, изменение социальной адаптации.

По мнению К.Шнайдера, даже такое клиническое состояние, как психопатия, является «формой психического бытия», т.е. по существу нормой психики, хотя и редкой, находящейся «на хвосте» гауссовой кривой, а не на её вершине. П.Б.Ганнушкин писал о «конституционально-глупых», т.е. он и некоторую степень олигофрении также не считал болезненным состоянием [110]. В доиндустриальную эпоху интеллектуальные возможности не затребовались обществом так, как сейчас; достаточно было хорошо сражаться, скакать на лошади, играть на лютне и т.д., чтобы высоко оцениваться окружающими [2]. В период социальных катаклизмов психопаты и даже психически больные признавались выдающимися личностями, и только ретроспективно психиатры - любители истории выносят свои суждения. А Кронфельд, в свое время, проводивший психиатрическую экспертизу А.Шикельбургу, сказал: «В хорошие времена - мы ставим им диагноз (А.Шикельбургу диагноз - истерическая психопатия), в плохие они повелевают нами». Наше время предъявляет повышенные требования к качеству психики, поэтому частота психиатрических диагнозов возрастает: выявляются, фиксируются те случаи, которые при меньшей требовательности жизни, прошли бы незамеченными.

В зарубежной психиатрической литературе с 70-х годов термин «психопатия» решительно заменяется понятием «расстройство личности». Изменение названия этой наиболее распространенной аномалии психики произошло в результате дискуссии, в которой принимали участие многие известные психиатры. Термин «психопатия» стал синонимом асоциальности субъекта, а не клиническим диагнозом [338]. Карл Леонгард [90, 111] в своей известной книге «Акцентуированные личности», впервые опубликованной в 1968 г., описывает таких патологических субъектов, которые в классической литературе, без сомнения, считались бы

психопатическими личностями. «Так называемыми психопатами» обозначают их современные немецкие судебные психиатры Вильфред Раши и его ученик Норберт Конрад [126, 111]. Термин «расстройство личности» точнее отражает сущность имеющихся у пациентов нарушений и лишенного социально-отрицательного звучания, которое было свойственно представлениям о психопатии со временем их выделения в отдельную группу психических расстройств [111]. Поэтому расстройства личности как синоним психопатии были включены в классификацию Американской психиатрической ассоциации и Международные классификации 9-го и 10-го пересмотров [111]. В описании причин возникновения патологических характерологических особенностей обоснованно указывается на их полизиологичность. При этом рассматривается возможность как генетических и врожденных факторов, так и последствий органических поражений головного мозга, неблагоприятных семейных условий и неправильного воспитания [111]. Ещё О.В.Кербиков, Г.Е.Сухарева и др. выделяли «органические психопатии», в генезе которых фактор мозговой дисфункции имеет ведущее значение [111, 53]. Отечественными авторами показаны изменения функционирования катехоламиновых систем у психопатических личностей [111, 34], изменения биоэлектрической активности мозга и латерализации. Американская исследовательница I.Isador [111, 28, 64, 305, 338, 312] описала нарушения плотности мозговой ткани у пациентов с расстройствами личности.

## **2. Расстройства влечений в клинике психопатий**

Ход психического развития каждого человека обуславливается не только внутренними тенденциями, заложенными в его организации, но и многообразными экзогенными факторами [2]. Среди этих последних наибольшее значение имеют, с одной стороны, различные химико-физические воздействия – интоксикации, травмы, инфекции (особенно часто туберкулез, сифилис), а также поражения или отдельных органов или всего организма в целом, а с другой – влияния, испытываемые личностью со стороны окружающей и социальной среды. Что касается моментов первого порядка, то только в очень редких случаях можно игнорировать их роль. Но, конечно, они отступают далеко на задний план перед теми могущественными и преобразующими личность воздействиями, которые оказывает на неё социальная среда, в широком смысле этого слова. Нельзя забывать, что последняя также необходима для духовного развития человека, как воздух для его физического существования. Объекты для удовлетворения своих влечений, содержание самих психических актов, нормы поведения, горе и радость – все это человек получает исключительно от неё. Для тех психопатов,

которые отличаются слабостью воли, чрезмерной внушаемостью и податливостью по отношению к дурным влияниям (астеники, неустойчивые, истерики и пр.), то или иное влияние среды нередко оказывается решающим, определяющим весь их жизненный путь, всю их судьбу [2].

### **2.1. Клиника психопатологических проявлений в аспекте нарушения влечений (статика)**

Следуя заветам П.Б.Ганнушкина [17], изучать психопата надо как целое, как личность во всей полноте и на протяжении всего жизненного пути, мы считаем, что психопатии должны исследоваться и в статике, и в динамике, и во взаимодействии с окружающей средой с установлением взаимосвязи частных фактов в общей системе учения. Постепенно выявляется все больше доказательств в пользу формирования патологических свойств личности под воздействием среды, ситуации у лиц, ранее не выявлявших соответствующих психопатических задатков [1, 11]. Вопрос о возможности регредиентной динамики психопатий - «депсихотизация» - рассматривался преимущественно к пубертантному периоду [12, 18, 19]. Принципиальное значение здесь имеет положение, согласно которому на начальном этапе патохарактерологических развитий личности, при определенных условиях, может наступить полное устранение патологических черт.

Бессспорно, установлено [268-284], что в формировании, течении и исходах наркоманий личностный фактор играет основополагающую роль. Клинико-психопатологический подход в изучении влияния личности на патопластику психических расстройств, вообще, и для становления химической зависимости, в частности, показывает, что движущий мотив аддиктивного поведения – не поддающаяся контролю потребность «изменить своё психическое состояние» – реализуется по довольно ограниченному общему набору схем. Каждая из этих схем – отражение основных, определяющих все содержание психической жизни, личностных императивов. По убывающему порядку их значимости они располагаются следующим образом: самоубийства; оппозиция к обществу и ненависть к себе; бегство в призрачный мир фантазий; ненасытность, необузданность желаний; желаемое усиление активности; невозможность достижения спонтанных дружеских отношений и удовольствий; дефицит истинных отношений и замкнутость; желание видеть реальный мир таким, как хочется; претенциозность; душевная пустота.

Как легко видеть, эти мотивы не чужды, в сущности, никому. Однако в наибольшей мере они являются отражением глубоко личных, сокровенных потребностей инфантильной личности. В жизни всякого человека бывают моменты тревог, отчаяния, страданий, и каждый хотел бы безболезненно и быстро избавиться от своего тяжелого настроения,

---

притупить остроту конфликтов, забыть о заботах или укорах совести. Но личность зрелая отдает себе отчет в том, что устранить свои тяжелые переживания напряжением воли хотя и очень трудно, но возможно. Для инфантильной личности же соблазн достичь такой цели быстро и легко с помощью химических средств оказывается подчас непреодолимым [268-284].

С середины последнего десятилетия популяция молодых больных героиновой наркоманией пополняется главным образом за счет психически инфантильных и неустойчивых личностей. Они характеризуются специфическим сочетанием незрелости эмоционально-волевой сферы и недостаточности познавательной деятельности. Общеизвестно, что показателями зрелости в развитии личности являются способность к целенаправленной деятельности, с одной стороны, и установлению адекватных отношений с окружающими, с другой. Эти качества, являющиеся выражением сложной многообразной структуры личности, сформировались исторически [268-284].

Взаимоотношение и проявления влечения в период ремиссии неоднозначны. В ряде случаев, как это ни парадоксально, субдепрессивное настроение препятствует развитию выраженного влечения и срыва, по сути, «консервируя» трезвость, выступая в роли защитной сдерживающей реакции организма. В любом случае период ремиссии является очень ответственным в плане ведения больного и требует к себе повышенного внимания нестандартного и творческого подхода [167].

Опиоидная зависимость характеризуется серьезными нарушениями в эмоциональной сфере. Данному виду психопатологических расстройств в литературе придается значительная роль. Общей закономерностью аффективной патологии у больных опийной наркоманией можно считать постепенное, по мере динамического развития болезни, углубление симптоматики депрессивного характера в период синдрома отмены и в постабstinентный период. Психопатоподобный синдром, становясь неотъемлемой чертой наркоманической личности, в периоды актуализации патологического влечения к наркотику наполняется сменой тревожной и дисфорической окраски настроения на гневливую гипоманию, свидетельствуя о тяжести влечения [167].

## *2.2. Клиника психопатологических проявлений в аспекте патологических влечений (динамика)*

П.Б.Ганнушкиным [17] и О.Е.Фрейеровым [58] отмечено, что в некоторых случаях даже при сформировавшейся с годами психопатией при благоприятных условиях как бы спонтанно наступает стойкая компенсация, позволяющая говорить о практическом здоровье. На протяжении жизни у патологической личности можно наблюдать вначале своеобразие нормального характера, затем его заострение (акцентуированные черты характера),

временные транзиторные расстройства личности [66], позднее - уже постоянные психопатологические формы реагирования. При этом возникают значительные трудности не только при отграничении разных этапов формирования психопатий, так как существует множество постепенных «текущих» переходов между нормальной и аномальной личностью [7, 1, 11, 163], но и при ограничении их от сходных состояний. Самым частым видом динамических сдвигов и основным структурным элементом этапов динамики психопатий являются психопатические реакции. В течении психопатической реакции выделено 4 этапа, сменяющихся в определенной последовательности, каждый из которых имеет свой временный интервал и клиническую характеристику. Таковыми являются: этап отрицательного [109] эмоционального напряжения, предаффективный этап, этап аффективной разрядки и этап постаффективной астении. Сразу же следует отметить, что эта схема реакции может быть не развернутой и ограничиться одним или двумя этапами. Для первых двух этапов типичны преимущественно невротический характер симптоматики, нечеткие границы временных интервалов, возможность самокупирования и приостановления дальнейшего развития психопатической реакции. Последующие этапы отражают включение в реакцию глубинных личностных механизмов, выраженность аффективных расстройств. Чередование реакций, фаз или их сочетаний составляют декомпенсацию, которая в зависимости от преобладающей симптоматики может протекать по аффективному, невротическому и характерологическому (собственно психопатическому) типам [109].

В целом, тенденции динамики психопатии могут быть: прогредиентными, которые ведут к формированию краевой психопатии, и регредиентными, когда выход в компенсацию возможен практически на любом этапе развития. Основной закономерностью динамики психопатий у лиц молодого возраста является обратимость симптоматики и легкость переходов от состояния компенсации к декомпенсации и, наоборот. При этом отсутствует стабильная аномальная структура личности, но имеет место парциальная дистармония характера [109]. На основании полученных данных разработан вариант клинической систематики рассматриваемых психопатий. В её основу положены три критерия: статический (форма психопатии), динамический (компенсация - декомпенсация) и типологический (тип реагирования) [109].

Гипотеза психогенного (обусловленного условиями воспитания и особенностями семейных отношений в детстве) происхождения расстройств личности формулируется с психодинамических позиций, а отдельных их форм - с привлечением психоаналитических взглядов. Отечественные психиатры уже давно описывали психогенез патохарактерологического

развития личности, который обусловлен именно такими неблагоприятными воздействиями в детстве [22]. Исследования психопатологии, биологических механизмов, вопросов этиологии и патогенеза расстройства личности, а также поведенческих расстройств и их социально-правовых аспектов (в том числе и повышенной частоты агрессивных и аутоагressивных действий у психопатов) проводились взаимосвязано [30]. При постановке проблемы психопатий клиническая психиатрия была вынуждена расширить пределы своей компетенции и ввести в круг изучаемых явлений не только психопатологическую симптоматику, но и различные личностные категории: ни в одном из своих разделов психиатрия не смыкается так тесно с психологией, социологией, юриспруденцией, как при изучении расстройств личности [31, 137]. Психопатическую личность следует изучать во всех её взаимосвязях с окружающей средой, ответных реакциях и противоречиях её психики. Классические работы О.В.Кербикова обогатили представления о патохарактерологии понятиями «ядерной» (врожденной) и «краевой» (приобретенной) психопатии, а также понятием «психопатического цикла» [61, 62]. Последнее обобщение отражает свойство психопатической личности создавать конфликтную ситуацию, чему способствуют немотивированные расстройства настроения, импульсивность, агрессивность, пренебрежение морально-этическими ценностями и т.п.; сама же конфликтная ситуация в последующем становится объектом патологического (психопатического) реагирования. Усиление свойственных личности патохарактерологических черт, в свою очередь, влияет на развитие конфликта и придает ему в той или иной степени патологический характер, что нередко выливается в противоправные, в том числе, агрессивные действия [58, 84, 149, 286]. В детальное изучение динамики личностной патологии, проясняющей многие стороны делинквентного поведения, большой вклад внесли судебные психиатры, в частности Н.И.Фелинская, О.Е.Фрейеров, Е.К.Краснушкин, В.А.Внуков. В их работах выделены психопатические фазы, реакции и декомпенсации, формы патологического и психогенного развития личности. Показано, что все указанные динамические феномены могут сопровождаться тенденцией к агрессивным и аутоагрессивным действиям [15, 69, 147]. Изменение форм реагирования отражается на мотивации общественно- опасных действий у психопатических личностей: «бытовой», «психопатической», «психопатологической» [151]. Согласно представлениям, принятым в зарубежной психиатрии, о расстройстве личности следует говорить в том случае, когда те или иные личностные черты (personaliti traits) складываются в устойчивый во времени, клинический синдром, обуславливающий страдание или неспособность личности к каким-либо определенным поведенческим

проявлениям [228]. Под личностью в зарубежной литературе подразумевается сложная совокупность биологически обусловленного темперамента, интровертированная сумма опыта, включая представления о себе и других людях, внутренние конфликты. Расстройства сферы личности приводят к суицидам, насилию и агрессии, аутодеструктивному поведению, частым разводам, неудавшимся судьбам, болезненной изоляции личности [311].

### **3. Диагностика коморбидных личностных аномалий при наркозависимости**

Под акцентуациями характера понимается заострение черт характера, не доходящих до патологической степени. Акцентуации можно расположить на границе между характерологической нормой и патологией. По мнению А.Е.Личко, акцентуации отличаются от клинически выявляемой патологии характера тем, что: 1) проявляются не всегда и не везде, а лишь в тех случаях, когда трудные жизненные ситуации предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» в характере данного индивида; 2) не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации личности или нарушения адаптации носят временный, преходящий характер; 3) в определенных жизненных ситуациях могут даже способствовать социальной адаптации. Личность – это относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения (к примеру, эмоциональность, чистоплотность и аккуратность отшельника, не видящего людей многие годы), то качества личности невозможно проявлять вне общения и взаимодействия с людьми или иными живыми существами. Основными отличиями личностных качеств от характерологических черт являются: степень волевой регуляции поведения, использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков. Поступок или система поступков, как отражение особенностей характера, совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычке, и до определенной степени автоматизированы, то в рамках личностных качеств они опосредуются мотивами, интересами, склонностями, потребностями и регулируются с помощью волевых актов [165].

В донаучную, доиндустриальную эпоху интеллектуальные возможности не затребовались обществом так, как сейчас; достаточно было хорошо сражаться, скакать на лошади, играть на лютне и т.д., чтобы высоко оцениваться окружающими [2]. Психопатия - та клиническая психиатрическая форма расстройств, которой всегда придавалось большое, если не исключительно ведущее значение в

развитии наркомании. Клинические наблюдения сегодняшнего дня показывают меньший удельный вес психопатии как причины злоупотребления [110]. Более того, расширение наших знаний о психопатиях позволяет считать, что некоторые их формы, напротив препятствуют наркотизации. Так, психопатии астенического круга характеризуются не только слабостью, истощаемостью психических процессов, но и определенной соматоневрологической стигматизацией. Вегетососудистая дистония, нарушения сна, пищеварения, частота заболеваемости, в том числе аллергий, сопровождается озабоченностью своим здоровьем вплоть до ипохондрических фиксаций и неприятием того, что здоровью может повредить. Астенические психопатии удерживают также от интенсивного группового общения, а, с другой стороны, заинтересованность группы в таком соединении невысока. Для астенических психопатов характерен узкий круг общения, с одним - двумя друзьями, что снижает шансы знакомства с наркотиком. Бессспорно, подвержены наркотизации гипертимные нестабильные личности и эпилептоидные психопаты, что отмечали В.С.Битенский и соавторы. В последнем случае желательны дополнительное неврологическое обследование и объективный медицинский документальный анализ: многие случаи малой мозговой недостаточности, проявившиеся с младенчества, в дальнейшем клинически выглядят как генуинные конституциональные психопатии.

Подвержены наркотизации истерические психопаты. По существу индивидуальный, а не групповой мотив наркотизации мы видим лишь в одном варианте психического расстройства - при шизоидной психопатии или шизофрении. Это заболевание нельзя оценивать как предпосылку наркомании. Нарушения мотивационной и коммуникативной деятельности, негативизм, сопротивляющийся побуждениям извне, эмоциональное своеобразие, недостаток душевного контакта - все это препятствует стороннему влиянию, вовлечению в группу. Подростки с возбудимой психопатией являются группой риска развития алкоголизма и наркомании [164]. Пьянство при возбудимой психопатии характеризовалось ранним началом системного злоупотребления алкоголем, частыми рецидивами, брутальностью поведения, выраженным нарушением социальной адаптации.

Привыкание к наркотическим препаратам носило молниеносный характер. Абстинентные расстройства характеризовались дисфориями, агрессией, склонностью к девиантному поведению. Злоупотребление наркотическими препаратами у данной категории больных начинается обычно с 16 лет. Предпочитают наркотики, оказывающие расслабляющие действие, вызывающие «приятную волну легкости и покоя», что, в первую очередь, относится к героину. Таким подросткам менее свойственно

злоупотребление в одиночестве, дисфории у них слабо выражены. Наоборот, употребление алкоголя и наркотиков имеет оттенок демонстративности, показывая независимость, «продвинутость», что укрепляет притязание подростков на роль лидера.

В последние годы при опиатной зависимости происходит существенная трансформация личностных изменений от различий в характере преморбидной отягощенности до гротескных личностных аномалий с чертами психического инфантилизма [93]. Дальнейшее развитие болезни приводит к «заострению» преморбидных черт характера, формированию психопатоподобных и интеллектуально-мнестических расстройств, обесцениванию морально-этических категорий, что в целом и определяется как «снижение уровня личности», «изменение личности по наркоманическому типу», «органический синдром настроения». «Наркоманы последних лет характерологически иные люди, чем 10 лет тому назад», - писал Kielholz в 1952 году. Это высказывание по-прежнему актуально, мы и сегодня можем сказать, что наркоманы конца 90-х характерологически иные люди, чем 10 лет тому назад.

### 3.1. Клинико-психопатологический метод

Психопатологическое обследование включает анализ состояния сознания, сферы мышления, мотивации, интеллектуально-мнестической и познавательной сферы, эмоциональной, волевой, поведенческой.

Наиболее описанными в наркологической литературе при опиоидной зависимости являются эмоциональные нарушения [180-197].

Наиболее благоприятны для терапевтического воздействия пациенты, поступившие на лечение впервые. В дальнейшем с увеличением числа стационарований трансформируются морально-этические ценности, уменьшаются возможности самоконтроля, способности к интеграции, осознанности поведения, забота о «социальной репутации», снижается уровень личности в целом. Больные, которые в своем факторном профиле, определяемом тестом Р.Б.Кеттела, имеют значимо высокие оценки по факторам В, С, Е, G, H, Q1, Q3, успешны в процессе реабилитации и способны к длительной терапевтической ремиссии. Интегральные характеристики «сомато-психического дискомфорта» и «асоциальности», выявляемые тестом MMPI, а также низкие оценки по факторам B, C, M, Q1 служат критерием неблагоприятного прогноза в реабилитации больных наркоманией.

В последние годы при опиатной зависимости происходит существенная трансформация личностных изменений от различий в характере преморбидной отягощенности до гротескных личностных аномалий с чертами психического инфантилизма [93].

### 3.2. Экспериментально-психологический метод

Многие исследователи, занимавшиеся изучением наркоманий, указывают на высокий уровень

преморбидной отягощенности больных различной психической патологией [76, 13, 124, 307, 313, 333]. В частности, ряд авторов подчеркивает тяжесть течения наркотических зависимостей, неблагоприятный исход при их развитии на фоне психопатий [117] или органического поражения ЦНС [117, 123]. Оптимальные схемы дифференцированного медикаментозного лечения больных наркоманией, в особенности с коморбидной психической патологией (с различными типами психопатий, аффективными нарушениями, органическим поражением головного мозга), мало разработаны [76]. Между тем, в литературе обращается внимание на необходимость более сложного, комбинированного лечения коморбидной патологии [331].

### 3.3. Специальный метод

В зарубежной литературе импульсивность, агрессивность, аморальность, безответственность и антисоциальность рассматриваются как неотъемлемые свойства патологической личности, прямо ведущие к преступлениям [30]. Предлагается признать психопатию «категориальной ошибкой» и исключить это понятие из сферы психиатрии, поскольку оно подразумевает социально-контрольные функции и тем самым принадлежит этике и праву, не имея отношения к медицинской диагностике и терапии [30]. Некоторые зарубежные авторы убеждены, что для психопатов социальные правила не являются сдерживающими моментами, а идеи всеобщего добра приводят их в недоумение и кажутся пустой абстракцией [30]. Для того, чтобы заставить окружающих следовать своим собственным эгоистическим потребностям, психопаты злоупотребляют доверием окружающих, интригуют, используют запугивание, принуждение и насилие. Неспособные к пониманию других людей, сочувствию и состраданию, они хладнокровно попирают общепринятые нормы и представления, склонны делать все, что им заблагорассудится, без тени сожаления или вины. Несмотря на то, что они составляют около 1% от общей популяции, на долю психопатов приходится значительная часть тяжких насильственных преступлений, порождающих социальную нестабильность в любом обществе. Психопатия обуславливает неспособность личности усвоить соответствующее социальной норме поведение, а данная неспособность может (отнюдь не всегда) привести к появлению антисоциальных установок, которые, в свою очередь, могут реализоваться в преступном поведении [96, 115]. Особого внимания заслуживают взгляды Э.Фромма [153], который выделяет у человека два совершенно разных и резко контрастирующих между собой вида агрессии. Первый – это общая с животными оборонительная, «добропачественная» агрессия, которая затухает, как только исчезает опасность. Второй вид - характерные только для человека, не имеющие филогенетической программы и цели,

лишенные биологического смысла деструктивность и жестокость. Для понимания генезиса этих явлений Э.Фромм настаивает на необходимости постановки вопроса о дифференциации категорий инстинкта и характера. Первая представляет собой естественную область «органических влечений»; вторая - специфически человеческие страсти, соответствующие экзистенциальным потребностям и их взаимодействию с различными социальными условиями, что в определенных случаях образует «различные формы и личностные типы злочастивной агрессии», которая является одним из способов реагирования человека на беспомощность, страх, заброшенность и одиночество, ненормальные условия жизни. Э.Фромм пришел к определению, что в зрелом возрасте характер становится «относительно стабильной системой всех неинстинктивных стремлений, через которые человек соотносится с природным и человеческим миром». Сфера личности и её аномалии обуславливают, согласно Э.Фромму, доброкачественность или деструктивность проявлений агрессии. Мотивация отражает потребности, поведенческие установки, средовые воздействия, весь опыт личности, а также влияние психических нарушений. За внешне сходными правонарушениями психопатов и здоровых людей могут лежать совершенно разные механизмы мотивообразования, что позволяет говорить об особенной «психопатической» мотивации. Само формирование мотива у психопатической личности подчиняется, по-видимому, общим закономерностям мотивации поведения человека и происходит в результате актуализации потребностей субъекта, ставящего перед собой определенные цели, в процессе деятельности, отражающей все стороны личности, в случае психопатии и все её «патологические изъяны» [4, 27, 118]. В.В.Гульдан к нарушениям опосредования потребностей у психопатических личностей относит аффектогенные мотивы, которые ведут к преступлениям, совершающим под влиянием эмоционального возбуждения, и связанны с особенностями эмоционального реагирования психопатов и их склонностью к агрессивным действиям вследствие повышенной эмоциональной возбудимости и ригидности аффекта [30]. Актуализация этих мотивов происходит в условиях аффектогенных ситуаций, которые подразделяются на три типа, соответственно трем уровням регуляции психической деятельности [30]. Это ситуации, предъявляющие повышенные требования к психической деятельности; ситуации, ущемляющие основную личностную позицию, притязания, самооценку; ситуации, предъявляющие повышенные требования к сознательной регуляции поведения [30]. К этой же группе нарушений относятся ситуационно-импульсивные мотивы, которые ведут к непосредственному удовлетворению актуальной потребности с помощью «ближайшего» объекта,

без учета существующих социальных норм, прошлого опыта, внешней обстановки, возможных последствий своих действий [30]. Ситуация здесь не является сама по себе пусковым механизмом, но лишь включает в себя объект, актуализирующий значимые потребности. У психопатических личностей алкогольное опьянение является фактором, провоцирующим противоправные действия по ситуационно-импульсивным мотивам, поскольку оно усугубляет нарушение способностей к прогнозированию и социальному контролю. Действия, вызываемые этими мотивами, отличаются отсутствием предварительного планирования. Антические мотивы отражают нарушения самого высшего уровня регуляции поведения: морально-этические и правовые нормы [30]. В группе мотивов, связанных с нарушением опредмечивания потребностей, различают мотивы-«суррогаты», связанные с реализацией потребностей в объектах, биологически неадекватных и запрещаемых существующими социальными нормами. Эти мотивы, как правило, детерминируют кражи, поджоги, бродяжничество, но, главным образом, сексуальные преступления. Мотивы психопатической самоактуализации ведут к действиям, при которых побудительную силу приобретает та или иная черта личности и стремление к её реализации. Эти черты являются основой «стереотипных и ригидных» «сценариев личности», осуществляемых в значительной мере независимо от оценки внешних обстоятельств и реальных потребностей субъекта. Суггестивные мотивы основаны, главным образом, на внушаемости субъекта и имеют значение в совершении групповых противоправных действий у «ведомых» личностей [30].

Криминогенными являются не сами психопатические личности, а характерные особенности формирования мотивов и способы их реализации [39]. Это находит свое отражение и в агрессивном поведении психопатических личностей, т.е. в реакции личности на фruстрацию потребностей и конфликт [39]. Различия в формах и способах реагирования, очевидно, отражают разную биологическую основу (и «нейрохимическую конституцию») личностных девиаций с разным стеническим радикалом: гиперреактивности стрессреализирующих систем и гипо-реактивности стресслимитирующих, способствующих реализации агрессивных побуждений [30].

Важно отметить, что понятие личности не исчерпывается представлениями о характере. Характерологические особенности наряду с типом темперамента составляют сущность индивидуальности и задают план выражения личности, тогда как содержание личности определяется направленностью, т.е. доминирующей системой потребностей и мотивов, ценностными установками, особенностями самосознания, представленностью в межличностных отношениях [155]. Для определения мишеней психотерапевтического воздействия и

осуществления личностно ориентированных подходов, к которым относятся психодинамическая, гуманистическая, эзистенциальная, когнитивно-аналитическая психотерапия, ключевое значение имеют все грани и составляющие личности. В то же время для выбора стиля взаимодействия с пациентом, для определения диапазона приемлемости поведения психотерапевта наиболее важным представляется акцент на характерологических особенностях больного и, прежде всего, стержневых свойствах характера. Именно в случаях психопатий с наибольшей очевидностью выступает производность многих черт личности от её центральных, стержневых особенностей [155]. Однако даже при отсутствии психопатии можно говорить о характерологическом своеобразии, специфическом, не обязательно болезненном складе характера, который определяет индивидуальный стиль взаимоотношений пациента с окружающим миром и учет которого может быть использован врачом в процессе психотерапии [155].

Принципиальных отличий по качественной структуре непсихопатические личности не имеют. При этом каждый тип личности укладывается в представление о единственном стержневом свойстве [65]. На последующих этапах психотерапии, возможно, и в ряде случаев необходимо, изменение тактики психотерапевта для подталкивания пациента к осознанию своих типичных способов реагирования и к изменению неэффективных форм поведения [155]. Так, по отношению к пациентам с истерическим типом характера при сохранении заинтересованности следует занимать ограничительную позицию, которая позволяла бы предотвращать манипулирование психотерапевтом. Для этого важно строго придерживаться времени, отведенного на встречу, сохранять определенную дистанцию, контролировать ситуацию, что требует некоторой жесткости со стороны психотерапевта [155]. При работе с пациентами психастенического склада тактика доминирования должна сменяться партнерскими отношениями с предоставлением пациенту самостоятельности, активности в контакте с психотерапевтом и передачей ответственности за то, что происходит в его жизни. Не претендуя на перестройку характера пациента в целом, психотерапия в качестве одной из задач ставит осознание неадекватных способов реагирования и выработку иного, более психологически здорового отношения к людям, миру, себе [155].

Личность – это относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения (к примеру, эмоциональность, чистоплотность и аккуратность отшельника, не видящего людей многие годы), то качества

личности невозможно проявлять вне общения и взаимодействия с людьми или иными живыми существами. Основными отличиями личностных качеств от характерологических черт являются: степень волевой регуляции поведения, использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков. Поступок или система поступков как отражение особенностей характера совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычке и до определенной степени автоматизированы, то в рамках личностных качеств они опосредуются мотивами, интересами, склонностями, потребностями и регулируются с помощью волевых актов [165].

#### **4. Лечение коморбидных личностных аномалий**

Лечение больных героиновой наркоманией с коморбидной личностной патологией проводилось в соответствии с четырьмя основными принципами: этапность, комплексность, максимальная индивидуализация, условие полного отказа от любых ПАВ.

##### **4.1. Медикаментозная терапия**

Этапность лечения определялась последовательной динамикой клинической картины, в соответствии с чем выделялись следующие этапы:

- а) терапия острых нарушений (включавшая купирование абstinентного и псевдоабstinентного синдромов, 2-3 недели);
- б) поддерживающая терапия в рамках основного курса лечения героиновой зависимости (до 2 мес.);
- в) поддерживающая терапия в рамках коррекции личностных расстройств (2 раза в год по 1–1,5 мес., а также по мере необходимости).

Комплексный подход подразумевал сочетание на всех этапах лечения психофармакотерапии с психотерапевтическим воздействием. Психофармакотерапия включала в себя препараты разных химических групп и была направлена на максимальное облегчение симптоматики, связанной как с отменой героина, так и с декомпенсацией личностных расстройств, что определяло выбор препаратов и их дозы. Дозы препаратов базовых схем могли отличаться в 2-4 раза (например, клофелина – от 0,3 до 0,9, финлепсина от 0,3 до 1,2 г, трамала – от 0,15 до 0,4 г в сутки). Препараты поддерживающего курса назначались с учетом ведущего синдрома (депрессивного, астенического, дисфорического, апатического, тревожного и/или их сочетания); схема, как правило, включала антидепрессант (амитриптилин, анафранил, коаксил, мелипрамин, флуоксетин), нейролептик (азалептин, хлорпротиксен, сонапакс, галоперидол, тизерцин, флюанксол) и антиконвульсант (финлепсин).

Коррекция психопатоподобных расстройств осуществлялась тимонейролептиками (сонапакс, хлорпротиксен, терален), которые использовались без назначения нейролептических корректоров.

Тактика терапии больных наркоманией, развившейся у психопатических личностей различного круга, в одинаковой степени включала в себя фармакологическое (большой частью психофармакологическое) воздействие как на основное заболевание (наркоманию на разных её этапах - абстинентного синдрома, постабстинентного состояния, в ремиссии), так и на обостряющиеся психопатические особенности. Подобная тактика позволяла уменьшать тяжесть проявлений и укорачивать сроки течения абстинентного синдрома, постабстинентное состояние протекало легче, в ремиссии реже проявлялось обострение патологического влечения к наркотику [76]. Все это положительным образом отражалось на общем состоянии больных, способствуя удлинению и качественному улучшению ремиссии.

##### **4.2. Биологическая терапия**

Были разработаны схемы и принципы лечения, наиболее эффективные для каждого типа личности. Преобладание биологической терапии или социально-реабилитационных мероприятий, рациональной или суггестивной терапии, либо воздействия со стороны семьи зависело от текущего психического статуса больного и данных патопсихологического обследования. Так, наиболее эффективной психофармакотерапия была для пациентов стенического и астенического круга. Ограничительные мероприятия выходили на первый план у неустойчивых и в контрольной группе. Рациональная терапия была наиболее адекватной для больных контрольной группы и стенических, а суггестивная – для больных астенического и истерического круга. Важность семейной психотерапии была обусловлена наличием у пациентов с личностными аномалиями деформации межличностных отношений.

##### **4.3. Психологическая**

Основы изучения психологией личности с пограничными расстройствами были заложены концептуальными трудами Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьева, В.Н.Мясищева в отечественной психологической школе и классиками фрейдовского направления. Такой теоретический базис позволил современной психологии преодолеть зависимость от физиолого-механистических подходов в изучении субъективного мира личности с пограничными нарушениями в психической деятельности и приблизиться к достижению фундаментальной проблемы – проблемы самосознания [128]. Форма изложения концепции самосознания, выбранная Е.Т.Соколовой – это представление целостной теоретико-методологической парадигмы, экспериментальное её обоснование в иллюстративноеcommentирование. В основе теоретической парадигмы автора лежит личностный подход к изучению самосознания. При этом автор справедливо подчеркивает, что реализация личностного подхода к изучению самосознания требует определения релевантного круга переменных, выступающих в роли личностных

факторов. В ряде своих исследований Е.Т.Соколова в качестве таковых выделяет структуру потребностей и мотивов общения, что позволяет продуктивно изучать трудности процесса адаптации и развития личности, а также глубинную природу личностных конфликтов. Однако в трактовке Е.Т.Соколовой имеется и принципиальное своеобразное понимание реакции пограничной личности: если в клинически ориентированных исследованиях подчеркивается и особо выделяется связь преморбидных особенностей (клинических радикалов) с развивающимися на их основе различными формами пограничных расстройств, то предлагаемый психологический подход, в определенной мере, отвлекается от специфики, связанной с клиническим радикалом, ради выявления узловых личностных нарушений, общих для всех форм пограничных расстройств. Пограничная личностная структура определяется Е.Т.Соколовой как сложившийся в патогенных семейных условиях ригидный паттерн (стиль) интра- и интерпсихических связей, системыобразующие радикалы которого - психологическая недифференцированность и зависимость - характеризуют три взаимосвязанных составляющих его структуры: образ Я, стратегии саморегуляции и коммуникации. Одной из важнейших особенностей пограничного сознания, сознания малодифференцированного является непереносимость амбивалентности и противоречий, невозможность существования в субъективной картине мира и образа Я «хорошего» и «плохого» [128].

## 5. Реабилитация

Последовательность программ реабилитации больных наркоманиями предполагает преемственность следующих основных её этапов - дезинтоксикации, психотерапевтического отвыкания от наркотиков и реадаптации. Проведение психотерапевтических программ мотивированным больным на этапе отвыкания от наркотиков предполагает в большинстве случаев включение дифференцированных вариантов поддерживающей психофармакотерапии. К практическим задачам психотерапевтических программ относится формирование у пациентов механизмов личностного сопротивления в ситуациях предложения наркотика на основе сочетания индивидуальной, групповой и семейной психотерапии с использованием современных техник. Следует отметить трудоемкость данного этапа, требующего максимальной концентрации объединенных усилий наркологов, психотерапевтов, психологов, лиц из ближайшего окружения больного. Видное место в реабилитации занимает выполнение программ психотерапевтического досуга, включающих телесноориентированные варианты психотерапии. Заключительный этап реадаптации больных наркоманиями, как показывают международные достижения в этой области, предпочтительнее

проводить в загородных Центрах, которые осуществляют свою деятельность с использованием практического опыта реабилитационных коммун (поселений) сообществ анонимных наркоманов. Важное значение для ресоциализации больных наркоманиями приобретает их вовлеченность в профессиональное обучение, поскольку большинство пациентов не имели специальности к началу заболевания в подростковом или юношеском возрасте [9].

### 5.1. 1-ый этап

При работе с психопатическими личностями реабилитационные и психотерапевтические мероприятия осуществлялись с большим трудом по сравнению с остальными пациентами. В ремиссиях вление к наркотикам существенно чаще носило у них компульсивный характер и проявлялось в постоянной форме. Периоды воздержания от психоактивных веществ у психопатических личностей были достоверно короче, чем у остальных пациентов. В целом, у больных с психопатиями зависимость от героина протекала более прогредиентно, чем у пациентов с акцентуациями и вошедшими в контрольную группу. Центральным принципом реабилитационных программ, используемых в клиниках, является индивидуально-развивающий подход [141]. Очевидно, что не существует хороших или плохих программ реабилитации, точно также, как не может быть «чудодейственных» универсальных методик, которые могут помочь любому больному [141]. В зависимости от типа личности, патохарактерологических особенностей пациента, выбирается тот или иной план реабилитационных мероприятий [141]. Среди методов психокоррекции обычно выделяют манипулятивные, развивающие и саморазвивающие, которые соответствуют разным типам пациентов и различным этапам работы с ними [141]. В зависимости от диагноза и индивидуальной программы одни пациенты, например, с повышенной агрессивностью, делинквентным поведением нуждаются в дозированных физических нагрузках на специальных тренажерах (они в дальнейшем хорошо восприимчивы к экстремальным видам спорта); другим - астенизованным, со слабой волей, показаны арттерапия и занятия по методике компьютерной виртуальной реальности, с третьими оптимально заниматься в группах, где они сами выступают в виде неформальных лидеров (в случае успеха программы из них получаются толковые каунсеры («спонсоры», «старшие коллеги» в терапевтических сообществах типа АА и АН) [141]. Из психотерапевтических методов нашей психологической службой широко используются современные актуальные техники - от эриксоновского гипноза и трансактного анализа до телесно-ориентированной терапии (TOT) включительно. Своёобразие программы ТOT состоит в том, что в результате прохождения курса эффективно прорабатывается эмоциональная сфера психики больного, тот

самый её компонент, который наименее затронут в процессе интоксикации наркотическими веществами. Используются приемы научения и развития социальных навыков, предлагаются и осваиваются новые способы социализации, новые «условные рефлексы». При этом «снимается» негативный эмоциональный фон - с тревожностью, чувством вины, агрессией и аутоагрессией, неуверенностью в себе. Значительная часть наших пациентов имеет домородидные психические расстройства, что требует применения методов, общепринятых в клинической и социальной психиатрии [141].

### 5.2. 2-ой этап

Стиль психотерапевтического взаимодействия определялся типологическими и индивидуальными особенностями больных. Стеничные требовали к себе уважительного, спокойного отношения, истерики – повышенного внимания, неустойчивые – более жесткого, вплоть до директивного стиля, астеники – поддержки и мягкости.

При проведении групповой интерперсональной психотерапии оказалось целесообразным использовать подход к больным, учитывающий глубину имеющихся у них личностных аномалий. Если аномалии не достигали степени психопатии, такие пациенты включались в группы. Психотерапевтическая работа с пациентами, личностные аномалии у которых достигли уровня психопатии, велась, в основном, в индивидуальных формах.

К практическим задачам психотерапевтических программ относится формирование у пациентов механизмов личностного сопротивления в ситуациях предложения наркотика на основе сочетания индивидуальной, групповой и семейной психотерапии с использованием современных техник. Следует отметить трудоемкость данного этапа, требующего максимальной концентрации объединенных усилий наркологов, психотерапевтов, психологов, лиц из ближайшего окружения больного. Видное место в реабилитации занимает выполнение программ психотерапевтического досуга, включающих телесноориентированные варианты психотерапии [9].

### 5.3. 3-ий этап

Заключительный этап реадаптации больных наркоманиями, как показывают международные достижения в этой области, предпочтительнее проводить в загородных Центрах, которые осуществляют свою деятельность с использованием практического опыта реабилитационных коммун (поселений) сообществ анонимных наркоманов. Важное значение для ресоциализации больных наркоманиями приобретает их вовлеченность в профессиональное обучение, поскольку большинство пациентов не имели специальности к началу заболевания в подростковом или юношеском возрасте [9].

Психотерапевтическая работа с больными подразумевала полный отказ от любых психоактивных веществ, что было обусловлено наличием

коморбидной личностной патологии и, соответственно, особой легкостью возникновения у них перекрестной зависимости от веществ неопиоидной природы: как «легких» наркотиков (типа гашиша), так и алкоголя.

Особое значение в достижении долгосрочной стойкой ремиссии имело то обстоятельство, что все пациенты после купирования опийного абstinентного синдрома прошли курс медико-социальной реабилитации, длившийся не менее 6 месяцев. В дальнейшем им была оказана социальная поддержка при восстановлении на учебу в СПТУ, ВУЗы, в устройстве на работу по месту жительства. У 21 пациента (41,2%) этой группы отсутствовали признаки акцентуации в преморбиде, что почти в 2 раза чаще, чем в 1 группе (21%). По-видимому, наличие или отсутствие акцентуаций характера в преморбиде является одним из высоко значимых факторов, определяющих качество (длительность и устойчивость) ремиссии, а также частоту возникновения выраженных аффективных расстройств и соматоневрологических нарушений, спонтанно обостряющихся во время ремиссии, приводящих к рецидиву заболевания.

При ремиссиях, длящихся свыше 6 мес., различные эмоциональные, нарушения возникают обычно как реакция на психотравмирующие обстоятельства, а также в результате высоких физических, психологических, интеллектуальных нагрузок, неустроенности быта, личной жизни, трудностей приспособления к новому коллективу.

Вероятность наступления долгосрочной стойкой ремиссии резко повышается при проведении медико-социальной реабилитации в условиях специализированного психотерапевтического центра с длительностью пребывания в нем не менее 6 мес. Возникновению длительной ремиссии способствует отсутствие дисгармоничного склада характера [137].

## 6. Профилактика

Главной задачей лечения и реабилитации наркомании является не только помочь пациенту в прекращении употребления наркотика, но и обеспечение стабильности изменения образа жизни на продолжительное время. Эта точка зрения обувила проведение ряда теоретических и практических исследований, посвященных поиску детерминант рецидива и созданию терапевтических программ, которые должны помочь пациентам противостоять срывам и рецидивам.

Результат успешного планирования профилактики срыва – это человек, который больше не употребляет наркотиков и алкоголя, чувствует себя комфортно в трезвости и знает о своих симптомах – предвестниках срыва, имеет план действий для прерывания этих симптомов при их появлении и список своих проблем для прохождения курса консультирования.

Успешная работа по профилактике рецидива имеет своё завершение и подкрепление. Для этого необходимо, разработать дальнейший план предотвращения срыва совместно с планом выздоровления, используя при этом работу в лечебной

субкультуре (группы АА, НА); объединить планирование профилактики срыва с продолжающимся лечением пациента и его семьи; объединить планирование профилактики срыва с планом поддержания трезвости [285].

#### Литература:

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация.- В кн.: Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Наука, 1976. - С. 4
2. Аммон Г. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С.38-44
3. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1991
4. Антонян Ю.М. Жестокость в нашей жизни. – М., 1995
5. Брандт И., Михайлов В., Кожемякин А. Новый способ лечения опийной наркомании. Психические нарушения при стрессовых расстройствах, алкоголизме, наркоманиях. – Хабаровск, 1997. - С. 21, 70-80
6. Балинский И.М. // Вестн. клин. и судебн. психиатр. и невропатол. – 1885. – Вып.3 – С. 368-371
7. Бехтерев В.М. Психопатия и её отношение к вопросу о вменении. – Казань, 1886 // Журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева, 1992, № 3
8. Бутома Б.Г. // Журнал невропатол. и психиатр. – 1992. – вып.2. – С. 122-126
9. Бохан Н.А., Г.Г. Перемитин, Л.П. Якутенок, А.П. Агарков, Е.М. Редченкова (Томск, Россия) Научно-организационные проблемы реабилитации больных наркоманиями в Томске // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996, № 2
10. Бехтерев В.М. Психопатия (психо-нервная раздражительная слабость) и её отношение к вопросу о вменении. – Казань: 1886 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
11. Батеева Л.А. Динамические варианты психопатий в юношеском возрасте. – В кн.: Актуальные вопросы психиатрии. - М., 1985. - С. 67-69
12. Брюховецкий А.С. Типы и клинические варианты динамики психопатий в практике военной психиатрии (Психопатические реакции и декомпенсации). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л. : изд. инст. им. Бехтерева, 1990
13. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соиск. учёной степени к.м.н. – М., 1994. –24 с.
14. Бехтерев В.М. Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и её отношение к вопросу о вменении. – Казань: 1886 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1. - С. 29
15. Внуков В.А. Психопатии и их судебно-психиатрическое значение. – М., 1934. – С. 10-14
16. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, НГМА, 2000
17. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: Их статика, динамика, систематика. -М.: Север, 1933 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
18. Гиндикин В.Я. Психопатии и патохарактерологические развития. – В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. - Л., 1967. - С. 152-182
19. Гиндикин В.Я. Типовые ошибки при установлении диагноза психопатии в детском и подростковом возрасте. В кн: Четвертая Всерос. конф. по неврол. и психиатр. детск. возраста. - М., 1978. - С. 130-182
20. Гурьева В.А. Психопатии. – В кн.: Диагностика и экспертиза при психических расстройствах у лиц допризывных и призывающих возрастов. – Без места изд., 1986. - С. 121-139
21. Горьковская И.А. К вопросу разграничения психопатий и акцентуаций характера у подростков-делинквентов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1992, № 3
22. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. – М.: Медицина, 1980 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
23. Горинов В.В., Горшков И.В. Арх. Психиатр – 1995. – вып. 9. – С. 96-97
24. Горинов В.В., Горшков И.В. // Соц. и клин. психиатр. – 1997. - № 2. – С. 25-31
25. Горшков И.В. Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М., 1996. – С. 289-292
26. Горшков И.В., Зулкарнеев Р.М. Тяжкие преступления в семье. – М., 1997
27. Горьковская И.А. // Обозр. психиатр. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. –1993-33. – С. 114-116
28. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. – М., 1964. – С. 290
29. Гурьева В.А. Некоторые материалы к изучению генеза и динамики становления психопатий в подростковом и юношеском возрасте // Журнал невропатол. и психиатр., 1971, № 1. - С. 1533-1537 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 1991, № 1

- 
- 
30. Горшков И.В., В.В.Горинов *Расстройства личности и агрессия* // *Российский психиатрический журнал*, 5. – С. 98
31. Гульдан В.В. *Криминальная мотивация*. Под редакцией В.Н.Кудрявцева. – М., 1986. – С. 189-250
32. Дмитриева Т.Б. *Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции)*: Дис. д-ра мед. наук. – Л., 1990 // *Российский психиатрический журнал*, 2. – С. 97
- 33 . Двойнин В.Н. *Дифференциальная диагностика психических расстройств*. – М., 1991. – С. 30-33
34. Дмитриева Т.Б. *Динамика психопатий: Автoreферат дисс. д-ра мед. наук.* – М., 1991
35. Дмитриева Т.Б., Плотникова О.П., Филимонова Т.Д. *Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы*. – М., 1989. – С. 70-78
36. Елисеев И.М. / Сб. *Клинические аспекты социальной реадаптации психических больных*, Москва, Медицина – 1976. - С. 151 –161
37. Забродин Ю.М., Похилько В.И., Шмелев А.Г. *Статистические и семантические проблемы конструирования и адаптации многофакторных личностных тест-опросников* // *Психологический журнал*, 1987, № 6. – С. 79-89
38. Земская А.Г., Иова А.С., Сокаре К.М., Иваненко В.К. // *Журнал невропатол. и психиатр.* –1983. – 36. – С. 855-859
- 39 . Иванец Н.Н., М.В. Демина (Москва, НИИ наркологии МЗ России), *О патоморфозе клинической картины современных опийных наркоманий* // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, 1998, № 3
40. Иванов Н.Я., Личко А.Е. *Усовершенствование процедуры обработки результатов, полученных с помощью «Патохарактерологического диагностического опросника» для подростков.* – Л.: изд. Инст. Им. Бехтерева, 1981. С. 5-28 // *журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*, 1992, № 3
- 41 . Исаев Д.Н. (Ленинградский педиатрический мед. институт) *Роль современных психогенных и неблагоприятных социальных факторов в генезе психосоматических расстройств у детей*
42. Кербиков О.В., Гиндикин В.Я. // *Журнал невропатол. и психиатр.* –1960, № 1. - С. 61-76
43. Иванец Н.Н. *Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам.* - М., 1997. - С. 3-72
44. Иванец Н.Н., Винникова М.А. *Героиновая зависимость.* - М.: Медпрактика. – М, 2001
45. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Небаракова Т.П. и др. *Опыт применения антидепрессанта аурорикс при лечении алкоголизма. Вопросы наркологии.* – 2000. - № 2. – С. 17-22
46. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Коган Б.М. и др. *Опыт применения прозака (флуоксетина) при лечении зависимости от психоактивных веществ* // *Вопросы наркологии.* – 1997. - № 2. - С. 18-26
47. Иващенко О.И. *Социальная и судебная психиатрия: история и современность.* - М., 1996. – С. 256-259
48. Кербиков О.В., Фелинская Н.И. *Судебная психиатрия.* – М., 1978. – С. 327-350
49. Ковалев В.В. *Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.* – М., 1985. – С. 285
50. Клименко Т.В. *Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автoreф. дисс. на соиск. учен. степени д.м.н.* – М., 1996. – 33 с.
51. Клименко Т.В. *Основные тенденции развития синдрома патологического влечения к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии* // *Соц. и клин. психиатрия.* 1994. № 1. - С. 64-69
52. Кербиков О.В. *Избранные труды.* – М., Медицина, 1971 // *журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии*, 1991, № 1
53. Курек Н.С. *Нарушение целенаправленной активности у больных опийной наркоманией* // *Психологический журнал*, 1993, № 4. - С. 118-125
54. Кошкина Е.А. // *Вопросы наркологии.* – 1993. - № 4. – С. 65-70
55. Кошкина Е.А., Шамота А.З., Корчагина Г.А. и др. *Методы изучения распространенности потребления психоактивных веществ среди различных групп населения: Пособие для врачей психиатров-наркологов.* - М., 1997. - С. 82
- 56 . Кулагина Н.Е. *Варианты течения и клинических проявлений эфедроновой и первитиновой наркомании:* дисс. Канд. – М. –1992. – С. 15-16, 90-92, 96
57. Кербиков О. В. *Динамика психопатий и патологических реакций.* – В кн.: *Пограничные состояния.* - М., 1965. - С. 5-14
58. Кербиков О.В. *Клиническая динамика психопатий и неврозов. Актовая речь.* – М.: изд. 1-го Московск. мед. инст., 1962 // *журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии*, 1991, № 1
59. Кулев И.Л. *К клинической динамике так называемых органических психопатий* // *Журнал невропатол и психиатр.* 1964, № 5. - С. 730-734 // *журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии*, 1991, № 1
- 
-

- 
- 
60. Кербиков О.В., Гиндикин В.Я. // Журнал невропатол. и психиатр. – 1960. - № 1. - С. 61-76
61. Кербиков О.В., Гиндикин В.Я. Вопросы профилактики нервных и психических заболеваний (Труды ин-та им. В.М.Бехтерева, Т.27). – Л., 1962. – С. 61-73
62. Кербиков О.В. Пограничные состояния (Труды 4-го Всесоюз. съезда невропатол. и психиатров. Т. 5). – М., 1965. – С. 5-14
63. Кербиков О.В., Фелинская Н.И. // Судебная психиатрия. – М., 1978. – С. 327-350
64. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985. – С. 285
65. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979
66. Кон И.С. Постоянство и изменчивость личности Психологический журнал, № 4. - С.126-137
67. Кербиков О.В. К учению о динамике психопатий – В кн.: Избр. тр. М., 1971, стр.163 – 187// журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1992, № 3
68. Краснушкин Е.К. Преступники- психопаты. – М., 1929. – С. 3-20
69. Краснушкин Е.К. Психоневрологические науки в СССР // Материалы 1-го Всесоюз. Съезда по изучению поведения человека. – М., 1940. – С. 69-77
70. Краснушкин Е.К. 50 лет психиатрической клинике им. Корсакова. – М., 1940. - С. 69-77
71. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - 1985
72. Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости. – М., 1980
73. Корнилов А.П. Судебная и социальная психиатрия 90-ых годов. – Киев, 1994. – Т. 1. – С. 129-130
74. Корсаков С.С. Курс психиатрии. – М., 1901. – Т. 2
75. Кривенков А.Н., А.Л. Игонин, Н.Е. Кулагина, Ю.Б. Тузикова, В.Н. Карабулькин Особенности фармакотерапии больных героиновой наркоманией с коморбидной психической патологией // журнал Наркология, № 3, 2002
76. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореф. дисс. на соиск. ученой степени д.м.н. – М., 1996. – 33 с.
77. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1977. – С. 61-70
78. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1977. – С. 61-70
79. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
- 80 Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1977
81. Личко А.Е.Психопатии и акцентуации у подростков. –2-е изд. доп. И прераб. – Л.: Медицина, 1983
82. Леонгард К. Акцентуированные личности. - Киев: Выща школа, 1989, 375 с. // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1992, № 3
83. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е. – Л.: Медицина, 1983, 256 с. // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1992, № 3
84. Лукачев Г.Я., Врублевский, Ласкова Н.Б. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1987. – Т. 87, вып. 11. – С. 1653-1657
85. Личко А.Е., Александров А.А. О разграничении психопатий и акцентуаций характера по степени выраженности. - В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л.: изд. Инст. им. Бехтерева, 1973. - С. 84-93 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1992, № 3
86. Лурье С. Антропологи ищут национальный характер Знание – сила. 1994, № 3. - 48-53
87. Лоренц К. Агрессия (так называемое « зло»): Пер. с нем. – М., 1994
88. Леонгард К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. – Киев: Выща школа, 1981 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
89. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев, 1981. – С. 388
90. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. - М., 1991. - С. 300
91. Личко А.Е., Попов Ю.В., Актуальные вопросы изучения психопатических расстройств у подростков. – В кн.: Психопатические расстройства у подростков. –Л.: изд. инст. им. Бехтерева, 1987. - С. 6-7 / журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. ВМ.Бехтерева, 1991, № 1
92. Мандель А.И., В.И.Семке, Н.А.Бохан Психологические характеристики больных наркоманиями. - Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000, № 2
93. Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. М.: Прогресс, 1985. - С. 319
94. Мандель А.И. Клинические и социально-психологические характеристики алкоголизма (региональный аспект): Автореферат дис. канд. мед. наук. - Томск, 1989. - С. 21
- 
-

- 
95. Морозов Г.В. / Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, 5-ый: Материалы. – М., 1969. – С. 175-180
96. Морозова М.В. Там же. – С. 478-479
97. Матвеева Л.В., Аникеева Т.Я., Мочалова Ю.В. Экранный образ и личностные особенности телеведущих Психологический журнал, 1999, № 1. – С. 20-30
98. Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М. Некоторые клинико-дифференциальные критерии психопатий и патохарактерологических развитий в сравнительно-возрастном аспекте. – В кн.: Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1983. - С. 132-137
99. Международная классификация болезней. 10-ый пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств. Под ред. Ю.Л.Нулера, С.Ю.Циркина. – СПб., 1994. – С. 198-199
100. Морозова Н.Б. Съезд психиатров России, 12-ый: Материалы. – М., 1995. –С. 477-478
101. Нечипоренко В.В., Кутушев О.Т., Лыткин В.М. Динамическая диагностика психопатий у лиц молодого возраста. – В кн.: Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики. - Л., 1988. - С. 43-44
102. Надеждин А.В., Тетенева Е.Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. – 2000. - № 2. – С. 33-38
103. Найденова Н.Г. Республиканский сборник научн. трудов «Алкоголизм и неалкогольные токсикомании». – М. - 1992. – С. 50-57
104. Найденова Н.Г., Респ. Сборник научных трудов «Алкоголизм и неалкогольные токсикомании». – М. – 1992. - С. 50-57
105. Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л. // Обозрение психиатр. и мед. психологи им. В.М.Бехтерева. – 1993. - 31. – С. 75-77
106. Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л. Суд.-мед. экспертиза. 1996. - № 1. - С. 30-32
107. Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л. Экспериментально-психологические аспекты профилактики агрессивного поведения // Судебно-медицинская экспертиза, 1996, № 1. - С. 30-31
108. Нечипоренко В.В., Особенности психопатий у лиц молодого возраста // Журнал невропатол. и психиатр., 1989, № 11. - С. 43-44 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
109. Нечипоренко В.В. Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте у мужчин с позиций динамического подхода. - Л. – С. 53 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
110. Пятницкая И.Н., Н.Г.Найденова Подростковая наркология. - М, 2002
111. Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д. // Вопросы наркологии. – 1992. - № 3-4. - С. 91-95
- 112 Пятницкая И.Н. Развитие наркомаизма в прошлом и настоящем (часть 2) // Вопросы наркологии, 1995, № 3. – С. 75-94
113. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Гульдан В.В. Судебно-психиатрическая экспертиза. – М., 1978. - № 31. – С. 9-17
114. Портнов А.А., Рактитин М.М., Овсянников С.А. и др. Объем понятия и критерии диагностики психопатии по данным катамнеза // Журн. невропатол. и психиатр., 1987, № 7. – С. 1076-1082
- 115 Попов Ю.В. Классификация психопатических расстройств у подростков. В кн.: Психопатические расстройства у подростков. - Л.: изд. инст. им. Бехтерева, 1987. – С. 64-70 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
116. Попов Ю.В. Психопатические расстройства у подростков. – Л., 1987. – С. 17-25
117. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 526 с.
118. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Гульдан В.В. Судебно-психиатрическая экспертиза. – М., 1978. - № 31. – с. 9-17
119. Плотникова О.П. Судебная и социальная психиатрия 90-ых годов. Киев,1994. –Т. 1. – С. 105-106
120. Рохлина М.Л., А.А.Козлов, И.Я.Каплан Клинико-социальные последствия наркоманий, НИИ наркологии МЗ РФ (директор – профессор Н.Н.Иванец) // Вопросы наркологии, 1998, № 1. – С. 11-20
121. Рохлина М.Л. 12 съезд психиатров России: Материалы съезда. – М. - 1995. –С. 820-822
122. Рохлина М.Л., 12-й съезд психиатров России: Материалы съезда. – М. - 1995 - С. 820-822
123. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 339-428
124. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г., Власова И.Б. 8-ый Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов. – М., 1988. – С. 422
125. Руководство по психиатрии под ред. А.В.Снежневского. - Т. 1-2. – М., 1983
126. Раши В., Конрад Н. Ограниченная вменяемость. – М., 1996. – С. 81-132
127. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 339-428
-

- 
- 
128. Реан А.А., Е.И.Петанова Проблемы личности и психотерапии при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях // журнал Вопросы психологии, № 4, 96
129. Соколова Е.Т., Николаева В.Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995, 352 с.
130. Смирнов В.К., Нечипоренко В.В. О динамической диагностике психопатий // Журн. Невропатол. и психиатр., 1989, № 12. - С. 55-59
131. Спивак Л.И. Психопатия и психопатоподобные состояния (Клиника эксплозивной формы, диагностика, компенсация и декомпенсация в условиях военной службы). – Автореф. Дисс. Докт. Мед. наук. - Л.: изд. ВМА, 1962
132. Селедцов А.М. // Сб.: Клинико-терапевтические аспекты наркологии. – Кемерово, 1994, № 2. – С. 33-36
133. Смулевич А.Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. – М., 1987. – С. 240
134. Стаценко А.Н. // Журнал невропатол. и психиатр. – 1988, № 6. – С. 90-93
135. Смулевич А.Б. Руководство по психиатрии. – М., 1983. – Т. 2. - С. 387-441
136. Тихоненко В.А. // Соц. и клин. психиатр. – 1991. - № 1. – С. 32-37
137. Трайнина Е.Г. Особенности аутоагgressивных проявлений и расстройств при некоторых формах полинаркоманий: Автореферат дисс. канд. – М. –1984, 23 с.
138. Туманов С.В. // Вопросы наркологии. – 1994, № 2. – С. 68-72
139. Тараков Ю.С., Малыгин В.Л. К вопросу о повышении эффективности диагностической экспериментной работы с подростками. В кн.: Вопросы эффективности психиатрической помощи. – М., 1987. – С. 85-95
140. Тактаров В.Г., И.А.Новиков Подходы к стационарной реабилитации наркологических больных // Вопросы наркологии, № 6, 2001
141. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1973, 392 с. // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1992, № 3
142. Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Рохлина М.Л. / Сб. «Личностные изменения и предупреждение общественно-опасных действий при психозах и алкоголизме». – Хабаровск, 1979. - С. 9–12
143. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1978
144. Усюкина М.В., Кожемякин С.В. Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии. – М., 1990. - С. 148-152
145. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. – М., 1989. - С. 134-144
146. Фрейеров О.Е. Проблемы судебной психиатрии. - М., 1961. - № 10. - С. 187-200
147. Фilonov Л.Б. Проблема диагностики психических свойств взрослого человека России // Мир психологии, 1999, № 2. – С. 149-154
148. Фелинская Н.И. Проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1963. - № 4. – С. 18-33
149. Фрейеров О.Е. Проблемы судебной психиатрии. Пограничные состояния. Вып. 20. – М., 1971. – С. 3-22
150. Фелинская Н.И., Наталевич Э.С., Пелипас В.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза. – М., 1978. - № 31. – С. 18-25
151. Фрейеров О.Е. К вопросу о реабилитации истинных психопатических личностей. – В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. - Л., 1973. - С. 237-238 // журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, № 1
152. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М., 1994
153. Фрейеров О.Е. К вопросу о клинической сущности и принципах ограничения психопатий // Журн. невропатол. и психиатр., 1952, № 12. – С. 49-52
154. Циркин С.Ю., М.А.Кулыгина Характерологические типы личности и стиль взаимодействия с пациентом в процессе психотерапии / Научный центр психического здоровья РАМН, Москва // Российский психиатрический журнал, 2, 98
155. Чубисов Ю.К. Эпидемиологическое изучение психопатий в аспекте половой и возрастной структуры населения // журн. невропатол. и психиатр., 1977, № 6. – С. 902-908
156. Шостакович Б.В. Судебно-психиатрическое значение некоторых вариантов динамики психопатии возбудимого типа: Автореф. дис. канд. мед наук. – М., 1963
157. Шостакович Б.В., Матвеев В.Ф. Руководство по психиатрии. – М., 1988. – С. 212-249
158. Шостакович Б.В. Проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1963. - № 14. – С. 149-158
159. Шостакович Б.В. Судебная психиатрия: Руководство для врачей. – М., 1988. – С. 271-306
160. Шостакович Б.В. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1988. - № 11. – С. 1879-1884
161. Щербина Е.А., Сергеев Г.Е. О психопатиях и психопатическом развитии // Журн. невропатол. и психиатр., 1978, № 6. – С. 943-944
- 
-

- 
- 
162. Яненко Ю.М. Динамика юношеских психопатий у лиц, уволенных из армии // Журн. невропатол. и психиатр., 1989, № 11. – С. 100-105
163. Яшин Н.А. Клинические особенности злоупотребления психоактивными веществами подростками с возбудимыми чертами характера. - Москва, Российский университет дружбы народов им. П.Лулумбэ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2003, № 1. - С. 27
164. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология, Москва, 2001, «Медпресс»
165. Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б. Героиновая наркомания, развивающаяся у больных с различными особенностями личности (условия формирования, клиническая картина, терапевтический подход) // журнал «Наркология», 2002, № 1
166. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореферат дисс. канд. мед. наук. — М., 1994. — 24 с. // журнал «Наркология», № 9, 2003
167. Воронин К.Э. Фармакотерапия зависимости от психоактивных веществ: Автореферат дисс. докт. мед. наук. - М., 1993. – 49 с.
168. Врублевский А. Г. Методические рекомендации по раннему выявлению и профилактике наркомании и токсикоманий среди учащихся общеобразовательных школ. - М., 1987
169. Даренский И.Д., Ровенская О.А., Чирко В.В. О формировании героиновой наркомании у больных алкоголизмом // Сб. научн. трудов психиатров-наркологов. — Омск, 2000. - С. 68-71
170. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания: постабstinентное состояние: клиника и лечение. — М., Медлактика, 2000. - 122 с.
171. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореферат дисс. докт. мед. наук. — М., 1996. — 33 с.
172. Кошкина Т.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики // Журнал «Вопросы наркологии» 2001, № 3. — С. 61-67
173. Киткина Т.А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореферат дисс. канд. мед. наук. - М., 1993. – 24 с.
174. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатии и акцептуации характера у подростков. - Л., 1977. - С. 61-70
175. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 526 с.
176. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания // Журнал «Вопросы наркологии», 1990. - № 3. — С. 34-38
177. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркоманическая личность // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2000. - № 7. - С. 23-26
178. Сирота Н.А. Динамика психопатологических расстройств у наркотизирующихся подростков. Актуальные вопросы наркологии: Тезисы совещания республиканских наркологов 24-25 апр. 1989 г. - Ашхабад, 1989. - С. 45-46
179. Благов Л.Н. к.м.н. доцент кафедры наркоманий ФПК РГМУ, Москва, Найденова Н.Г. к.м.н. зав. каф. Наркоманий ФПК РГМУ, Власова И.Б. к.м.н., доцент кафедры наркоманий ФПК РГМУ, Найденова И.Н. научный сотрудник кафедры наркоманий ФПК РГМУ // журнал Наркология, № 10, 2003
180. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., Имидж, 1994. - 216 с.
181. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание уч. степени. — М., 1994 . - 198 с.
182. Благов Л.Н., Найдёнова Н.Г., Власова И.Б. Современные проблемы наркологии / Материалы международной научно-практической конференции.— М., 2002. - С. 19-20
183. Врублевский А. Г. Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования. Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. - М., 1989. - 49 с.
184. Гофман А.Г. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. - М., 1968. - 580 с.
185. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. Этиология. - М.: Медгиз, 1962. — 175 с.
186. Иванец Н.Н. Курс лекций по клинической наркологии. — М.: Медицина, 1995. - 182 с.
187. Кербиков О.В. Лекции по психиатрии.— М.: Медгиз, 1955. - 239 с.
188. Найдёнова Н.Г. Компульсивное влечение в клинике наркомании: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. - М., 1975. -142 с.
189. Пятницкая И.Н. Наркомании: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994.- 544 с.
190. Пятницкая И.Н., Найдёнова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002. — 253 с.
191. Рохлина М.Л., Благов Л. Н., Новак В.В. // Журнал Синапс. - 1993. - № 3.- с. 56-62
192. Рохлина М.Л., Благов Л.Н., Киткина Т.А. // Журнал Неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова - 1996. - № 4 - С. 42-45
- 
-

- 
- 
193. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохначев С.О. // Вопросы наркологии. - 2002. - № 1. - С. 20-26
194. Н.Н.Иванец чл.-корр. РАМН проф. Руководство по наркологии в 2-х т., - М.: Медпрактика-М, 2002
195. Рыбальский М.И. Бред. - М.: Медицина, 1993. - 368 с.
196. Чирко В.В. 8-й Национальный конгресс «Человек и лекарство». - М., 2001. - С. 374
197. Бохан Н.А., д.м.н., профессор, зам. дир. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Журнал Наркология, № 2, 2002
198. Агарков А. П. Алкогольные психозы, сочетающиеся с травматическими и сосудистыми расстройствами головного мозга: Автoreф. дис. д.м.н. — Томск, 2000. - 42 с.
199. Альтшулер В. Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечеение к алкоголю (клин. и терапевт. асп.): Автoreф. дис. докт. мед. наук. — М., 1988. 25 с.
200. Анохина И. П. Нейробиологические аспекты алкоголизма. Вест. Академии мед. наук СССР. — М., 1988. Вып. 3. С. 21—27
201. Белов В.П., Шамов С.А., Тимашков В.И. Алкоголизм в проблеме -патологической почвы. 6-й Всерос съезд психиатров (24 окт. 1990 г., Томск): Тез.докл. - М., 1990. Т.2. - С. 116-118
202. Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: Автoreф. дис. д.м.н. - Томск, 1997, 46 с.
203. Бохан Н.А. Алкоголизм и коморбидная патология головного мозга. В кн.: Семке В.Я. Превентивная психиатрия: Руководство для врачей. — Томск: изд-во ТГУ, 1999. - Гл. 27. - С. 284-293
204. Бохан Н.А., Коробицына Т. В. Ассоциированные формы алкоголизма в общесоматической сети. - Томск, 2000, 232 с.
205. Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Невидимова Т.И. Клиническая иммунология в психиатрии и наркологии. - Томск: РАСКО, 2001. - 88 с.
206. Гофман А.Г., Графова И.В. К вопросу о квантификации симптоматики при алкогольной абстиненции. Акт. вопр. клин. и соц. реабилитации больных алкоголизмом. - М., 1979. С. 82-91
207. Еникеев Д.Г., Бохан Н.А. О смешанной форме патологии при хроническом алкоголизме и шейном остеохондрозе // Казанский мед. журн. - Казань, 1988. Т. 69, вып. 4. - С. 285-288
208. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Взаимосвязь показателей прогредиентности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журн. невропатологии и психиатрии, 1983. - Вып. 8. - С. 1222-1228
209. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Валентик Ю.В. и др. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопр. наркологии. 1991. Вып.3. - С.13-16
210. Имамов А.Х. Клинико-патокинетические аспекты патологического преморбида при алкогольных психозах // Журн. невропатологии и психиатрии. 1990. - Вып. 2. - С. 47-51
211. Красильников Г.Т., Косачев А.Л., Горбатковский Я.А. и др. Причины смерти больных хроническим алкоголизмом // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1984. - Вып. 2. - С. 254-256
212. Крыжановский Г.Н. Генераторные, детерминантные и системные механизмы расстройств центральной нервной системы // Журн. невропатологии и психиатрии, 1990. - Вып. 10. - С. 3-10
213. Мандель А.П., Бохан Н.А. Клиническая типология и экспериментально-психологическая идентификация когнитивного дефицита при ассоциированных формах алкоголизма / XXII съезд психиатров России. - М., 1995. - С. 763-764
214. Матеша А.М. Специфичность церебральных механизмов наркотических состояний: Автoreф. дис. докт-мед. наук. - М., 1985. - 26 с.
215. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психич. и поведен. расстройств. Пер. на рус. язык. Под ред. Ю.А.Нуллера, С.Ю.Циркина. - СПб., 1994. - 302 с.
216. Минутко В.Л. Взаимосвязь основных проявлениях алкоголизма (клинико-психопатолог. анализ): Автoreф. дисс. Д. Мед. наук. - М., 1995. 45 с.
217. Павленко С.М. Системный подход к изучению проблемы нозологии и концепция о саногенезе // Сов. Медицина, 1980. - Вып. 10. - С.93-96
218. Пятницкая П.П., Карлов В.А., Элконин Б.Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. - М.: Медицина, 1977
219. Рахальский Ю.Е. Алкоголизм и органические психозы. Алкоголизм. - М., 1959. - 124 с.
220. Семке В.Я., Бохан Н.А. Мультидисциплинарная модель изучения наркологической ситуации в сибирском регионе // Фармакология и токсикология, 1989. - Т. 4. - С. 83-85
221. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. - Архангельск, 1999. - 306 с.
222. Скугаревский А.Ф., Скугаревская Е.И. Системно-структурный анализ алкогольной патологии // Здравоохранение Белоруссии. - Минск, 1982. - Вып. 6. - С. 8-11. - № 2, 2002
223. Сметаников П.Г. Закономерности осложненного алкоголизма / 8-й Всесоюз. съезд психиатров и наркологов: Тез. докл. - М., 1988. - Т. I. - С. 427-428
- 
-

- 
224. Стрельчук П.В., Альтишулер В. Б. О патологическом влечении к алкоголю, его динамике и значении в клинике хронического алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии, 1978. - Вып. 4. - С.529-533
225. Судаков К.В. Биологические мотивации как основа наркотической зависимости и алкогольного влечения // Вопр. Наркологии. - М., 1990. - Вып.3. - С. 3-14
226. Гольдин С.Э. врач-психиатр, нарколог, Отделение психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости Московского НИИ психиатрии МЗ РФ Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией в структуре опийного абстинентного синдрома и во время ремиссии // Журнал Наркология. - № 9, 2003
227. Альтишулер В.Б., Пузиенко В.А., Соколова Е.П. Психопатологические расстройства у больных наркоманиями и токсикоманиями в период становления ремиссии и их лечение в стационаре / Методические рекомендации. - М., 1989. - С. 1-15
228. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. - М., 1994. - 198 с.
229. Бориневич В.В. Наркомании (Клиника, патогенез и лечение морфинизма, опиоманий и других опийных наркоманий). - М., 1963. - 275 с.
230. Вельтищев Д.Ю., Гуревич Ю.Е., Еращенко Е.А., Серавина О.Ф. Расстройства депрессивного спектра у больных наркоманиями (клинико-патогенетическое исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - Т. 2., № 4. - С. 54-60
231. Вертоградова О.П., Войцех В.Ф., Волошин В.М., Дементьева, Н.Ф., Краснов В.И., Матвеев А.В., Саленко Б.Б., Синицын В.Н., Суворов А.К. К психопатологической структуре депрессий. Депрессия (психопатология, патогенез) // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - Т. 91. - М., 1980. - С. 16-23
232. Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1983. - Т. 83. - вып. 8. - С. 1189-1194
233. Гофман А.Г., Лошаков И.С. К вопросу о ремиссиях у больных наркоманиями. Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркомании // Организация наркологической помощи. - М., 1977. - С. 321-330
234. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Черняховский Д.А., Рамхен И.Ф., Пинаев А.С., Кочмала М.Т. Наркомании, токсикомании и их лечение // Методические рекомендации. - М., МЗ СССР, 1979. - 48 с.
235. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России // Русский медицинский журнал. - 1998. - С. 109-114
236. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний. Гл. II: Рук. по наркологии под ред. Н.Н.Иванца. - М., 2002. - С. 8-32
237. Погодов А.В., Мустафетова П.К. Опийные наркомании. - М.: Белые альвы. 1998. - 192 с.
238. Пятницкая И.Н. Наркомании. - М.: Медицина, 1994. - 541 с.
239. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я. Клинико-социальные последствия наркомании // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. - 1998. - № 1. - С. 11-20
240. Рохлина М.Л. Клиника наркомании и токсикомании. Руководство по наркологии под ред. Н.Н.Иванца. - М.: Медпрактика. - 2002. - С. 269-366
241. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохнатчев С.О. Аффективные нарушения при героиновой наркомании / / Вопросы наркологии. - 2002. - № 1. - С. 20-26
242. Стрельчук К.В. Клиника и лечение наркомании. - М.: Медгиз, 1956. - 346 с.
243. Чирко В.В. Аффективные нарушения в психопатологии наркоманий и выбор психофармакотерапии / Тез. докл. 8 Всес. съезда невропат., психиатров и наркологов. - Т. 1. - М., 1988. - С. 454-456
244. Штегелин Э. (Staelelin J.E.). Неалкогольные наркомании // Клиническая психиатрия. Пер, с нем. - М., 1967. - С.221-248
245. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость / Практическое руководство для врачей. - М.: Медпрактика. - 2002. - С. 20-23, 106-112
246. Deglon J.J. Depression and heroinomania. Psycho]. Med. (Paris). - 1984. - Vol. 16, № 5. - P. 793-796
247. Emery G.D., Steer R.A., Beck A.T. Depression, hopelessness, and suicidal intent among heroin addicts!. Addict. - 1981. - Vol. 16, 3. - P. 425-429
248. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Наркомания. Распространение и реальные пути борьбы на современном этапе // Наркология. - 2003. - № 8. - С. 39-48
249. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Чернобровкина Т.В., Варламов В.Н. Героиновая наркомания в России в конце XX в. Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория практика. Обмен опытом. Под ред Т.В.Чернобровкиной. - 1999. - С. 68-75
250. Чирко В.В. д.м.н., профессор, руководитель учебно-методического Отдела ННЦ наркологии МЗ России, Москва, Кузнецова В.В. врач психиатр-нарколог, Новосибирский городской центр реабилитации наркологических больных, аспирант ННЦ наркологии МЗ России Типология изменений личности при длительном течении наркомании
-

- 
- 
251. Врублевский А.Г., Чирко В.В. / Сб. Проблемы наркологии. - Душанбе. 1989. - С. 230-232
252. Демина М.В. Патоморфоз опийной наркомании: дисс. на соискание уч. степени к.м.н. - М., 1999. - 137 с.
253. Донченко Б.Ф. Проблемы наркологии. - Омск, 1979. - С. 89-93
254. Пятницкая И.Н. Наркомания. - М., Медицина. - 1994. - 544 с.
255. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Героиновая наркомания. - М.: Анархасис, 2000. - 312 с.
256. Чирко В.В. Некоторые проблемы наркомании и токсикоманий. - М., 1989. - С. 142-149
257. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркомании и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза): Дисс. на соискание уч. степени д.м.н. - М., 2001. - 249 с.
258. Израелян А.Ю. врач психиатр-нарколог аспирант Национальный научный центр наркологии Минздрава РФ Москва Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией
259. Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Власова И.Б., Петракова Л.Б., Чуркина Н.Б. Медико-социальный прогноз некоторых форм наркомании // Вопросы наркологии. - 1988. - № 3. - С. 38-42
260. Козлов А.А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями. Карта клинического обследования; преморбидные особенности. - 1999. - С. 15-17
261. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л, 1977. - С. 61-70
262. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркоманий. Вопросы социальной и судебной психиатрии // Материалы совместной научно-практической конференции 28-30 января 1981 г. - Вологда, 1981. - С. 22-25
263. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г., Власова И.Б. Клинические факторы, значимые для прогноза наркомании и токсикоманий. 8-й Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов / Тез. Докл. - М., 1988. - Т. 1. - С. 422
264. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания // Вопросы наркологии. - 1990. - № 1. - С. 34
265. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях / Сб. научных трудов. - СПб., 1991. - С. 46-50
266. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями. - 1999. - С.33-34
267. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М.: Экспертное бюро-М, 1997. - 496 с.
268. Попов Ю.В., Вид В.Д. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ // Русский медицинский журнал. - 1998. - Т. 6, № 2. - С. 88-301
269. Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. Особенности формирования, течения и терапии поли- и осложненных опийных наркоманий в возрастном аспекте // Методические рекомендации. - М.: Изд-во МЗ СССР. - 1981. - 16 с.
270. Фрагин В.М. Некоторые особенности клиники опийной наркомании, начавшейся в подростковом возрасте. Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. - Вильнюс. 1983. - С. 99-101
271. Blculer E. Руководство по психиатрии. - Берлин, 1920. - 542 с.
272. Сирота Н.А. Динамика психопатологических расстройств у наркотизирующихся подростков. Актуальные вопросы наркологии / Тезисы респ. совещания наркологов 24-25 апреля 1989 года. - Ашхабад, 1989. - С. 45-46
273. Сирота Н.А. д.м.н., профессор, рук. отдела профилактики Национального научного центра наркологии МЗ России, профессор кафедры педагогики Московского университета МВД России. Ялтонский В.М. д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела профилактики ННЦ наркологии МЗ РФ, начальник отдела психологического обеспечения Московского университета МВР РФ Профилактика рецидивов
274. Auchinloss E.L., Michels M., Arch. gen. Psychiat.-1981. - Vol. 37 - P. 777-783
275. Baron M., Asnis L., Gruen R. // Psichiatr. - 1978. - vol. 213-228
276. Cattell R.B., Vaughan D.S., Schuerger J.M., Rao D.C., Behav. Genet. -1982. -Vol.12. - P.361-378
277. Coccaro E.F., Kavoussi R.J., Sheline Y.J. et al. Arch. gen. Psichiat. -1996. -Vol. 53. - № 6. - P.531-536
278. Cornell D.G., Warren J., Hawk G. Et al. J. cons. Clin. Psichol. -1996. -Vol.64.№ 4. - P. 783-790. - 32. - № 1. - P. 73-82
279. Cadoret R.J., Stewart M.A., Comprehens // Psichiat. - 1991. - Vol. 32. - № 1. -P. 73-82
280. Cadoret R.J et al., Behav. Genet. -1983. - vol13. - P. 301-310
281. Coudroglou A., Amer. J. Orthopsychiat. - 1996. - Vol. 66. - № 3. - P. 323-328
282. Cadoret R. J., Arch. gen. Psichiat. - 1978. - vol. 35. - P. 176-184
283. Degotatis L.M., et al. Arch. gen. Psichiat. -1982. - Vol.27. -P.659-665
284. Diagnostic criteria from DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders), (Publ. American Psichiatr. Association). -Waschington.1994 -P.350.
- 
-

- 
- 
285. Feinstein A.R. *The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic diseases I. Chronic Dis.* -1970. - 23. - 455-468
286. Friedman L.S., Fleming N.F., Roberts D.N., Hyman S.E. *Source book of substance abuse and addiction.* - М.: Бином, 1998. - 302 с.
287. Gabbard G.O. // Amer. J Psychiat. -1997 - vol. 154. - № 7. - P. 896
288. Gabbard G.O. // Amer. J Psychiat. -1997 - vol. 154. - № 7. - P. 891-893
289. Goughan J.Z., Viller J.P., Wagelin D., Whitman B. J. // J.Clin. Psychiat. 1982, Vol. 43. - P. 225-228
290. Isador I. *Treatment of Forensic Psychiatric Patients.* - Muchn, 1993. - P. 37-39 // Российский психиатрический журнал, 2, 97
291. Hirsch D., Paley J., Renner J. A. *Ониондная зависимость // Психиатрия под редакцией Шнейдера* (Пер. с англ. - М.: Практика, 1998, 485 с.)
292. Holmberg M.B., (Acta psychiatr. Scand. -1985. - Vol. 71, № 3. - P. 207-216
293. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Synopsis of Psychiatry* - Baltimore, 1994. - P. 221-230, 824-265
294. Kanof P.D., Aronson M.J., Ness R. // Am. J. Psychiatry -1993. - vol. 3. - № 15. - P. 423-428
295. Lewis C.E. // J nerv. Ment Dis. - 1991. - Vol. 179. - № 12. - P. 720-727
296. Livesley W.J. // J. Person. Disord. -1991. - Vol. 5. - P. 52-59
297. Lochlin J.C. // Behav. Genet. 1982. - Vol. 12. - P. 417-428
298. McNeely R.L., Robinson-Simpson G. // Social Work. - 1987. - Vol. 32, № 6. - P. 485-490
299. Murray L.G., Blackburn I.M. // Acta psychiatr. scand. - 1974. - Vol. 50. - P. 183-191
300. McCord J. *Parental behavior in the cycle of aggression // J. Psychiat.*, 1988. vol. 51, № 1. - p. 14-23
301. Paucel E.S., Prusoff B.A. // Brit. J. Psychiat. - 1983. - Vol. 35. - P. 309-318
302. Plutchik R. *Pharmacopsychiatri*. - 1995. - Vol. 28, Suppl. 2. - P. 47-57
303. Pollack J.M. // Psychol. Bull. - 1979, Vol. 86. - P. 225-241
304. Pfohl B., Coriel W., Zimmerman M., Stangl D. *Comprehens // Psychiat.* -1986 -vol. 27. - P. 21-34
305. Pope H.G., Jonas J., Hudson J. et al. // Arch. gen. Psychiat. - 1983. - Vol. 40. - P. 23-30
306. Pasnau R.O., Bystristky A. *On the comorbidity of anxiety and depression, Handbook of Depression and Anxiety A., Biological Approach*, Den Boer A., Sitsen J.V., eds. -1994
307. Rahav M., Riverra J.J., Nuttbrock L., Ng-Mak D., Sturz E.L., Link B. G., Struening E.L., Pepper D., Gross B. *Characteristics and treatment of homeless mentally ill. Chemical-abusing men // J.Psychiat. Drugs.* - 1995. - 27, №1. - P. 93-103
308. Friedman L.S., Fleming N.S., Roberts D.N., Hyman S.E., Source book of substance abuse and addiction. - М.: Бином, 1998. - 302 с.
309. Student V. // Csl. Psychiat. - 1983. - Vol. 79. - P.3
310. Student V. // Ibid. - 1984. - Vol. 80. - P. 4
311. Schneider K. // Forschr. Neurol. - 1950. - Bd. 26. - S. 1
312. Shufman N.E., Witzum E. // Harefuah. - 1994. - Iuli. - № 127. - P. 52-63
313. Svarkic D.M., McCallum K // Amer. J. Psychother. - 1991. - Vol. 45. - № 2. -P. 181-197
314. Tyrer P. et al. // Brit. J. Psychiat. - 1979. - Vol. 135. - P. 168-174
315. Torgersen S. // Psichol C. Arch. gen. Psychiat. - 1980. - Vol. 37. - 37. - P. 1272-1277
316. Tonkonogy J.M. *Neuropsychiat Clin., Nurosci.* - 1991. - Vol. 3. - P. 189-196
317. Turer P., Casey P., Gall J. // Ibid. - 1983. - Vol. 142. - P. 404-408
318. Winnicott D.W. *The family and individual development.* - London Ravistok. - P. 966
319. Wong M.T., Lumsden J., Fenton G.W., Fenwick P.B. *Acta psychiat. scand.* - 1994. - Vol. 90, № 2. - 97-101
320. Feinstein A.R. *The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease // J.Chronic Dis.* - 1970. - 23. - D. 455-468
321. Friedman L.S., Fleming N.F., Roberts D.H., Hyman S.E. *Source book of substance abuse and addiction.* - М.: Бином, 1998. - 302 с.
322. Hirsch D., Paley J., Renner J.A. *Ониондная зависимость. Психиатрия. Под ред. Р.Шнейдера.* Пер. с англ. - М.: Практика, 1998. - 485 с.
323. Pasnau R.O., Bystristky A. *On the comorbidity of anxiety and depression // Handbook of Depression and Anxiety: A Biological Approach.* Den Boer A., Sitsen J.M., eds. - 1994
324. Rahav M., Rivera J.J., Nuttbrock L., Ng-Mak D., Sturz E.L., Link B.G., Struening E.L., Pepper D., Gross B. *Characteristics and treatment of homeless mental, chemical-abusing men // J. Psychact. Dmgs.* - 1995. - V. 27, № 1. - P. 93-103
325. Aasland O.G. *Summary of the findings of the headquarters. Studi on «early detection of problems related to harmful consumption of alcohol». Working group on treatment and rehabilitation programmes in alcohol abuse: WHO regional office for Europe. Helsinki 25-28 Nov. - 1985. - P. 1-14*
326. Babor T.F., Ritsen E.B., Hodgson R.J. *Alcohol-related problems in the primary health care setting. A review of early intervention strategies.* Brit. J. Add. 1986. - V.61. - P. 22-47
- 
-

- 
- 
327. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-UI-(3.Ed.): Substance use disorders*. Amer. Psychiat. Ass. 5 (1980)
328. Edwards G. *Report of a WHO-group of investigators on criteria for identifying and classifying disabilities related to alcohol consumption. Alcohol related disabilities*. WHO-Offset Publication Nr.32 (1977). P. 5-22
329. Edwards G. *The Alcohol Dependence Syndrome. A concept as stimulus to enquiry*. Brit. J. Add. 1986. - V. 81. - P. 171-183
330. Elkis H. *The alcoholic organic brain syndrome: A clinical, tomographic and psychometric study of two alcoholic populations*. J. Psychopharmacol. - 1989. - V.3, - N 4. - P. 108
331. Feuerlein W. *Alkoholismus-Missbrauch und Abhangigkeit: Entstehung-Folgen-Therapie*. 4 überarb. Aufl. Stuttgart; New York; Thieme, 1989. 329 P.
332. Jellinek E.M. *The disease concept of alcoholism*. College and University Press, New Haven, Hillhouse Press, New Brunswick, 1960
333. JohnsonJ.L., AdinoffB., Bisselbe J.-C..R. et al. *Assessment of alcoholism-related organic brain syndromes with positron emission tomography*. Alcohol. Clin. exp. Res. 1986. - V.10, - N3. - P. 237-240
334. Richter G. *Charakterisierung von Alkohol-gebrauch, Missbrauch und Abhangigkeit und ihr klinischer Bezug*. Z. Arztl. Forth. 1989. Bd 83. P. 803-809
335. Skinner H.A., Holt R., Schuller J.R., Israel Y. *Identification of Alcohol Abuse Using Laboratory Tests and a History of Trauma*. Ann. Intern Med. 1984. - V.I 01. - P. 847-851
336. Stevens J., Denney D. *Kindling with clozapine: behavioral and molecular consequences*. Epilepsy Res. - 1996. - Vol. 26, №1. - P. 295-304
337. Deglon J. J. *Depression and heroinomania*. Psychol. Med. (Paris). - 1984. - Vol. 16, № 5. - P. 793-796
338. Emery G.D., Steer R.A., Beck A.T. *Depression, hopelessness, and suicidal intent among heroin addicts*. Addict. - 1981. - Vol. 16, 3. - P. 425-429
339. Anglin M.D., Brecht M.L., Woodward J.A. // Int. J. Addict., 1986. - Vol. 21, N 3. - P. 233-246
340. Belding M.A. Et al. Drug. Ale. Depend., 1995. - Vol. 39, N 1. - P. 45-53
341. Brunswick A.F., Messeri P.A. Adv. Ale. Subst. Abuse. — 1986. - Vol. 5, N 3. - P. 11-135
342. Friedman A.S. // Am. J. Drug Ale. Abuse, 1996. - Vol. 22, N 1. - P. 57-73
343. Maddux J.F., Desmond D.P. // Bull. Narcot., 1980. -Vol. 32, N 1. - P. 15-25
344. Simpson D.D., Joe G., Leyman W., Sells S. J. Drug Issues, 1986. - Vol. 16, N 1. - P. 107-122
345. Thorley A. // Brit. J. Addict., 1978. - Vol. 32, N 2. - P. 229-232
346. Vaillant G.E. // Arch. General. Psychiatry, 1973. - Vol. 29, N 3. - P. 237-241
347. Winnick C. // Bull. Narcot., 1962. - Vol. 14, N 1. - P. 1-6
348. Winnick C. // Bull. Narcot., 1964. - Vol. 15, N 1. - P. 1-11
349. Annis H., Davis C. *Relapse* // Handbook of alcoholism treatment approaches R. Hester & W. Miller (eds.). - New York: Pergamon Press, 1989. - P. 170-182
350. Annis H., Davis C. *Relapse Prevention Training: A Cognitive - Behavioral Approach Based on Self-Efficacy Theory*. J. of Chemical Dependency Treatment. - 1989. - Vol. 2 (2). - P. 82-103
351. *Approaches to Treatment of Substance Abuse*. W.H.O. P.S.A. 93.10, 194 p.
352. Gerdner A. *The socio-psychological foundation of milieu therapy with addicts*. - Presentation for the DRSTP project in Russia, January 2001
353. Gorski T.T. *The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMPT). Approaches to Drug Abuse Counseling*. NIDA. Printed July 2000. - P. 23-38
354. Miller W.R. *What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon*. Addiction. - 1996. - Vol. 91 (Suppl.). - P. 15-27
355. Moscr A. & Annis H. *The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics*. Addiction. - 1998. - Vol. 91 (8). - P. 1101-1113
356. Tucker J. et al. *Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders*. The International Journal of the Addictions. - 1990-1991. -Vol. 25 (7A & 8A). - P. 1017-1050
- 
-

---

---

## РЕЗЮМЕ

### ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – НОВЫЕ ПОДХОДЫ

Катков А.Л.

В статье А.Л.Каткова «Интегративная психотерапия – новые подходы» исследуются основные тенденции интеграции профессиональной психотерапии, приводятся аргументы в пользу функционального интегративного подхода. Выводятся принципиальные и структурные основания данного подхода. Достаточно подробно описываются понятие и уровни дисциплинарной матрицы психотерапии. Анализируются основные теоретические и практические концепты определенных уровней организации профессиональной психотерапии.

**Ключевые термины:** психотерапия, интегративный подход, дисциплинарная матрица.

### АССЕРТИВНОСТЬ

Макаров В.В., Макарова Г.А.

Ассертивность - вербальное и невербальное поведение, направленное на выражение своих потребностей и отстаивание своих границ, основанное на позитивном и уважительном отношении к партнеру. Поощряется выражение аутентичных чувств, без игр, манипуляций и эксплуатации. Статья посвящена ассертивности женщин. Приводится и обсуждается биль женских прав.

**Ключевые слова:** ассертивность, билль женских прав.

### РОССИЙСКАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. ЧАСТЬ 1. НА РАСПУТЬЕ.

Тукаев Р.Д.

Историческое развитие психотерапевтических систем определяется изменениями общественно-запроса на психотерапию, обусловлено расширением ее методического и теоретического диапазонов, сущностно интегративно. В исторической перспективе существующие модальности могут рассматриваться как этапы, моменты интегративного развития психотерапии. Российская клиническая психотерапия 20 столетия обладала выраженной интегративной тенденцией. Представляется значимым сохранение и развитие интегративной тенденции в современной отечественной психотерапии, что требует развития интегративной теории психотерапии. Наиболее перспективно открытое межсистемное описание психотерапевтического процесса, включающее два сопряженных компонента: 1) компонент комплексной психологической интеракции, включающий (а) социально-психологический, и (б) межличностный субкомпоненты; 2) компонент психобиологической реакции индивида на психотерапевтическое воздействие, включающий интрапсихический и организменный саногенные субкомпоненты.

**Ключевые слова:** модальность, мультиmodalность, психотерапия, интегративность, системный.

### РОССИЙСКАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. ЧАСТЬ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Тукаев Р.Д.

В качестве теоретической основы для мультиmodalной системной психотерапии рассмотрена трехкомпонентная, интеракционная, структурно-динамическая теория психотерапии, включающая три основных положения.

---

1. Наличие социальной, психологической, биологической составляющих природы человека предопределяет наличие социально-психологической, психологической, биологической составляющих психотерапии, определяющих структуры и механизмы психотерапевтического процесса.

2. Психотерапевтический процесс основан на психологической комплексной интеракции и осуществляется на двух сопряженных уровнях: социально-психологической, культуральной интеракции; межличностной интеракции.

3. Осуществляемая в ходе психотерапевтического процесса комплексная психологическая интеракция генерирует и поддерживает сложнейшие психологические и биологические реакции индивида на психотерапевтическое воздействие, включающие интрапсихические саногенные механизмы и комплекс организменных механизмов (биологических, нейрофизиологических, нейрогормональных и т.д.).

**Ключевые слова:** метатеория, психотерапия, мультимодальность, интегративность, системность.

---

## **НЕКОТОРЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ СВОЙСТВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКОЙ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ**

Россинский Ю.А.

В публикации проводится анализ взаимосвязей свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости личности с клиническими особенностями и динамическими характеристиками наркомании (преимущественно опиоидной группы), а так же оценка эффективности различных моделей лечения, реабилитации и неоабилитации больных наркоманий, на примере обсервационного и лонгитудинального исследований.

---

## **ВЗАИМОСВЯЗИ ПРЕВАЛЕНТНЫХ РИСКОВ НАРКОМАНИИ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ**

Россинский Ю.А.

В данном сообщении представлены результаты исследования взаимосвязей превалентных рисков наркомании с качественным уровнем психического здоровья – психологическим здоровьем. В частности рассматриваются свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости их превалентность в двухполюсно противоположных группах населения – наркозависимых и лиц с высокой степенью антинаркотической устойчивости.

---

## **НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ АНОМАЛИИ (литературный обзор)**

Азанова Б.А.

Дифференцированный подход, несомненно, повысит эффективность формирования свойств антинаркотической устойчивости.

По-видимому, наличие или отсутствие акцентуаций характера и психопатий в преморбиде является одним из высоко значимых факторов, определяющих качество (длительность и устойчивость) ремиссии, а также частоту возникновения выраженных аффективных расстройств и соматоневрологических нарушений, спонтанно обостряющихся во время ремиссии, приводящих к рецидиву заболевания.

---

---

## THE SUMMARY

### INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY - NEW APPROACHES

Katkov A.L.

In A.L.Katkov's article «Integrative psychotherapy - new approaches» are investigated the basic tendencies of integration of professional psychotherapy, arguments for the benefit of the functional integrative approach are resulted. The basic and structural bases of the given approach are deduced. The concept and levels of a disciplinary matrix of psychotherapy are in detail described. The basic theoretical and practical concepts of the certain levels of the organization of professional psychotherapy are analyzed.

**Key terms:** psychotherapy, integrative approach, disciplinary matrix.

### ASSERTIVENESS

Makarov V.V., Makarova G.A.

Assertiveness – a verbal and non verbal behavior, directed towards expression of her own needs and defending borders, based on positive and respectful attitude towards a partner. An expression of authentic feelings, without games, manipulations and exploitation is encouraged. The article is devoted to assertiveness of women. A Bill of women rights is used and discussed.

**Key words:** assertiveness, Bill of women rights.

### RUSSIAN MULTIMODAL PSYCHOTHERAPY. PART ONE. AT THE CROSSROADS.

Tukaev R.D.

The historical development of psychotherapeutic systems is determined by changes of public requirements in psychotherapy. Such basically integrative development is stipulated by expansion of psychotherapy methodical and theoretical instruments. From the historical perspective the existing modalities presents temporal stages of the psychotherapy development. The Russian clinical psychotherapy of 20<sup>th</sup> century possessed the doubtless integrative tendency. The maintenance and development of integrative multimodal approach presents one of the main goals of modern Russian psychotherapy that needs the development of common theory of psychotherapy. The most perspective open intersystem description of psychotherapeutic process two conjugate components includes: 1) the complex component of psychological interaction, which combines (a) social-psychological, and (б) interpersonal subcomponents; 2) the component of individual's psychobiological response on psychotherapeutic action that includes intrapsychic and organism's curative subcomponents.

**Key words:** modality, multymodality, psychotherapy, intergrativity, systemic.

### RUSSIAN MULTIMODAL PSYCHOTHERAPY. PART TWO. THEORETICAL PROSPECTIVES

Tukaev R.D.

The three-component interaction structural-dynamic theory of psychotherapy is posed as the theoretical base for the multimodal systemic psychotherapy. It includes three original points.

1. The existence social, psychological, biological components in human nature predetermines the existence of social-psychological, psychological, biological components in psychotherapy, defining structures and mechanisms of psychotherapeutic process.

---

---

2. The psychotherapeutical process is based on complex psychological interaction and is carried out at two associate levels of: social-psychological, cultural; and interpersonal interactions.

3. The complex psychological interaction, which is produced during psychotherapeutical process generates and supports multicomponent psychological and biological responses of the individual to psychotherapeutical action including intrapsychic and complex organism's healing mechanisms (biological, neurophysiological, neurohonnional etc.).

**Key words:** metatheory, psychotherapy, multimodality, intergrativity, systemic.

---

---

### **SOME CORRELATIONS OF PROPERTIES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH - ANTINARCOTIC RESISTANCE WITH THERAPEUTIC DYNAMICS OF OPIOID ADDICTION**

Rossinsky Yu.A.

In the publication the analysis of interrelations of properties of psychological health - antinarcotic resistance of the person with clinical features and dynamic characteristics of drug addiction (mainly opioid groups), and as an estimation of efficiency of various models of treatment, rehabilitations and neohabilitation od drug addicts, on an example of observational and long-term researches are carried out.

---

---

### **INTERRELATIONS OF PREVAILED RISK OF DRUG ADDICTION WITH PSYCHOLOGICAL HEALTH**

Rossinsky Yu.A.

In the given message results of research of interrelations of prevailed risk of drug addiction with a qualitative level of mental health - psychological health are submitted. Properties of psychological health - antinarcotic resistance and their prevailness in bipolar opposite groups of the population – drug addicts and persons with a high degree of antinarcotic resistance are in particular considered.

---

---

### **DRUG DEPENDENCE AND COMORBID PERSONAL ANOMALIES (literary review)**

Azanova B.A.

Presence or absence of character accentuaty and psychopathy in premorbid is one of high the significant factors determining quality (duration and stability) remissions, and also frequency of occurrence of the expressed affective disorders and somatoneurologic disturbances which are spontaneously becoming aggravated during remission, resulting to relapse of disease.